

# INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD

M. Cavarozzi  
E. Catterberg  
P. Gerchunoff  
R. Rodríguez  
H. Jouval

A. Migliónico  
N. Arnt  
J. Dante Muñoz  
C. Canitrot  
C. Vidal



Publicación Nº 6

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
Representación de Argentina, 1988



## INDICE

	Página
I. Apertura de la Reunión	
Dr. Sem Albónico.....	5
Dr. Carlos A. Vidal.....	5
II. Situación política de Argentina: la transición a la democracia. El sistema de partidos, las corporaciones. El pacto social. Repercusiones en la política social	
Dr. Edgardo Catterberg.....	9
Dr. Marcelo Cavarozzi.....	13
III. Situación económica de Argentina: el programa de estabilización, crecimiento, rol del Estado, austeridad y reforma de la estructura económica. Repercusiones en la política social	
Dr. Pablo Gerchunoff.....	19
Debate.....	24
IV. El Seguro Nacional de Salud: el proceso de concreción de un acuerdo. El diálogo entre las organizaciones sindicales y el Estado. Perspectivas	
Dr. Rodolfo Rodríguez.....	33
Debate.....	42
V. Situación del sector prestador de servicios médicos asistenciales	
Dr. Henri Jouval.....	53
Debate.....	63
VI. Situación de Salud de Argentina	
Ing. Américo Migliónico.....	67
Dr. Nilton Arnt.....	87
Comentarios.....	89
VII. Situación del sector de Saneamiento Ambiental	
Ing. Dante Muñoz.....	91
VIII. Situación del sector productor de insumos	
Dr. Carlos Canitrot.....	97
Debate.....	104
IX. Situación de recursos humanos	
Dr. Carlos A. Vidal.....	115
X. Cierre de la Reunión	
Dr. Jorge Ahumada.....	119

© Organización Panamericana de la Salud, 1988

© Organización Mundial de la Salud, 1988

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

## I. Apertura de la Reunión

Dr. Sem Albónico (Subsecretario de Regulación y Control)

Las jornadas que hoy comienzan fueron consideradas necesarias y organizadas desde hace meses atrás en forma conjunta por la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, cuyo titular, el Dr. Rodolfo Montero, no ha podido estar presente por encontrarse en Ginebra, por lo cual me ha pedido que me dirija a ustedes durante la inauguración. Estas jornadas, que se llevarán a cabo entre hoy y mañana, coinciden con una semana en la que la sociedad argentina ha tomado dos decisiones trascendentales en áreas que afectan la infraestructura de salud. Considero que los análisis que se realicen en estos dos días deben incluir esas decisiones que se han materializado en dos proyectos de ley que el Poder Ejecutivo eleva al Parlamento, ya que se trata del resultado de cuidadosas y largas conciliaciones de distintas posiciones dentro de la sociedad y como tales debemos tenerlas en cuenta de manera importante en el análisis. En particular, es necesario destacar que durante mucho tiempo estos dos proyectos -me refiero al de Seguro Nacional de Salud y el de Ley de Obras Sociales- fueron considerados de algún modo mutuamente excluyentes, y creo que es un mérito de quienes los han llevado a cabo el haberlos podido elaborar de manera simultánea y compatible. De esta manera, dejo inaugurada la jornada.

Dr. Carlos A. Vidal (Representante OPS/OMS en Argentina)

La realización de esta Reunión de Análisis de la Cooperación Técnica presupone la superación de dos tipos de asepsia. El primer tipo de asepsia se refiere a la clásica desvinculación de los organismos internacionales -y la Organización Panamericana de la Salud es uno de ellos- respecto de las condiciones políticas y de los tipos de regímenes vigentes en cada país. En este sentido, resulta claro que para alcanzar las metas de Salud para Todos es imprescindible afianzar los procesos democráticos en el Continente, dado que el disfrute de mejores condiciones de vida está estrechamente asociado al grado de justicia y libertad con que se organiza una sociedad.

La segunda modalidad de asepsia que conviene replantear es la que señala que la salud es independiente de las condiciones políticas y que es una esfera de decisión técnica y predominantemente médica. Latinoamérica en general y la Argentina en particular ponen en evidencia que ambos tipos de asepsia limitan de manera severa una acción transformadora de las condiciones de salud que la población reclama y que la organización de los servicios de atención médica necesita.

Por otra parte, durante los últimos días de Semana Santa recibimos en Buenos Aires la visita de nuestro Director, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Su permanencia en esos días le permitió observar de cerca la activa participación de la población en movilizaciones, así como el interés y el debate que la defensa del marco de convivencia democrática generaba. El Dr. Guerra de Macedo señalaba la importancia de estos acontecimientos, no sólo para la Argentina, sino para el conjunto de los países

latinoamericanos. Destacaba también las repercusiones que esa movilización y participación implicaba para el sector salud. Nosotros compartimos esas opiniones ya que estimamos que sólo en condiciones de representación democrática pueden atenderse de manera adecuada las necesidades y los derechos de la población, entre los cuales la salud ocupa un lugar prioritario.

Dentro del marco de la recuperación de los mecanismos constitucionales, la OPS y el Gobierno Argentino, a través de su Secretaría de Salud, iniciamos una profunda revisión de los Programas de Cooperación Técnica. La Cooperación Técnica implica un proceso de mutuo beneficio entre el país y la OPS. Cuando en agosto de 1986 nos reunimos las autoridades nacionales y la Representación de la OPS en el país con una participación multiinstitucional de expertos nacionales e internacionales, acordamos cambiar la direccionalidad de la Cooperación Técnica orientándola más hacia el desarrollo de una infraestructura de salud que dé soporte y vigencia a los programas de salud que seguirán siendo apoyados. Esto significa, sin duda, un cambio para la Secretaría y para la propia OPS, ya que implica modificar mecanismos, rutinas y capacidades moldeadas a lo largo del tiempo. Por eso entendemos que la cooperación es un beneficio mutuo, dado que estamos ayudando a efectuar los cambios requeridos por la Secretaría y se nos está ayudando a transformar la Representación, convirtiéndola en un núcleo con capacidad técnica y administrativa para formular propuestas, producir alternativas creativas e innovadoras y facilitar el acceso a una nueva información y conocimientos científicos.

El escenario de esta nueva etapa de la Cooperación Técnica entre la OPS y Argentina es el de un país en proceso de transición democrática y en búsqueda de estabilidad y recuperación económica. Difícilmente puede un Programa de Cooperación Técnica permanecer ajeno, aséptico, a los condicionantes que impone ese escenario. Por eso, consideramos que debemos conocer la dinámica política y económica ya que es fundamental para el desarrollo de la acción de cooperación. La Cooperación Técnica pretende contribuir a que el sector salud responda a las orientaciones de resolver la emergencia, consolidar el poder democrático y crear las bases para un periodo prolongado de estabilidad, justicia y desarrollo.

La Reunión de Análisis que hoy comenzamos se concentrará en el área de infraestructura. Esperamos en un futuro inmediato hacer un análisis similar con los programas de salud prioritarios. El análisis en el área de la infraestructura es central para el cumplimiento de esos propósitos, dado que implica el tránsito de una acción vertical y de respuesta a necesidades inmediatas a otra que contempla la construcción de una base institucional integradora y moderna. Para ayudarnos en esta tarea han venido nuestros compañeros de la Oficina Central de la OPS, coordinadora de los programas técnicos de infraestructura. Quiero presentar al Dr. José Roberto Ferreira, que es el Coordinador del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, al Dr. José María Paganini, a quien todos ustedes conocen, Coordinador del Programa Regional de Desarrollo de los Servicios de Salud y al Dr. Clovis Tigre, que viene como representante del Coordinador del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, y por supuesto que también queremos que todos ustedes participen en esta tarea y por eso les agradecemos desde ya su presencia y el haber respondido a nuestra invitación en tan corto tiempo.

Los siete programas nacionales sobre los cuales se estructura la Cooperación Técnica reflejan la orientación hacia la modernización, la

reforma del Estado y una mayor eficiencia y equidad. Los Programas son:

1. Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional en Salud, el cual supone la reestructuración gerencial de la Secretaría y la efectiva integración y desarrollo del antes Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y ahora Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

2. Coordinación de Políticas de Salud, orientado a apoyar la creación y funcionamiento de un grupo dedicado a la definición de políticas y planificación estratégica, del cual se desprenderán las grandes líneas de acción en concordancia con las propuestas nacionales de desarrollo económico y social.

3. Desarrollo de Programas y Servicios, que incluye acciones destinadas a definir y regular la operación de la red de servicios asistenciales en sus diferentes niveles de agrupación (nacional, regional, provincial, municipal y local), y el desenvolvimiento de los programas de salud. Este programa incorpora el desarrollo de recursos humanos, de la práctica y el saber epidemiológico y el fomento de la investigación y las tecnologías.

4. Desarrollo Institucional, destinado a promover y coordinar la modernización de la gestión del sector salud a través de un sistema de información para control, supervisión, normatización, monitoreo y evaluación.

5. Coordinación Económico-Financiera, cuyo objetivo es establecer unidades de análisis en dicho campo que permitan un diálogo más fluido con el sector económico así como un mejor conocimiento de la estructura de los mercados vinculados con la salud.

6. Federalización del Sector, destinado a recuperar una efectiva coordinación interprovincial, articulando la gestión del sector público con las representaciones de las obras sociales y de los otros prestadores.

7. Salud y Bienestar, que comprende actividades intersectoriales que posibiliten una acción concertada con otros agentes sociales. Incluye acciones relacionadas con la protección ambiental, la zoonosis, emergencias, educación y vivienda.

Como podrá observarse, la organización de la Cooperación Técnica en estos programas altera la convencional presentación en áreas verticales, práctica de la que a todos nos cuesta desprendernos. Este modelo de cooperación se basa en el concepto de que la acción más duradera y efectiva estriba en modificar la infraestructura, y que dicha transformación repercuta a su vez en cada acción y programa específicos.

Prácticamente los siete programas que acabo de señalar dependen de un cambio en la infraestructura, entendida ésta como los servicios de salud, su organización, su tecnología, los recursos humanos y la información respecto a su operación y acerca de las condiciones de salud de la población. La infraestructura que pretendemos contribuir a transformar ha sufrido varias vicisitudes durante los últimos diez o doce años. La mayoría de los cambios que en ella se han operado partieron de imposiciones y no de una deliberación y negociación entre los actores sociales

involucrados. Por el contrario, en estos días estamos asistiendo a la definición de un acuerdo acerca del Seguro Nacional de Salud, el cual demuestra la posibilidad de confluir y concertar en el contexto de la democracia. Seguramente este acuerdo refuerza la necesidad de operar cambios en la esfera de la infraestructura de los servicios de salud y concretamente en las características y orientaciones del modelo prestador vigente. Asimismo, la Resolución XXI de la última Conferencia Sanitaria Panamericana aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas, denominada Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS, durante el próximo cuatrienio privilegia el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud.

Están presentes en esta Reunión autoridades del sector salud, del sector económico, de la planificación, del sindicalismo, de la seguridad social, del sector universitario y de la investigación científica. Hay a su vez diversidad en la pertenencia a orientaciones partidarias. Todo ese pluralismo nos será sumamente útil. Deseamos que esta breve oportunidad de encuentro e intercambio sea muy fructífera y permita consolidar vínculos para el importante trabajo que nos espera. Gracias.

## II. Situación política de Argentina: la transición a la democracia. El sistema de partidos, las corporaciones. El pacto social. Repercusiones en la política social

Dr. Edgardo Catterberg (Asesor del Ministerio del Interior)

Voy a tratar de encuadrar la situación política argentina en contextos y fenómenos políticos más amplios, ya que solamente de esta manera será posible obtener la necesaria relatividad para juzgar las características de la realidad actual, los problemas presentes y los que habrá de enfrentar en el futuro el sistema político argentino. Hay bastante consenso acerca de que nosotros estamos cambiando el régimen político. Esto no es poca cosa; los cambios de régimen suelen ser problemáticos y en el caso de Argentina la complejidad aumenta porque hemos vivido regímenes autoritarios y populistas. Sin embargo, estamos tratando de consolidar un sistema político fundado en los principios del Estado de derecho, la competencia política, el pluralismo político y la tolerancia, y que tenga como encuadre una sociedad abierta. Si bien estos principios parecen compartidos yo diría que por buena parte de la humanidad, a la hora de conformar un régimen político aparecen dificultades, contradicciones y conflictos.

Históricamente los regímenes democráticos han sido la excepción, y en nuestro mundo contemporáneo lo siguen siendo. Depende de la forma de conceptualizarlos y de categorizarlos pero, con un sentido amplio, entre unas 150 naciones es difícil admitir la existencia de más de treinta sistemas políticos que puedan considerarse democráticos. Esta es una de las dificultades, otra está dada por las emergencias y las dinámicas de la emergencia en un sistema político democrático. Si es difícil cristalizar una democracia, mucho más difícil es hacerlo cuando existen antecedentes históricos poco favorables, incluso poco favorables por el tipo de desarrollo, ya que si bien el desarrollo industrial capitalista no es una condición suficiente para consolidar un régimen político democrático, ha sido históricamente una condición necesaria. Es decir que enfrentamos una dificultad adicional que es la de consolidar un régimen político democrático sin contar previamente con un sistema económico de alta industrialización o de alto desarrollo. De manera que los desafíos son crecer, industrializarse, desarrollarse económicamente, y en forma paralela, construir un sistema político democrático.

Hasta la década del setenta, los analistas políticos eran bastante pesimistas respecto de las posibilidades de constituir un régimen democrático dentro de un contexto histórico desfavorable, y lo que puntualizaban diferentes tipos de doctrinas era que justamente los contextos de rápida modernización en países no centrales tendían a acentuar las dificultades más que a facilitar el establecimiento de un régimen democrático. No obstante, a partir de la democratización de los países de la Cuenca del Mediterráneo europeo en la década del setenta (Grecia, España y Portugal) se produjo un cambio considerable en las teorías de transición de regímenes no democráticos a regímenes democráticos. El caso más notable en América Latina es el de Venezuela, cuyo sistema, que se ha mostrado exitoso desde hace treinta años, reúne todas las características que definen un sistema democrático. A este panorama general se debe agregar como experiencia interesante, el restablecimiento de las prácticas democráticas en algunos países europeos después de la Segunda Guerra Mundial. De modo que, con base en la política comparada, encontramos

que una serie de países han abordado exitosamente, al menos hasta hoy, problemas parecidos a los nuestros, es decir, problemas de democratización. Además, en el análisis hay que incluir los casos de la década del ochenta, que son los del Cono Sur latinoamericano, fundamentalmente Argentina, Brasil y Uruguay.

Dentro de este marco comparativo hay una serie de elementos que perfilan el desarrollo de la transición. Uno es el contexto internacional, el estímulo, la protección, la presión internacional, incluso el origen internacional o predominantemente internacional de la transición. En este sentido, hay una tendencia general a que en buena cantidad de estos países la transición se inicie a partir de acontecimientos internacionales decisivos, de los cuales el más importante es la pérdida de una guerra externa. Paradójicamente, parece ser que la pérdida de una guerra externa en sistemas no democráticos ayuda a la democracia: es el caso de Italia y Alemania después de la Segunda Guerra Mundial, es el caso de Grecia con su fallida aventura en Chipre, es el caso de Portugal con sus desastrosas campañas coloniales en Africa y es también el caso de Argentina. En el caso particular de España, si bien no ha habido un desencadenante tan puntual de tipo internacional ha influido, sin duda, la presencia de dos estructuras internacionales muy importantes, la OTAN y la Comunidad Económica Europea. De alguna manera, la transición española se ha desarrollado bajo el paraguas de estas dos instituciones internacionales de gran poder. La Argentina, a diferencia de otros países en los cuales las estructuras internacionales y multilaterales -como ocurrió en los países europeos después de la Segunda Guerra Mundial- estimularon el desarrollo de los sistemas democráticos, si bien encara su transición a partir de un hecho externo decisivo, no cuenta con una presencia internacional que apoye con firmeza el proceso de democratización. La dinámica de las relaciones internacionales y la división de los espacios internacionales no otorgan carácter prioritario a la democratización de países en este hemisferio y en esta área del sur.

Otro aspecto muy importante para analizar el desarrollo de la transición es la relación que se establece entre el nuevo régimen y el viejo. Existen dos situaciones claras: una de ruptura total -digamos de nuevo los ejemplos de Alemania e Italia de la posguerra- y otra que se basa en la elaboración de pactos de continuidades que conducen a la autotransformación del régimen. El ejemplo más importante que ilustra esta segunda situación es el caso de España donde, por las mismas leyes y por la misma mecánica diseñada por el viejo régimen, se pasó al nuevo régimen; otro ejemplo de transformación o de autotransformación es el de Brasil. Luego tenemos el caso de países donde se ha pactado implícitamente entre el viejo y el nuevo régimen acerca de cuestiones decisivas de la transición. Un ejemplo en este sentido es el de Uruguay, con su célebre pacto del Club Naval.

La Argentina se encuentra en una situación peculiar porque, si bien existió una casi ruptura con el viejo régimen, no se produjo una ruptura o desaparición total del mismo, como ocurrió en Italia o Alemania. Argentina ha mantenido, sobre todo en el interior del Estado, una serie de continuidades, incluso continuidades jurídicas. Por otro lado, tampoco ha habido un pacto, es decir: casi ruptura y ausencia de pacto. Esta, entre las alternativas planteadas, parece ser la situación más difícil, porque no existe una ruptura total -en cuyo caso se trata de elaborar una construcción totalmente nueva y el viejo régimen condiciona indirecta y muy mediatamente al nuevo- y no existe tampoco una situación

acordada, sino diversas circunstancias derivadas de esta cuasi ruptura y ausencia de pacto. Por otro lado, además de esta ausencia de acuerdos y de pactos con el viejo régimen, la Argentina encara su transición sin acuerdos entre las fuerzas políticas, a diferencia del caso bien conocido de España donde se efectuaron los acuerdos políticos y socioeconómicos de la Moncloa, o del caso menos conocido de Venezuela con el pacto político del Punto Fijo, que marcó los caminos de la transición y que condujo a la disminución de la competencia política reforzando las áreas de consenso político durante la transición.

En la Argentina llegamos a la transición en el marco de una exacerbada competencia política y sin acuerdos entre las fuerzas políticas que tenían la responsabilidad en su conjunto de dirigir y consolidar la transición. A la complejidad de los problemas mencionados se debe agregar la cuestión de la agenda de la transición. Cada transición tiene una agenda de problemas fundamentales, algunos son genéricos y otros son puntuales y específicos, pero lo cierto es que la suerte de la transición en buena medida se juega en función de la resolución exitosa de esa agenda; si no se puede cumplir la agenda difícilmente subsista la transición.

Muchas transiciones tienen en primer lugar la cuestión civico-militar, la cuestión del logro efectivo de la subordinación política de las fuerzas militares al sistema político, este no es un problema solamente de la transición a la democracia, es un problema político casi universal que se agudiza a partir de la creación de los estados nacionales, la cual implicó la concentración de la violencia social organizada. Hasta la creación de los estados nacionales la realidad política estaba constituida por la dispersión de la violencia social organizada; la creación de los estados nacionales conformó fuertes procesos de centralización territorial y económica, y, en consecuencia, de la violencia y de los recursos de coacción; surgió así como problema político la limitación de las organizaciones que detentan ese virtual monopolio de los recursos de coacción. Por consiguiente no es un problema argentino, es un problema político universal y sólo unos pocos regímenes políticos en la historia lo han superado.

Una de las características de un sistema democrático es la de resolver esta situación a través de una serie de mecanismos muy complejos, mecanismos institucionales, mecanismos de socialización política, mecanismos de relaciones entre la clase política y el Estado, etc. Como todos sabemos, en la agenda de transición de la Argentina este problema es uno de los más difíciles. Otras transiciones enfrentan problemas que nosotros, afortunadamente, no tenemos; por ejemplo, las características centrifugas de las áreas regionales en España, donde resulta decisivo encontrar un statu quo satisfactorio entre las tendencias hacia la autonomía de ciertas áreas regionales y la centralización de un Estado nacional contemporáneo. Tampoco existen en nuestro país problemas de legitimidades competitivas, puesto que arrancamos con un consenso generalizado de la sociedad y de la clase política vinculado con la aceptación de la legitimidad del sistema político democrático. Este no fue un problema menor de la transición italiana de la posguerra, por ejemplo, en la que confluyen diversas formas alternativas de legitimidad política; y, más recientemente, tenemos el caso dramático de Portugal, donde podría decirse que la guerra fría se había instalado en el interior del sistema político en su etapa de transición y existía como alternativa, por un lado, un sistema político democrático, y por otro un sistema próximo al de los países comunistas, de manera que las fuerzas de Europa vinculadas

con estas dos áreas desempeñaron un papel importante en esa transición, y el dilema finalmente lo despejó una elección crucial, luego consolidada por otras elecciones, es decir, lo resolvió la opinión pública, la ciudadanía, que consagró en esa sociedad inicialmente polarizada, una forma de legitimidad.

En el caso de la Argentina, la sociedad, la clase política, la ciudadanía en su conjunto sostienen una sola fórmula de legitimidad política, lo que representa una enorme ventaja para su transición a la democracia. Crear en nuestro país un sistema político democrático implica crear un sistema de partidos; no existen democracias, yo diría que no existen sistemas políticos estables sin un sistema de partidos. La Argentina tiene como característica dominante la presencia de un sistema de partidos hegemónicos. Los periodos de participación política y de institucionalización democrática o cuasi democrática siempre tuvieron como protagonistas a partidos hegemónicos, sobre todo entre 1916 y la década del cuarenta con la hegemonía del Partido Radical y entre la década del cuarenta y 1983 con la hegemonía del Partido Peronista. Durante esos periodos era empíricamente inconcebible que un partido alternativo pudiera competir exitosamente con ese partido hegemónico. Esta transición ha producido cambios fundamentales al respecto; las elecciones de 1983 y las de 1985 indican con claridad que los sistemas de partido hegemónico no son la realidad de esta transición, y que nos dirigimos aceleradamente hacia la constitución de un sistema bipartidista y competitivo. Esto es positivo por varios motivos. Por un lado, porque produce alternativas dentro del sistema político y dentro de las reglas de la legitimidad democrática. Por otro lado, los dos partidos tienden a competir hacia adentro y no hacia afuera, centripetamente y no centrifugamente. Esto significa que sus distancias programáticas son limitadas; en muchas áreas no es posible distinguir las diferencias en las posiciones de ambos partidos; incluso, en algunas circunstancias, producto de la competencia, posiciones de un partido son asumidas por el otro y viceversa. El electorado no percibe que estos dos partidos, ideológicamente, estén muy distantes entre sí; además, en determinadas circunstancias no se rechaza la posibilidad de votar al otro partido.

En resumen, nos encontramos con dos partidos que tienden a asemejarse en muchos de sus postulados, tienden a achicar las diferencias y tienden a competir por los mismos espacios electorales, y esta es otra cuestión: los dos partidos son absolutamente policlasistas, es decir que no eligen como blanco electoral un segmento o algunos segmentos de la sociedad sino que aspiran a tener representación y participación en todos los segmentos de la sociedad y compiten por ellos. No hay una especialización en los espacios políticos por parte de los partidos. Sucede también que ambos partidos, ante las instancias electorales, saben que no son perdedores definitivos, que son perdedores hasta las próximas elecciones. Además, el sistema establece la realización de elecciones cada dos años, lo cual favorece el refuerzo de la legitimidad democrática y fomenta una racionalidad especial en los partidos, racionalidad de tipo electoral, esto es, la posibilidad de recuperar espacios electorales cada dos años.

Otro tema de la agenda de la transición es la relación entre los intereses sectoriales, las corporaciones sociales y el sistema político. Este también es un tema que exige una adecuada articulación entre las corporaciones y el sistema político, de lo contrario las dificultades de la transición pueden ser considerables -el Dr. Cavarozzi se extenderá

sobre este tema-. Por mi parte, no quiero concluir sin señalar una característica más de nuestra transición que es también propia de otras transiciones con atributos socioeconómicos equivalentes a los nuestros.

En un sentido amplio, vivimos en un marco de alta modernidad y, a la vez, existe una brecha importante entre la modernidad y el nivel de desarrollo económico y, consecuentemente, entre la posibilidad de satisfacción de recursos por parte de ese sistema económico y las demandas de la población. En nuestro país, diversos indicadores de modernidad -tasas considerablemente altas en urbanización, en salud, en educación, etc.- dan cuenta de esta modernización y de una considerable movilidad social. Esto crea un reservorio importante de expectativas sociales; estas producen demandas y la incapacidad económica del país para satisfacerlas produce conflictos. La cuestión es cómo se pueden manejar estos conflictos para que, fundamentalmente, no erosionen la legitimidad política. En efecto, la legitimidad política suele ser erosionada cuando la insatisfacción de las demandas se relaciona con la ineficacia del sistema político, ya que generalmente esta se mide por la satisfacción de las necesidades socioeconómicas. Este es un desafío de la transición: satisfacer por un lado las demandas, las expectativas de la población, y por otro lado lograr que las demandas insatisfechas no erosionen la legitimidad del sistema político. Por mi parte, es todo; a continuación el Dr. Cavarozzi va a desarrollar otros puntos.

Dr. Marcelo Cavarozzi (Asesor del Ministerio del Interior)

Para continuar con la exposición del Dr. Catterberg, me voy a referir a algunas circunstancias puntuales y voy a tratar de ejemplificar desde nuestra perspectiva cómo podemos evaluar la transición y la coyuntura política de la Argentina. Antes quisiera subrayar dos o tres puntos importantes que marcaba Catterberg. Cada transición es única, es decir tiene sus problemas y sus agendas específicos. En la Argentina -y esta es una de nuestras especificidades- no contamos con la memoria de una democracia plena en nuestro pasado. Como ha dicho Catterberg, lo que hemos tenido ha sido etapas históricas en las cuales se ha avanzado discontinuamente hacia una democracia política. En un momento, con la vigencia del sufragio efectivo de la ciudadanía masculina en ese entonces, durante el Gobierno Radical, en otro momento con la incorporación de los sectores populares a la política, pero nunca se juntó todo y creo que ese es un inconveniente porque -reitero- no hay una memoria en nuestra ciudadanía de un pasado democrático pleno que efectivamente pueda recuperarse.

Decía Catterberg que se han logrado avances, y me gustaría señalar, antes de referirme a los obstáculos a que nos enfrentamos, ya que quiero concentrarme en ellos, cuáles son, a mi juicio, los tres avances importantes de estos últimos cuatro años. El primer avance es haber progresado decididamente en la construcción de un sistema de partidos. Nunca existió un sistema de partidos en la Argentina, y hace falta más de uno, es decir, dos o más partidos que se reconozcan a sí mismos como interlocutores válidos, para que funcione una democracia política. Sin partidos no hay democracia política; en este sentido hemos avanzado.

El segundo avance se lleva a cabo en una dirección muy importante que es la aceptación por parte de la ciudadanía de que a veces hace falta que el gobierno gobierne, y a veces ese gobierno que gobierne requiere distanciarse momentáneamente de las demandas coyunturales e inmediatas de la

sociedad. Creo que -paralelamente a la aceptación de la ciudadanía argentina de un gobierno que gobierne y que, por lo tanto, en algunas ocasiones tenga que decir que no, porque gobernar significa muchas veces decir que no- también se ha avanzado en la dirección de un gobierno que trabajosamente ha entendido que a veces tiene que gobernar. Es decir, el gobierno asume los costos de decir que no.

Un tercer frente de avance que me parece más profundo, más importante, es el que se relaciona con los sucesos de Semana Santa (si bien creo que no es el primer ejemplo en este sentido, ya que se han vivido otros desde 1982); me refiero a la movilización en defensa de la democracia política del pueblo argentino y de la casi totalidad de los grupos dirigentes, incluyendo también a sectores que de modo recalcitrante se han opuesto tradicionalmente al avance de la democracia. Hay un movimiento de revalorización de la democracia política, no la democracia política entendida como el mal menor, aquello a lo que hay que recurrir porque no es posible avanzar de otra manera, sino la democracia política valuada per se. Creo que esto en la Argentina implica paralelamente el rechazo unánime, o al menos mayoritario, de una actitud que era común a todos nosotros, independientemente de nuestras ideologías y de nuestras proyecciones partidarias, que es la tendencia a esperar soluciones mágicas, vinieren de donde vinieren. Por lo contrario, ahora hay cierta reserva, cierta inmunización ante el hecho de que esas supuestas soluciones mágicas nos llevaron a experiencias frustrantes o, en el último caso, el caso del gobierno militar, a experiencias catastróficas.

Vale la pena señalar, también en relación con el tema de los acontecimientos de Semana Santa, que todavía no podemos interpretar en forma clara cuál ha sido la reacción de nuestro pueblo, de la ciudadanía argentina, frente a los sucesos. Digo esto en el sentido de que todavía no sabemos muy bien si esa movilización tan plena de la ciudadanía argentina, de las masas y, por otro lado, de las clases dirigentes que acudieron a apoyar al gobierno en tanto este gobierno representaba la defensa de la constitución y de la democracia, implicó una condena del pasado solamente en lo que respecta a las prácticas de los militares durante el régimen militar anterior o más bien -esta es mi interpretación- un rechazo de la posibilidad de reiteración en el futuro de las prácticas de presión de los militares. Creo que en la movilización general y espontánea de la ciudadanía argentina estuvo presente esto segundo, aunque también lo primero.

El tema militar me lleva a lo que considero la parte central de mis comentarios acerca de los tres obstáculos que a mi juicio todavía tenemos que superar para lograr la definitiva consolidación de la democracia política. Por supuesto que hay más, pero estos tres son los más difíciles de resolver. Me refiero al tema militar, el tema del Estado y el tema de la concertación. Permitanme referirme brevemente a cada uno de ellos.

Los sucesos de Semana Santa han mostrado que la cuestión militar está todavía pendiente, es decir que si bien parecía que la Argentina había dejado atrás por completo su pasado autoritario, los hechos se encargaron de recordar que no era así. El tema militar todavía está vigente y creo que es importante plantear dos cuestiones graves: una es cómo se resuelve el problema de la impunidad de la oficialidad militar, de la institución militar, en relación con los derechos humanos y los crímenes que se cometieron durante el gobierno militar. Se trata de una cuestión

grave, difícil, pero hay otra todavía más difícil que es el hecho de que los años de gobierno militar y todo lo sucedido durante estos casi cuatro años de gobierno democrático, han reforzado una profunda división entre los militares argentinos y la sociedad argentina en su conjunto; esta división, claro está, tuvo su origen en las prácticas de un gobierno dictatorial que, inevitablemente, se aisló en forma total de la sociedad civil. Este es un dato novedoso. Ayer lo marcaba bien el Presidente Alfonsín en un discurso cuando afirmaba que los golpes militares siempre habían tenido apoyo civil. Efectivamente, siempre tuvieron un apoyo significativo por parte de los sectores civiles. En este momento, una situación así es imposible que se repita y esto es muy bueno, pero, al mismo tiempo, revela que los sectores militares están escindidos, están divorciados completamente de nuestra sociedad y esto no es bueno, porque creo que la conformación de una estructura militar que se sienta como paria frente a su sociedad no es un dato favorable para la consolidación democrática. En tal sentido, entonces, nos enfrentamos a una coyuntura larga, en la cual la sociedad argentina en su conjunto y no sólo el gobierno, debe producir iniciativas para que este aislamiento real de los militares no se perpetúe. Quiero mencionar un dato muy favorable, que es el hecho de que, a diferencia de lo que ocurrió durante los últimos treinta años en nuestro país, concretamente a partir de la década del cincuenta, estos militares, independientemente de sus posiciones particulares y de sus diferentes enfoques de los problemas sociales y de los problemas de su institución, no tienen en este momento un proyecto político, no existe un proyecto de intervención militar y esto crea un espacio importante que debe ser llenado con una propuesta de la sociedad argentina no sólo respecto de cómo se resuelve la cuestión de los derechos humanos, sino de cómo se resuelve la posición que deben ocupar los militares en el sistema político argentino. En ese sentido, hay que reconocer que algo se ha avanzado desde 1983, pero no demasiado.

El segundo tema en el cual se ha avanzado algo pero no lo suficiente, es el tema del Estado. Nos encontramos aquí con una circunstancia de la cual somos todos conscientes en la Argentina, en América Latina y también en el mundo capitalista desarrollado: ha entrado en crisis y en algunos lugares ya está en un proceso de completo colapso, el modelo del Estado de bienestar que, en el caso de la Argentina, alcanzó su máxima expansión en los años de posguerra, concretamente de 1945 a 1950, pero que sobrevivió hasta mediados de la década del setenta. Ese modelo ya no funciona, no puede funcionar dado que nos encontramos frente a un Estado que tiene menos autonomía en cuanto a la disposición de recursos, y menos discrecionalidad en cuanto a la fijación de sus políticas -si quiere que sus políticas sean efectivas porque, por supuesto, siempre puede haber políticas locas, que no tengan ninguna capacidad de implementarse-. Esto significa que tenemos que movernos hacia otro modelo de Estado en la Argentina. Al respecto, me parece importante analizar como tema material y simbólico el tema de la privatización que, como se sabe, ha sido en los últimos años bastante meneado por diferentes sectores de la sociedad argentina tanto políticos como económico-sociales.

Desgraciadamente, el problema de la privatización ha sido capturado, monopolizado casi siempre por sectores de la derecha política y de la derecha económico-social, lo que señala la carencia de propuestas específicas por parte de otras fuerzas políticas y sociales acerca de la privatización. Considero que este es un tema importante porque pone de relieve tres cuestiones que se deben tomar en cuenta y resolver. Primero, la vigencia que tiene el tema de la privatización, incluso a nivel

de la opinión política, señala que hay un reconocimiento de que la pesadez del aparato estatal, la pesadez burocrática, a veces torna conveniente que áreas que tradicionalmente fueron manejadas por el Estado pasen a ser manejadas por el sector privado, en particular aquellas en las cuales no hace falta que haya una inversión de riesgo porque son áreas ya trilladas. La segunda cuestión que se debe asumir es que el capital, el capitalismo, los sectores capitalistas -y este, por supuesto, no es un fenómeno argentino sino mundial- poseen mayor autonomía que la que tenían hasta hace diez o quince años en sus diversas etapas históricas. Esta mayor autonomía redonda en una mayor movilidad espacial por un lado, y, a la vez, pone de relieve la existencia de un fenómeno que todavía no ha sido completado, si bien hay indicios importantes de que estamos ante un capital que se emancipa cada vez más de la fuerza de trabajo y por consiguiente depende de ella cada vez menos, lo cual contrarresta o contravierte lo que fue históricamente el desarrollo del capitalismo desde fines del siglo XVIII. Esto hace que sea necesario crear nuevos y adecuados incentivos para este capital que cada vez tiene menos límites en su movilidad espacial internacional y en sus modalidades de relación con los trabajadores. Ahora se percibe una relación que se está orientando mucho más hacia los consumidores que hacia los productores (esto es así en parte, sin duda no hay una independencia completa). También es necesario que el Estado sea más eficaz y más eficiente en aquellas áreas que le quedan necesariamente reservadas, y debe tener más iniciativas precisamente porque tiene menos recursos.

Un tercer aspecto con el que nos encontramos al considerar el tema del Estado, es que esa limitación de la iniciativa del Estado en el campo específico de la política económica se muestra claramente (y supongo que el Dr. Gerchunoff se referirá a este tema, por lo cual no me voy a extender) en una crisis de las políticas tradicionales en la Argentina basadas en la determinación estatal del nivel del salario. Si bien en la actualidad la capacidad de acción del Estado en esta área no ha desaparecido, es sin duda mucho menor. Por lo tanto, se expande necesariamente la posibilidad de acción en el área de políticas sociales por parte del Estado, y esto creo que es muy pertinente en cuanto a lo que se está tratando acá. Sin embargo, el problema es que el Estado argentino no sólo tiene pocos recursos, no sólo se enfrenta con las circunstancias que todos sabemos, de haberse transformado de un Estado redistribucionista en un Estado ex actor, sino que, además, este Estado cuenta con un bagaje organizacional e incluso ideológico que no lo capacita demasiado para asumir iniciativas en el ámbito de las políticas sociales, circunstancia que tiene larga data en la Argentina pero que, como todos sabemos, se agudizó a partir de 1976. Hay que reconocer que desde diciembre de 1983 muy poco se ha avanzado en la dirección de armar la estructura de un Estado capaz de administrar real y eficientemente.

El tercer tema que quiero mencionar es el de la concertación. Acá hay importantes dirigentes sindicales y posiblemente algunas cosas que yo diga les resulten archiconocidas, pero de todas maneras me gustaría señalarlas. Hasta 1986 el conjunto de la sociedad política rechazó claramente en sus prácticas reales, no en sus retóricas, la posibilidad de una negociación concertada en la fijación de políticas económicas, independientemente de que los tres principales actores, el Estado, los sindicalistas y los empresarios, muchas veces dijeran que si estaban de acuerdo con la posibilidad de una concertación. Sin embargo, en los últimos tiempos se han producido algunos cambios importantes que me gustaría subrayar. El primer cambio está marcado por la iniciativa del gobierno de

incorporar a un Ministro de Trabajo que proviene del corazón del sindicalismo, hecho que pone de relieve una actitud diferente de aquella que había caracterizado su conducta desde diciembre de 1983. También quiero señalar la aparición de signos positivos en los otros dos actores, los sindicalistas y los empresarios.

Una circunstancia en la que no se repara lo suficiente al analizar las conductas y estrategias de los sindicalistas y los empresarios en la Argentina en los últimos treinta años, es que éstas han estado generalmente en las antipodas de sus retóricas, de sus visiones ideológicas. Digo esto porque una interpretación que hemos compartido los analistas de la política, suponía que en la Argentina cuando se hacía referencia a sindicalistas y a empresarios se pensaba en sindicalistas que en sus grupos más importantes adherían a una ideología intervencionista y estatista, y empresarios que adherían a una ideología liberal en lo económico, no en lo político. Yo diría que, en realidad, lo que pasó fue en cierto sentido lo contrario, sobre todo desde el fin de la década del cincuenta. Los sindicalistas, históricamente, en sus núcleos más importantes, han buscado consolidar un Estado abstinentemente en un punto importantísimo que es la cuestión de las negociaciones salariales.

En la Argentina, hacia fines de la década del cincuenta y principios de la década del sesenta, es decir, después de la caída del primer gobierno peronista, se consolida un modelo de relación entre sindicalistas, Estado y empresarios, bajo la hegemonía de un importante dirigente sindical: Vandor. Este era el referente, como se diría ahora, de un conjunto predominante de gremios industriales y no sólo industriales. Tal modelo de relación entre sindicatos, Estado y empresarios funcionó sobre la base de que los empresarios por lo general aceptaban las demandas salariales de los obreros, no negociaban demasiado duramente -con excepciones por supuesto-, y lo que hacían casi siempre era aceptar esas demandas salariales, o la mayor parte de ellas, y luego trasladarlas a los precios. Pues bien, como todos sabemos, éste ha sido uno de los mecanismos más importantes de la inflación histórica en la Argentina.

Según este modelo, lo que hacían los empresarios básicamente era reconocer que había una relación de fuerzas en el ámbito de la unidad productiva, no en el ámbito económico y político global, que favorecía a los obreros, a los sindicatos. También los sindicatos notaban esto; eran muy inteligentes y, en la medida en que veían que esa relación de fuerzas a nivel micro, a nivel de la empresa, a nivel de la rama, pero sobre todo a nivel de la empresa, les era favorable, obviamente no querían que el Estado regulara las negociaciones. Yo diría que desde la década del cincuenta hasta la del setenta nos enfrentamos en la Argentina con la expansión de este modelo, a pesar de los cambios de régimen político. Los empresarios por su parte sostuvieron retóricamente una postura liberal: que el Estado no interviniera ni en política ni en economía; sin embargo, en la práctica eran intervencionistas porque querían que el Estado mediara para destruir el poder sindical, no en la negociación cotidiana dentro de un régimen sino a través de la intervención drástica de los golpes militares. De modo que los empresarios, que se decían liberales, eran en la práctica los que más buscaban una intervención estatal para reducir el poder de negociación de sus adversarios, es decir que, si bien cedían en el corto plazo cotidiano, en realidad buscaban liquidar esa situación de manera definitiva. Lo que se ha venido observando en los últimos cuatro años, y que parece perfilarse con más nitidez en los últimos meses, es la erosión de estas conductas casi esquizofrénicas que

protagonizaron sindicalistas y empresarios, y esto constituye un dato muy positivo, aunque, como sabemos, todavía no se ha consolidado.

Una de las consecuencias de este cambio de actitud es que por primera vez nos encontramos con empresarios que parecen dispuestos a aceptar que la política económica la fijen e implementen funcionarios que no provengan de sus filas. Tradicionalmente, los empresarios en la Argentina siempre demandaron -esto no solo ocurrió con los regímenes militares- que los funcionarios encargados de fijar las políticas económicas provinieran de sus filas y si no era así les retiraban su confianza. Ahora se empiezan a observar ciertos atisbos de modificación de este rasgo estructural de nuestra clase empresaria. Simétricamente se observa -y considero que esto también es positivo-, que los dirigentes sindicales empiezan a darse cuenta de que hay dos campos nitidamente distinguibles, pero que deben de alguna manera enlazarse, vincularse: el campo de la fijación de las políticas económicas, de la negociación y de las presiones que legítimamente se efectúan para favorecer las políticas económicas que más convengan a cada sector, y el campo del ejercicio de la soberanía popular, que es el de las elecciones, que es el de la expresión de los ciudadanos. Digo esto porque el año pasado un importante dirigente sindical usó la expresión "el pueblo ha votado", en ocasión de un importante paro general que en efecto concitó la adhesión masiva de los trabajadores. Y esto pone de manifiesto precisamente la confusión entre los dos niveles mencionados: el nivel de las presiones legítimas en la negociación económica y social, y el nivel de la expresión de la voluntad ciudadana, incluidos los trabajadores como ciudadanos. El pueblo vota en las urnas y no a través de huelgas. En este sentido también hay avances importantes.

### III. Situación económica de Argentina: el programa de estabilización, crecimiento, rol del Estado, austeridad y reforma de la estructura económica. Repercusiones en la política social

Dr. Pablo Gerchunoff (Asesor del Ministro de Economía)

Después de estas interesantes exposiciones, quiero aceptar en forma práctica la supremacía de la política sobre la economía, planteando un tema no sé si adicional, porque de alguna manera fue sugerido en las exposiciones anteriores, pero que expresa con un poco más de detalle una de las cuestiones que se deberían incluir en la agenda de la construcción del sistema político en la Argentina. Me refiero al tema del vínculo entre democracia y austeridad, la construcción de la democracia en una situación de restricción tal que nos hace definir esta época como una época de austeridad -no estamos ante un ciclo de austeridad sino ante una época de austeridad-. Entonces, eso agrega un punto adicional a la agenda que han marcado Catterberg y Cavarozzi, y agrega también el tema de la relación de la democracia con una propuesta de crecimiento sostenido y no con una propuesta de reactivación de corto plazo. Digo esto, porque cuando uno lee los diarios o escucha los diálogos en la city, lo que predomina es la reserva que permanentemente se hace sobre la política gubernamental en el ámbito de la economía es en el sentido de no poder: "no van a poder, va a volver la inflación, no hay una política de crecimiento". Y creo que la inquietud es legítima en tanto ancla en experiencias históricas y, entonces, un interrogante adicional de la construcción del sistema político es: ¿Se podrá vincular perdurablemente democracia y estabilidad, democracia y crecimiento? A propósito de esto, me gustaría señalar lo que para mí son algunas lecciones que se pueden extraer de la experiencia de la política económica del gobierno democrático en la Argentina, tomando el Plan Austral como punto de partida.

El Plan Austral se basaba en algunas premisas -y esta es la primera lección que quiero sacar- que a mi juicio todavía tienen vigencia. La primera premisa era que encontrábamos en el debate intelectual una relación muy débil entre política monetaria restrictiva o política fiscal restrictiva e inflación. Se trataba simplemente de una comprobación empírica que luego se convirtió en el intento de construcción de una teoría alternativa. Modigliani, el Premio Nobel de Economía, dice que la relación que hay entre la inflación y la política monetaria es la misma que existe entre un automóvil y su antena. El automóvil y la antena van todo el tiempo juntos, pero si uno quiere frenar el automóvil agarrándose de la antena, es seguro que se va a romper la antena, esto es, se va a romper la política monetaria y, además, probablemente a uno se le rompa el brazo, lo cual es un poco más grave. Esta era una idea básica, una idea fuerza del plan de estabilización en el inicio, y creemos que siguió siendo cierto, es una verdad que todavía se puede rescatar.

La segunda verdad que inspiró este programa de estabilización en el contexto de la democracia es que no podía ejecutarse un plan como ese, un plan de estabilización, sin tener en cuenta como un dato importante la configuración institucional de la Argentina y lo que esto supone en la formación de los contratos económicos en la sociedad. Una sociedad como la nuestra, tan integrada socialmente, como lo marcaba Catterberg, ha desplegado un sistema muy sofisticado de contratos que se expresan en cláusulas de indexación, y entonces, por más que uno se esfuerce con la política monetaria para frenar la inflación, la sociedad sigue avanzando

con sus contratos indexados, haciendo caso omiso de esa política monetaria y convirtiendo por tanto esa política monetaria en recesión. Esa naturaleza institucional si se quiere, estaba incorporada en el análisis que llevó al diseño final del plan de estabilización.

El tercer elemento, que también sigue siendo válido hoy y que además fue confirmado por la práctica, por los hechos, es que el Plan Austral -como el Plan Israelí, muy similar, como el Plan Cruzado, similar en su concepción, o como el Plan Inti de Perú- partía de la base de que se podía aceptar el desafío de la neutralidad del plan respecto al nivel de actividad; esto es, que el plan no tenía por qué ser recesivo. En Economía, llamamos a esto neutralidad del plan. Frente a otras experiencias estabilizadoras que han sido muy recesivas en el pasado, tomábamos el desafío de la neutralidad. Con estos tres elementos que sigo rescutando hoy, nos encontramos frente a una realidad que se desvió bastante de las aspiraciones iniciales, se desvió de la predicción teórica, lo cual nos sitúa frente a desafíos muy ricos para seguir haciendo política económica en la Argentina.

El primer desafío es que no hubo tal neutralidad. Los economistas liberales lo dicen de un modo muy tajante: "El Plan Austral es un plan de reactivación, no es un plan antiinflacionario, es simplemente un plan de reactivación". Es notable, ese era el pensamiento liberal. Desde el inicio nos decían que era un plan de reactivación. Y lo curioso es que el clima popular y aun un clima intelectual muy generalizado, y lo que los diarios transmitían, era un clima de recesión. No teníamos las cuentas nacionales a mano, porque las cuentas nacionales salen muy tarde en la Argentina, y muchos de nosotros pensábamos que la reactivación no había comenzado, que no habíamos reiniciado una senda de crecimiento, que el clima recesivo que nos transmitía la cultura vigente, en términos de la interpretación de los hechos económicos, era correcto. Pero no había habido tal neutralidad. Hoy lo podemos decir porque tenemos, ahora sí, las cifras a mano. Hoy podemos decir que por primera vez desde la crisis de la deuda, el país ha crecido durante siete trimestres consecutivos: es una pobre performance para un país como la Argentina, pero es la mejor desde la crisis de la deuda. Siete trimestres consecutivos de crecimiento en el contexto de la crisis de la deuda y con la inflación más baja de los últimos doce años. Entonces, cuando uno dice que tal neutralidad respecto al nivel de actividad no se verificó en el caso del Plan Austral, en el caso de la política económica argentina, lo que está diciendo no es que hubo recesión sino que hubo expansión.

El segundo punto es que esa no neutralidad, esa expansión, sorprendentemente no se debió a la aplicación de las políticas convencionales, llamémoslas así, keynesianas, de corto plazo, que por lo general acompañaban a los gobiernos democráticos desde la década del cuarenta. Esta expansión no ocurrió porque aumentamos el gasto público, ni porque aumentamos los salarios nominales; más bien todo lo contrario. Si uno se coloca en el espacio que nos planteaba Cavarozzi respecto de que el gobierno gobierne, sin duda que desde el punto de vista de la política económica nos hemos tomado esto con un exceso de celo y casi todo el tiempo hemos dicho que no. Sin embargo, hubo expansión porque la estabilidad repentina que consigue el gobierno es un factor profundamente redistributivo. Esto no se mide por la evolución del salario día a día -aunque ahí también se puede medir-; se mide por el simple hecho de que el impuesto inflacionario que pagaban los pobres se sustituye de un día para el otro por impuestos legislados que pagan las clases medias y altas en la

sociedad argentina. Esta es una brutal transferencia de ingresos. En un instante diría yo, en términos analíticos, se deja de cobrar un impuesto inflacionario del orden del 10% del producto para pasar a cobrar un impuesto inflacionario del 2% del producto, pero como, además, la economía está acercándose al equilibrio fiscal, lo que esto significa es que algún otro está pagando los ocho puntos que faltan; algún otro que no son los sectores de menores ingresos de la población. Esa notable transferencia de ingresos no ha sido evaluada como corresponde; es un verdadero terremoto en la estructura de la economía, en la estructura de los flujos de fondos en la economía. Y como todo el mundo sabe, y lo sabe desde la época del cuarenta, desde la época del primer gobierno de Perón, cuando se redistribuye de esa manera, la economía crece (además lo había dicho Keynes junto con Perón); es decir, cuando se distribuye de ese modo hay una propensión mayor al gasto por parte de los sectores más pobres y la economía empieza a crecer. Esto no lo percibimos de inmediato, pero así fue.

Por otra parte, el plan despertó en sus inicios una gran confianza; esto no duró mucho, lo sé, pero en el momento inicial fue muy fuerte, y como consecuencia de ese momento inicial de confianza (lo que los economistas llamamos una fuerte sustitución de activos externos por activos domésticos) la gente vendió los dólares y pasó al austral, lo cual tuvo un efecto expansivo sobre la economía. Fueron muchos dólares, unos 2.000 millones de dólares en los primeros momentos del Plan Austral; ese momento pasó, pero fue una patada inicial muy fuerte que nos obligó -y esta es la tercera lección que se puede sacar- a aplicar una política monetaria restrictiva. Es cierto que tuvimos una política monetaria restrictiva, porque en casi todos los momentos post-hiperinflación hay que mantener la cantidad de dinero más o menos firme. Se puede aplicar una política monetaria restrictiva, se pueden aplicar más impuestos en la economía y manejar más o menos la demanda, pero la oferta es la estructura, y cuando hay problemas de oferta hay problemas de estructura que no se manejan en un día ni en dos.

El primer problema de estructura con que se encontró el plan es que Argentina, el país de los alimentos, no los produce en cantidad suficiente para abastecer el pleno empleo. No digo que se haya llegado al pleno empleo, pero, habiéndose acercado por efectos de la reactivación al pleno empleo, ocurre que el país no tiene los alimentos que quisiera consumir. Por supuesto que se podría comer feijão, pero acá se consumen novillos de 380 kilos que no se consumen en Europa; esta es la demanda de alimentos de los argentinos, y este es un punto de extraordinaria franqueza que nos tenemos que plantear. La oferta de alimentos que queremos consumir no nos alcanza. Queremos consumir los alimentos que consumen los franceses y los ingleses, y no tenemos los ingresos de los franceses y de los ingleses. Por otra parte, peor todavía, los ingleses -como señala Cavarozzi- hace rato que dejaron de comer novillos de 380 kilos.

En esa administración del corto plazo que la política económica hace, discutimos mes a mes qué pasó con el costo de vida, si hay desfase o no, y sin duda que hay desfase; hay un desfase marcado fundamentalmente en los inicios del Plan Austral, y todavía hoy, por los alimentos frescos y la carne, por un conjunto de alimentos muy sofisticados que nos resistimos a sacar del índice de costo de vida, y nadie lo va a hacer autoritariamente, esta es una decisión colectiva que tiene que ver crucialmente con nuestro futuro. Nadie va a descarnar la carne por un acto autoritario. Pero, ¿qué tal si empezáramos a descarnar el índice de

verdad al descarnar nuestros consumos? De modo que este es el primer dato estructural: la rigidez de oferta en los alimentos.

El segundo dato estructural es el del Estado; es el tema de Cavarozzi, con quien tengo algunas discrepancias. El equilibrio fiscal que logró el Plan Austral fue -quizá no lo supimos muy claramente en el inicio- puramente transitorio; se basó en una compresión muy fuerte de los gastos, y en ingresos extraordinarios -recordarán el ahorro forzoso y los ingresos tarifarios extraordinariamente altos del comienzo-; pero no fue un equilibrio fiscal definitivo, y no podía serlo porque lo que existía como telón de fondo era un Estado en crisis, no con una crisis fiscal transitoria sino con una crisis fiscal estructural.

Voy a dar algunos ejemplos numéricos que me parecen bastante elocuentes para entender empíricamente qué quiere decir, desde el punto de vista de casi un contador, crisis del Estado. Crisis del Estado es que por efectos de la hiperinflación el gobierno argentino cobre un impuesto a las ganancias que debe estar penúltimo en el ranking de ochenta naciones; es decir, los argentinos de las clases medias y altas virtualmente no pagan el impuesto a las ganancias, pagan 0,5% de impuesto a las ganancias. Esto implica que Argentina pierde tres puntos porcentuales del producto respecto de la época en que el Estado no padecía una crisis de tal gravedad.

Por otra parte, la previsión social al estilo de las democracias modernas está en crisis en Argentina, y la previsión social significó en sus inicios un ahorro forzoso que servía para el financiamiento del Estado, del orden del 4% del producto en los primeros años de la década del cincuenta. Esos cuatro puntos se perdieron, ya no existen como fuente de financiamiento del Estado. Entonces podemos ir sumando: cuatro más tres es siete, 7% del producto. A esto hay que agregar que, en el contexto de la crisis internacional actual, ya no podemos cobrar con la misma legitimidad del pasado, con la que el viejo Estado tenía, el impuesto a la renta. Este impuesto ha perdido legitimidad; podemos tratar esforzadamente de seguir cobrándolo a través de retenciones al comercio exterior, o lo que se quiera, pero ha perdido legitimidad, y estos son otros tres puntos del producto que se han perdido. En algún otro momento, en la década del sesenta, se cobraban prácticamente cuatro puntos de impuesto a la renta, ahora se cobra uno. Y sigamos sumando, ya van 10% del producto. Si a eso le agregamos la deuda externa, si agregamos que, por el lado del gasto público, los servicios de la deuda han implicado en los últimos años cuatro puntos del producto, estamos hablando en la Argentina de una crisis, de una deficiencia de los ingresos y un aumento en el gasto público excepcional, la deuda externa, del orden de los 10 mil millones de dólares. Este es un Estado que ya no puede financiarse legítimamente como en el pasado por 10 mil millones de dólares. No quiere decir que no cobre los 10 mil millones de dólares, pero los cobra con malos impuestos, con impuestos que hacen que el Estado pierda su fuerza consensual desde el punto de vista de la economía. A mí ya no me gustan los impuestos que me cobran. Nunca le gustan a uno los impuestos que le cobran, pero una cosa es una discusión marginal y otra es poner en duda la legitimidad de la propia presencia del Estado como financiador de actividades que el sector privado no hace. Este es un aspecto de la crisis del Estado.

Cuando uno se encuentra frente a esa crisis, lo primero que se tiene que preguntar es qué es posible hacer. En el terreno de la economía,

modernidad es aceptar la restricción, aceptar que se vive en un mundo de restricciones y que en ese mundo es necesario elegir -y esta es mi discrepancia con Cavarozzi-. En la Argentina quizá lo que tenemos que elegir es hacer de verdad el Estado de bienestar. Es cierto que Italia vive la crisis del Estado de bienestar, es cierto que Alemania vive también la crisis del Estado de bienestar, pero nosotros nunca tuvimos de verdad un Estado de bienestar. Yo diría que lo que está realmente en crisis en la Argentina es el Estado bismarckiano productor de bienes y no el Estado de bienestar. Y en todo caso, si ambos están en crisis, de lo que se trata es de elegir. Vamos a hacer salud, vamos a hacer viviendas, vamos a hacer educación, o vamos a seguir produciendo -discúlpeme, lo pongo nada más que como ejemplo- siderurgia en Somisa, o vamos a hacer política nuclear. Este es el tipo de problemas de una sociedad moderna, porque modernidad quiere decir seleccionar en un contexto de restricciones. Entonces, yo tengo todas las ganas del mundo de decir: hagamos política nuclear y obras hidroeléctricas, y realicemos también inversiones en salud, en vivienda, en educación, etc., pero sucede que no tenemos el dinero. Eso es la crisis del Estado.

Por otra parte está el hecho patente de que el Estado también ha entrado en una crisis de productividad. Esto es así porque, con el poco capital que el Estado tiene, con la poca disponibilidad de fondos, hace las cosas por inercia, sigue encarando inversiones de capital intensivas cuando lo que falta es capital. Pero no quiero salvarlos a ustedes, especialistas en el tema de salud, de cierta responsabilidad en el tema. En efecto, esto implica sin duda la elección entre la gran represa hidroeléctrica o una pequeña empresita de generación de energía a gas. Es una elección posible: un pequeño país de hombres felices, o la Argentina potencia; pero vale para todos los campos. También hay que elegir entre hacer política de salud o hacer grandes hospitales que después no podamos manejar y en los cuales no les podamos pagar a las enfermeras. Entonces, tenemos una crisis del Estado que se manifiesta en sus problemas de financiamiento, pero que también se manifiesta en su extraordinariamente baja productividad. Y este es el segundo punto.

El tercer punto que termina de configurar el cuadro de las reformas estructurales que el Plan Austral, o la democracia, tiene pendientes es el tema de la apertura económica. Sin apertura económica no podrá haber realmente una reforma a fondo del Estado, porque nadie va a privatizar monopolios. Aquí y en Inglaterra los monopolios privados son tan ineficientes como los monopolios públicos (la gran discusión en la Inglaterra de hoy se produce porque los monopolios privados, privatizados, no están funcionando bien). En una economía pequeña como la nuestra -dentro del concierto mundial es una economía pequeña- la única manera de incrementar la competitividad y bajar el grado de poder de los monopolios estatales y públicos es abrir la economía. Y, a la vez, abrir la economía es completamente decisivo en una sociedad tan integrada y moderna, con una demanda, con un nivel de aspiraciones tan fuerte como la nuestra. Una economía distinta, con una abundancia de oferta de trabajo estructural, con un sindicalismo débil y pasivo, una economía al estilo de muchas latinoamericanas, quizá se pueda dar el lujo de ser cerrada, porque en el fondo la demanda por modernidad es todavía baja, por lo menos la demanda que se puede expresar en el mercado. Pero un país como el nuestro está un poquito más cerca de Suecia, no digo muy cerca de Suecia, pero un poquito más cerca, y es impensable que una sociedad tan sofisticada esté cerrada. Esa sociedad no va a crecer y va a traducir sus demandas excedentes en inflación -eso es lo que dijo Cavarozzi-.

Entonces, hemos conseguido una estabilidad precaria, y ahora necesitamos una batería de reformas estructurales, que no es fácil poner en marcha, que nos coloque en la estabilidad definitiva y en la senda del crecimiento económico. El consenso social que hoy se precisa es un consenso social que asuma este desafío.

Me gustaría terminar con una referencia al tema del pacto social, de la concertación. Quiero tomar el toro por las astas en esto. El pacto social en sí mismo no significa absolutamente nada; el pacto social en sí mismo puede ser una coalición conservadora para impedir la reforma del Estado y la apertura de la economía, puede ser pura retórica. Lo que tiene que estar muy claro en todos nosotros es que el consenso social que puede consolidar la democracia en el plano de la economía es un consenso social reformista, y a ese desafío, al desafío del consenso social reformista que asuma los temas de la apertura de la economía y de la reforma del Estado, a ese consenso, tiene que servir y subordinarse la política económica del gobierno nacional actual.

### Debate

#### Pregunta

Quisiera que usted precisara qué significa apertura de la economía.

#### Dr. Pablo Gerchunoff

Se puede enfocar la apertura de la economía -nosotros tenemos una experiencia al respecto- como una especie de castigo disciplinario sobre una estructura productiva que se resiste a comportarse como se desea, o como un proceso gradual de integración de la economía argentina en el mundo para aprovechar el progreso técnico, para ampliar un mercado interno que no debe ser por cierto sustituido, pero que ya no puede empujar el crecimiento, no puede ser el motor del crecimiento de la economía argentina. De acuerdo con este segundo enfoque, apertura de la economía es redespliegue industrial. El término es español, es un término del pacto de La Moncloa. Y al decir esto espero que el contenido autoritario que estoy seguro que a usted le evoca la idea de apertura de la economía ya quede un poco aventado como fantasma. La apertura de la economía es el redespliegue de nuestra estructura productiva, para volcarla hacia el mundo. Esto no se hace en un día ni en dos, pero algún día se inicia. Si mañana sacamos una cierta actividad del anexo 2; esto no es ningún drama, porque la estructura productiva argentina no se volvió cerrada desde 1982 cuando se puso el anexo 2, la economía industrial argentina es cerrada desde 1930, y quizás desde antes. Entonces, no tengamos miedo; aceptemos, a la manera en que lo planteaban Catterberg y Cavarozzi, que aquí hay un desafío que quizá haya estado previamente en el discurso liberal, pero el hecho de que los liberales nos hayan formulado buenas preguntas y nos hayan dado malas respuestas, no quiere decir que haya que desestimar las preguntas.

### Pregunta

Creo que Catterberg mencionó, entre los avances de los últimos cuatro años, la construcción de un sistema de partidos políticos. Lo que no entiendo entonces es qué es lo que hubo de aquí para atrás.

### Dr. Edgardo Catterberg

Hasta aquí ha habido discontinuidad, y si existió alguna estructuración fue una conformación con un partido alternativamente hegemónico. Esto producía enormes rigideces, enormes dificultades en el sistema político. Es arriesgado decir que esta fue la causa de los desencuentros del sistema político argentino, pero la inconveniencia en la estructuración del sistema de partidos ha sido sin duda un factor de suma influencia en los fracasos políticos argentinos.

### Dr. Abraam Sonis

No he visto que se haya mencionado un factor que, a mi juicio, es muy importante; me refiero a la eficiencia, que desempeña un papel decisivo en la democracia moderna. Es decir, la democracia moderna tiene que ser participativa y tiene que posibilitar un Estado eficiente. Usted pidió disculpas por los ejemplos, dijo que a lo mejor no eran los más adecuados, y, en efecto, no sé si el dilema es nuestra cultura alimentaria -y Paulo Freyre decía "mi cultura está en mi paladar"- o la energía atómica. O si es la ineficiencia de las empresas del Estado, que tienen que ser eficientes para modernizar el país, para abrir la economía. Yo no sé cómo, con nuestro sistema actual de telecomunicaciones, puede abrirse la economía, o con el déficit que está dando una empresa petrolera que debe ser la única en el mundo que da déficit. Y en esa ineficiencia creo que actúan factores políticos, culturales y psicológicos que están muy enraizados desde nuestro pasado. Porque si pensamos en la ineficiencia de las empresas estatales, los responsables somos todos. Gran parte de los sindicatos obreros, es decir, del sindicato respectivo que tiene intereses creados, de los profesionales de algunas de esas empresas, de los directores que entran con aires de modernización y después se adaptan también a las rutinas. Entonces, ¿no está ahí una de las claves del problema?

### Dr. Pablo Gerchunoff

Tomo la palabra, la palabra ineficiencia. Sí, ese es uno de los grandes problemas. Pero voy a discrepar con usted en el diagnóstico que realiza.

### Dr. Abraam Sonis

No, no he hecho un diagnóstico...

### Dr. Pablo Gerchunoff

Pero ha esbozado un diagnóstico que puede inscribirse en lo que a

mi juicio constituye una manera maniquea de ver el problema de la eficiencia. Quizá estoy exagerando, pero es para que nos entendamos. Yo no querría que se cayera en una visión maniquea del problema de la eficiencia. Aquí no se trata de que el Estado sea ineficiente y el sector privado eficiente, aquí lo que hay es una organización económica ineficiente. Por ejemplo, usted tiene razón: YPF es una de las pocas empresas petroleras del mundo que pierde plata. Esto es horroroso, pero quiero agregarle lo siguiente: YPF es una de las pocas empresas petroleras que pierde plata para que usted consuma una nafta que está por debajo del precio internacional. Entonces, cuando cobremos conciencia colectiva de que tenemos que pagar la nafta a precios internacionales, YPF va a dejar de perder dinero. Y fíjese que ni aun así le voy a decir que va a ser eficiente, sólo va a dejar de perder dinero. Este es el primer punto. Segundo punto: me sorprende que no miremos hacia adentro y no veamos que consumimos algunos de los bienes industriales más caros del mundo, y que muchos de esos bienes industriales están producidos por el sector privado, y tenemos que poner aranceles protectores que suben los precios en el orden del 50% promedio y, además, poner restricciones cuantitativas a la importación, porque una buena parte de nuestra industria parece no estar en condiciones de competir, es decir, no puede ser únicamente un problema de la ineficiencia pública. No quiero acá tomar el ejemplo de la industria automotriz porque me van a hacer saltar por el aire, pero los automóviles argentinos son muy caros, y no me parece que sea sólo una cuestión de impuestos. Entonces, lo que quiero decir es que la reforma que hace falta...

Dr. José Rodríguez

Pero los salarios son muy bajos.

Dr. Pablo Gerchunoff

¿Vieron? Ya me hicieron saltar por el aire... En efecto, los salarios son muy bajos. Entonces, ¿qué es eso? La chancha y los veinte... La industria automotriz paga salarios bajos, tiene los impuestos de todo el mundo, y obtiene ganancias altas porque existen aranceles proteccionistas. Miremos entonces esto no como un problema del Estado sino como un problema de la crisis de nuestra organización económica.

Dr. José Rodríguez

El tema da para mucho. Existe un problema de ineficiencia general, tanto en el sector del Estado como en el sector privado. Creo que hay dos ingredientes que no se han considerado con el énfasis que merecen: uno, que este es un país especulativo y no productivo, que hoy sobre la mesa está más la especulación financiera que la realidad productiva, y muchos hombres de empresa prefieren jugar a la ruleta de la mesa de dinero y no a los riesgos de una producción permanente, de una inversión para esa producción. Y esto en alguna medida, durante los años de la dictadura militar, también hizo carne en los sectores sociales, donde la cosa se midió desde un punto de vista distinto al anterior, al que muchos de nosotros tuvimos por habernos criado con la mentalidad del ahorro, del esfuerzo. El país ya ha perdido esa mística importante que es crecer desde el punto de vista familiar y personal, con esfuerzo. Se busca

siempre el camino más fácil para crecer, hasta en lo personal y en lo personal-económico más. Es decir, no es el trabajo de treinta años el que hace crecer a un hombre sino la posibilidad de hacer un buen negocio quizás en 24 horas. Entonces, todo esto requiere tiempo; lo que los argentinos no entendemos -y creo que deberíamos tratar de entender todos, dirigentes sindicales, políticos, todos- es que la democracia tiene una gran virtud que es la de poder arreglar estos problemas, pero tiene un gran problema: necesita más tiempo que cualquier régimen autoritario porque la democracia requiere consenso, requiere discusión, requiere compatibilizar cosas. Cuando hoy por ejemplo, se comente la ley de obras sociales, habrá que decir que se necesitaron dos años de profundo debate para llegar a una compatibilidad; por lo que está pasando ahora dentro de los sectores sociales, la posibilidad de llegar a un acuerdo social requiere mucho tiempo, y el argentino es por naturaleza exitista y no quiere esperar. Queremos la solución en pocos días. Entonces, hay un marco muy complejo que envuelve todo el país. Comparto muchas de las cosas que he escuchado, así como una afirmación en el sentido de que una huelga no es una votación. Creo que el derecho de los trabajadores a reclamar no debe incidir sobre la acción democrática de un país. De todas maneras, considero que hemos avanzado, lo grave sería retroceder... Fundamentalmente, creo que no tenemos que bajar los brazos. Si bajamos los brazos con todas las dificultades que tenemos, vamos a encontrar que regresamos a épocas que no deseamos.

Quiero decir una sola cosa más para terminar, que quizá no tiene mucho que ver con esto, pero que puede afectar a mucha gente que está presente aquí; es respecto de la realidad de alguien que tiene cincuenta años, que desde los veinte años ha vivido en un sube y baja, que nunca ha podido desarrollar todo lo que entiende que se puede desarrollar en el país a partir de una mecánica permanente y estable de los valores sindicales, de los valores sociales. Esto ha llevado a que una generación como la mía esté cansada, a tal grado que muchas veces ese cansancio se revela en actitudes que tienen un costo político tremendo. Otra gente, incluso de mi generación o de las generaciones que nos siguen, no entiende que hacer vivir la democracia representa en algún momento un costo político en contra. Dicho con palabras más simples: los dirigentes políticos -porque la crisis grande del país es de dirigentes, no nos engañemos, la crisis de nuestro país no es del pueblo argentino- son de todos los niveles y de todas las condiciones. El dirigente tiene que saber vivir alguna época de su vida como dirigente en el paraíso, y otra en el infierno, es decir, algunas veces elogiado y otras vapuleado por las decisiones que toma; lo que tiene que tener es conciencia de que camina siempre de frente a un objetivo que es el de fortalecer al país. Esto es algo que en estos días se va a requerir mucho, porque tuvimos un 19 de abril, como alguna vez hubo un 17 de octubre; creo que son fechas catalizadoras de la voluntad popular y de la voluntad nacional. Lo que pasa es que si nos quedamos en el abrazo del balcón y no empezamos a transitar el camino realmente de efectivizar esos abrazos, abrazos de un momento determinado, nuevamente nos vamos a quedar nada más que en la anécdota.

Quiero agregar algo respecto del tema de la industria automotriz. En una planta de automóviles en Estados Unidos vi que los trabajadores realizaban la mitad del esfuerzo que realizan nuestros compañeros, produciendo -el mismo número de trabajadores- cinco veces más que lo que producen en la Argentina, vendiendo vehículos a la mitad del precio y ganando 3.000 dólares por mes. Esta es la diferencia que habla no sólo de la ineficiencia del Estado sino también de la ineficiencia de los

inversores o de las empresas privadas, en este caso las multinacionales, porque estuve en una Ford de Estados Unidos, y estoy hablando de una Ford en la Argentina. La diferencia es así de simple: igual número de gente, mayor producción, menos trabajo de la gente, mejores condiciones de trabajo, salarios muy elevados y el precio de venta es la mitad del de la Argentina. Esto habla de que en la Argentina hay un problema, como acá se decía, estructural de fondo, que es necesario corregir. Gracias.

Dr. Pablo Gerchunoff

Estoy completamente de acuerdo con todo pero voy a hacer una acotación. Quisiera que nos pusiésemos de acuerdo sobre qué quiere decir que este sea un país muy especulativo y muy poco volcado a la producción, porque tengo la impresión de que eso es hijo de la inflación, es decir, si lo que uno quiere realmente es liquidar la especulación, esto no se puede hacer con la pura voluntad. Y no se trata de un problema de idiosincrasia. Recuerdo una anécdota, creo que de Thomas Mann, cuando la hiperinflación alemana, que relata que fue a ver a su hijo que estaba jugando en la pieza con un caballito de madera de esos que se mecen, y cuando Thomas Mann se va acercando al hijo, escucha que el niño de seis años, cuando se movía el caballo decía "sube el dólar, baja el dólar, sube el dólar, baja el dólar" y Thomas Mann comenta entonces: "ahí me di cuenta de que Alemania se estaba destruyendo".

Dr. Francisco Martínez

Sólo quiero hacer un agregado, un comentario, aunque algo ha adelantado al respecto el Sr. José Rodríguez, diputado de la Nación. Me quedé con una sensación preocupante después de escuchar las dos primeras disertaciones de los representantes del Ministerio del Interior, y quiero hacer aquí una salvedad, una aclaración. La actividad política, si bien es cierto que se la puede analizar desde distintos ángulos y desde distintas vertientes, en el fondo se me proyecta como una vivencia, como un gran ductus, un gran camino. Hay un ductus político en la Argentina, un camino, una marcha política, que se inicia en los albores de nuestra nacionalidad y que se va perfeccionando a través del tiempo. Creo que es una tremenda injusticia decir que nunca existió un sistema de partidos en la Argentina. Existió el partido del caudillo, del caudillo que se va transformando. Hemos asistido al nacimiento de estadistas, hemos asistido a hechos muy puntuales -como marcaba el diputado Rodríguez- a un 17 de octubre... En 1912 nuestro país participaba en los comicios con cifras mucho más importantes que las de las incipientes democracias europeas. Argentina votaba en 1912 por primera vez la ley Sáenz Peña, y su concurrencia electoral era más elevada que la de Italia, la de Alemania y la de la misma Francia (en otros países europeos ni siquiera existía la posibilidad remota de votar). Aprecio la contribución que ha hecho el primer expositor respecto de la Cuenca Mediterránea europea, pero yo recordaba el ejemplo de una provincia mediterránea argentina, Córdoba, que en 1935-1936 da ejemplos muy concretos de comportamientos electorales y que los va repitiendo permanentemente. Quiero decir con esto que nuestra democracia de partidos está en marcha y transita un camino de franca modernización a través de la participación. Digo todo esto porque tengo 35 años de militancia ininterrumpida en un partido político, por supuesto que democrático, y me siento en la obligación casi de tipo reivindicatoria de levantar esas viejas banderas que todos hemos abrazado en algún

momento, y que tenemos la obligación de perfeccionar, y debemos insistir en la instauración de un sistema democrático permanente, definitivo para la Argentina, donde los niveles de participación sean cada vez mayores. Como algunas veces hemos dicho, la participación en la democracia es el tejido conectivo que une a toda la sociedad, actúa como un tejido conectivo, hace a nuestra propia biología política.

Dr. Marcelo Cavarozzi

Lo que usted señala muestra una confusión respecto a lo que nosotros dijimos. Quiero aclarar que no dijimos que no existieran partidos en la Argentina, y tampoco dijimos que no existiera participación política. Efectivamente, si se compara la Argentina con el resto de América Latina, para la época que usted mencionaba, la década de 1910 (excepto Uruguay), y si se la compara con la mayor parte de Europa en ese momento y en la década del veinte, lo que usted dice es cierto: había partidos que contaban con el apoyo de sectores importantes de la ciudadanía y había participación. Sin embargo, los mismos ejemplos que usted daba señalan cuál es el problema. Hubo partidos pero no un sistema de partidos. Esta es una diferencia importante. Sistema de partidos quiere decir actores políticos, partidos que se reconozcan recíprocamente como interlocutores válidos en un espacio común. Nunca hubo tal cosa en la Argentina. En una primera etapa había radicales, radicales democráticamente elegidos, y al mismo tiempo un partido conservador que se fue orientando cada vez más hacia una estrategia conspirativa (el ejemplo que usted daba del gobierno de Sabatini en la década de 1930 era una isla en medio de un país gobernado por el fraude, en una situación en la cual ese partido radical, al menos a nivel presidencial, había sido proscrito). De 1946 a 1955 se fue ahondando la fractura entre dos campos irreconciliables de la política argentina: peronismo y antiperonismo. Entre 1946 y 1970 transcurrieron veinticinco años de no-sistema. Había partidos. Había un Partido Radical y un Partido Peronista con identidades fuertes, con estructuras organizativas fuertes -sobre todo en el caso del Partido Radical-, pero no había un sistema de partidos y esta es una diferencia importante. Si no reconocemos que no hubo tal sistema, no entenderemos por qué no hubo convivencia. Y no hubo convivencia porque los actores no se reconocieron como interlocutores legítimos. Eso se empieza a modificar en el año 1970 con La Hora del Pueblo, cuando el peronismo y el radicalismo se reconocen efectivamente como participantes válidos en una elección. En 1973 tuvimos un protosistema de partidos dado que los dos jefes de partido se reconocieron. Pero se reconocieron, y yo diría que ésta fue una premisa implícita, en la medida en que se aceptaba conjuntamente un dato histórico previo: que había un primero y un segundo, primero el peronismo, segundo el radicalismo. Finalmente, en 1983 Alfonsín rompe con esto y, más allá de las conveniencias que eso significó para el radicalismo desde el punto de vista electoral, rompe positivamente con un dato que hace también a la dificultad de un sistema, ya que un sistema de partidos en el cual uno gana siempre y el otro está condenado a perder, lleva también a la ruptura del sistema, porque el que está condenado a perder irremisiblemente va a estar en desacuerdo con el sistema, y va a intentar romperlo. No sólo eso, sino que además, al no existir la posibilidad real de alternancia, los ciudadanos disconformes con el gobierno perciben que carecen de opciones y esto no es funcional para la democracia. Entonces, en 1983 se produce el segundo paso, yo diría que fundamental, para consolidar un sistema de partidos. Creo que si no reconocemos esto, no podremos entender la historia de interrupciones

institucionales de la Argentina; si no aceptamos que además de que existieron los militares que tuvimos a partir del treinta, hubo una sociedad política que no tuvo la capacidad de constituirse, no entenderemos por qué hemos estado inmersos en la inestabilidad desde 1930.

#### Comentario

Quiero hacer referencia a lo que usted decía. Hay circunstancias que prueban que el sistema de partidos como estructura de mediación no ha funcionado en la Argentina. Esta afirmación es tan categórica que es hasta tautológica. Si no ha habido democracia es entonces porque el sistema de partidos no ha funcionado. Cuando existe democracia es porque el sistema de partidos funciona. Sistema de partidos, estructuras de mediación política y democracia son conceptos casi idénticos. Sin embargo, a partir de 1983 se reiteran continuamente los signos alentadores. En la sociedad, en el sistema de los partidos, en el interior de cada partido político la realidad no es la misma hoy que hace diez, veinte o treinta años. Por consiguiente, estamos viendo toda una red novedosa para la Argentina que creo que va en camino de poder sustentar la democracia.

#### Dr. Francisco Martínez

En general coincido, aunque quiero hacer un pequeño ajuste. Tanto La Hora del Pueblo como la Asamblea de la Civilidad, fueron los grandes gestos de este período de la historia argentina; no obstante, también se deben mencionar los gestos personales de los dos líderes políticos que contribuyeron a la recuperación democrática de la Argentina, pero sobre la base, sobre la estructura de partidos políticos preexistentes, sobre la base del peronismo, sobre la base de la Unión Cívica Radical, con esas pequeñas capillas vivientes que tenían instaladas en cada pueblo de la República. Cuando renace a partir de 1982 la demanda democrática en la Argentina, que parecía aletargada, esto permitió la recuperación democrática argentina. El domingo pasado por ejemplo, he visto votar a la UCeDé, y para mí ver votar a la UCeDé era algunos años atrás como imaginar a Tarzán con sombrero, mocasines y medias... Sin embargo, sucedió en la Argentina. Por eso creo que la actividad política es una gran marcha, es un gran camino que siempre tiende hacia la perfección. Entonces, nosotros que somos, digamos, profesionales de esta actividad, tenemos por una razón no de formación, sino por una razón casi de tipo existencial, la obligación de ser optimistas.

#### Pregunta

Respecto a los sistemas de partidos, al bipartidismo y a la composición de ambos partidos, que son policlasistas, mi pregunta es si esto realmente asegura la democracia, y la segunda pregunta es qué ocurre en otros países que tienen varios partidos políticos.

#### Dr. Edgardo Catterberg

La democracia tiene varias fórmulas posibles en cuanto a su sistema de partidos. La fórmula que estamos aplicando se parece mucho a la que se aplica en Venezuela, que se ha mostrado eficaz para construir un

sistema democrático. Contrariamente, consideramos los sistemas multipartidarios como un modelo opuesto. Un ejemplo desafortunado de aplicación de este modelo, y que ha conducido a una frustración muy importante, es el caso de Chile. Este es el tipo polar contrario al que estamos edificando. Ese tipo polar llevó a un conflicto enorme a esa sociedad, al reforzamiento del conflicto, y, finalmente, a la destrucción de un sistema democrático que había tenido una trayectoria valiosa.

#### Pregunta

Quiero hacer una pregunta a Cavarozzi a propósito del concepto de Estado. Comparto su opinión acerca de que las limitaciones de recursos ponen en crisis el concepto de Estado de bienestar, pero, ¿cuáles serían los recaudos que se deben tomar para que en la reelaboración del modelo de Estado no se caiga en el Estado subsidiario que ha sido el modelo típico de los gobiernos de derecha?

#### Dr. Marcelo Cavarozzi

En realidad son dos preguntas las que usted hace. En primer lugar, es necesario señalar que existe una crisis mundial de cierto modelo de Estado de bienestar. No se trata solamente de un fenómeno argentino; si bien la Argentina, por sus peculiaridades históricas, construye un modelo exacerbado de Estado de bienestar, es innegable que hay una crisis mundial de cierto tipo de Estado que actuaba fundamentalmente como un mecanismo redistribuidor directa o indirectamente hacia sectores de bajos ingresos. Creo que es un fenómeno del mundo capitalista y del mundo no capitalista. Basta ir a Polonia, por ejemplo, para ver lo que está pasando en ese sentido. Esto respecto del primer tema. Por otra parte, en la Argentina hubo una variedad peculiar de Estado de bienestar que tenía algunas características buenas y otras malas. Esto significa que ciertas posibilidades que ofrecía nuestro Estado de bienestar a la criolla, ahora aparecen bloqueadas, y no temporariamente bloqueadas, sino virtualmente liquidadas en el plano estructural.

Acerca del segundo tema, comparto su preocupación de que no caigamos en el Estado subsidiario. Al respecto, me parece importante destacar dos cosas. Usted empleó bien la expresión "modelo de Estado subsidiario". En general, nuestra derecha ha sido una fervorosa defensora de los modelos de Estado subsidiario pero, en sus prácticas concretas, cuando llegó al poder no se ajustó demasiado a ese modelo. Incluso, en el caso del último régimen militar, podría decirse que en muchas de sus políticas económicas efectivamente tendió a una búsqueda de subsidiaridad del Estado, al igual que en sus políticas sociales; sin embargo, si se analiza el Estado que trató de implementar el régimen militar, por lo menos a nivel de algunos de sus funcionarios, se puede ver que en realidad se llegó a una especie de Estado destruido más que a un Estado subsidiario. En efecto, hay que tener cuidado de no caer en el Estado subsidiario, diría yo desde una vertiente reformista como la que señalaba Gerchunoff. Una vertiente reformista tiene por delante dos tareas: en primer lugar es fundamental reconocer que hay ciertos temas que no se pueden dejar a la derecha política. Este ha sido un error grave en la Argentina de los últimos quince años y es un error, digamos un comentario que uno podría hacer off the record, que está pagando la izquierda por el hecho de haberse quedado veinte años atrás en cuanto al nivel de sus argumentos y

consignas. Por consiguiente, se deben considerar ciertas cuestiones no porque las esgrima la derecha política sino porque lo hace la ciudadanía argentina. Los temas acerca de la posición que deberá asumir el Estado, acerca de la burocratización del Estado, de su falta de respuesta a las demandas de la ciudadanía son temas que es necesario que el conjunto de la sociedad asuma y para ello no basta con acudir a la vieja imagen del Estado intervencionista de la década del cuarenta o del cincuenta.

El segundo punto que usted señalaba también es importante: el modelo alternativo, y por lo tanto la política que lleva a ese modelo, todavía no se ha construido, no sólo en el nivel de las políticas sino en el nivel, yo diría, de la conciencia social y de la conciencia de los sectores dirigentes a los cuales se refería el diputado Rodríguez. En este punto me parece que hay un cierto balanceo de parte de los sectores reformistas, un balanceo difícil e incómodo. O bien tienden a caer en la vieja imagen del Estado intervencionista, reformista, populista -populismo no como sinónimo de peronismo porque también fue populista en ese sentido el gobierno radical del pueblo-, por temor y vergüenza a ser desalojados de ciertos temas que pasa a ocupar la izquierda, o se inclinan hacia la imposibilidad de acercarse a esta imagen de un Estado renovado, redefinido, porque puede llegar a ser un tema de la derecha. Entonces, encontrar el equilibrio entre estas dos oscilaciones que me parecen igualmente insatisfactorias, es una tarea que tiene por delante la política argentina, digo la política argentina y no sólo el gobierno, porque considero que es una tarea del conjunto de la clase dirigente, del conjunto de la sociedad política en la Argentina, puesto que vivimos en una sociedad que es capitalista pero capitalista de las mediocres, como decía Rodríguez, y una sociedad capitalista de las mediocres sufre todavía más los efectos de esta crisis por la cual está pasando el sistema internacional.

#### IV. El Seguro Nacional de Salud: el proceso de concreción de un acuerdo. El diálogo entre las organizaciones sindicales y el Estado. Perspectivas

Dr. Rodolfo Rodríguez (Interventor del INOS)

Ha sido oportuno que en las exposiciones que me precedieron, se trazara un panorama sociopolítico y económico del país, porque es sabido que en esta etapa de transición, de reconstrucción de las instituciones democráticas, la Argentina intenta sanear su sistema económico y productivo generando ámbitos propicios a la acumulación de capital a partir de un proceso de estabilización que permita un desarrollo sostenido y la consecuente creación de riqueza. Este esquema económico, sin embargo, está enmarcado en una concepción democrática y en una escala de valores ético-políticos que pretenden conciliar los beneficios de la libertad e igualdad en un contexto de justicia contributiva y distributiva que garantice que el peso relativo del esfuerzo sectorial para acceder al punto de partida que permita esta acumulación de capital, no provoque significativos desbalances, desajustes, entre los diferentes sectores que componen el espectro social nacional.

Los países periféricos que han iniciado procesos de ajuste de sus economías, se han enfrentado simultáneamente con situaciones de pobreza crítica, de marginalidad, situaciones no resueltas desde el punto de vista de las prestaciones sociales, que hacen que estos sectores desprotegidos merezcan una especial atención, a efectos de que durante este proceso de ajuste no se acentúen las diferencias y no se produzca una mayor marginalización.

Dentro de este marco general, el problema de las políticas sociales, y en particular la de salud, requiere un análisis muy especial. La República Argentina ha venido desarrollando prácticamente desde comienzos de siglo un conjunto de acciones en materia de salud, basadas fundamentalmente en la actuación aislada, incoordinada, de tres subsectores que son netamente identificables.

El subsector público, que a partir de la década del treinta asume el papel de institucionalizar lo que hasta ese momento era la "caridad y beneficencia", se transforma paulatinamente en un mecanismo de redistribución de la renta nacional a través de servicios prestados y controlados directamente por el Estado. En décadas posteriores conocería su edad de oro no sólo al asumir un creciente significado como caracterizado prestador de servicios directos sino por su rol formador de recursos humanos en salud, especializados, y fundamentalmente un ámbito de investigación.

La seguridad social, si bien al principio era un sector poco caracterizado, con el correr del tiempo, y particularmente a partir de la década del cincuenta, empieza a tener un peso relativo importante en el desarrollo de los servicios, y eventualmente de algunos programas de salud. Su posterior desarrollo, más o menos organizado, margina de su capacidad financiera al subsector público resintiendo su desarrollo en infraestructura de servicios de salud y llegamos así al presente, cuando, si bien tiene una importancia bastante significativa desde el punto de vista de la oferta cuantitativa de servicios, indudablemente ha perdido en el decurso de este tiempo su rol de oferta calificada de servicios.

El sector privado, por su parte, que al principio es el ámbito en el cual el ejercicio liberal de la profesión permite el mejor desarrollo económico en un sistema de oferta y demanda de libre mercado, estuvo en un comienzo íntimamente vinculado al sector público.

En el sector público se capacitaban y jerarquizaban los recursos humanos que posteriormente obtenían y obtienen, aún hoy, sus principales ingresos del ejercicio liberal de las profesiones. Pero un hecho verdaderamente significativo por su naturaleza de autogestión, por su carácter de solidaridad grupal estructurada por rama de actividad, por la extensión de la cobertura, que en el subcontinente es la mayor conocida -por lo menos hasta los últimos años-, es el desarrollo de las obras sociales, que tienen un crecimiento desordenado y al mismo tiempo privilegiado por leyes especiales, y que, si bien no logran configurar un sistema en los términos de organización, la naturaleza y extensión de la cobertura, el tipo de servicios que prestan y el hecho de tener asegurada una recaudación a partir de transformar un acto voluntario en un acto obligado -lo que les confiere en cierta forma algunas de las características de los seguros sociales- hacen que sean, en determinado momento, el subsector sobre el que pivotean prácticamente todas las prestaciones en los servicios de salud.

Por su parte, el sector público, que teóricamente debiera ejercer un rol conductor del sistema de salud a través de las estructuras naturales del Estado (llámense Secretaría de Salud, Ministerio de Salud o Subsecretaría de Salud, de acuerdo con las variantes que fueron ocurriendo en una disputa histórica por el centralismo y la federalización), no logra hacerlo. En una continua sucesión de etapas en las cuales va perdiendo su rol conductor, lentamente el Estado Nacional, a través de la Secretaría de Salud, se ve limitado a ser un mal organismo de control, un elaborador de programas y normas que penetran verticalmente en las provincias argentinas, pero que de alguna manera están acotados porque su penetración se agota en el propio subsector público, y porque, al perder los efectores propios, se convierte meramente en un organismo que intenta normatizar acciones que sólo recaen sobre uno de los subsectores que hemos mencionado.

Paralelamente, la Seguridad Social, a partir de su organización desde la promulgación de la ley 18.610, empieza a tener un crecimiento vertiginoso y concentra en el ámbito del Instituto Nacional de Obras Sociales, dependencia de la Secretaría de Seguridad Social que a su vez es una dependencia del Ministerio de Trabajo, la posibilidad, posteriormente desaprovechada -y esto es importante- de sistematizar el funcionamiento de las obras sociales. Pierde esta posibilidad porque con todos sus defectos, y con algunas virtudes, las leyes de la década del setenta, la 18.610 y la 19.710, contenían en sí mismas el germen de la sistematización de las obras sociales. Creo que no fue un defecto legislativo el que impidió este resultado, sino que hubo una falta de decisión política para llevar adelante algunas acciones que la legislación permitía y que no se realizaron porque el contexto político no sólo no lo permitía sino que estaba preparado para que éstas no pudieran llevarse a cabo.

Vale la pena hacer referencia al contexto político que enmarcó el desarrollo de estas dos leyes, como punto de partida para explicarnos el acuerdo entre el Estado y el sector organizado de los trabajadores -la Confederación General del Trabajo- que se materializa en los dos proyectos legislativos que el Poder Ejecutivo enviará al Parlamento Argentino

en las próximas semanas. El país estaba bajo un gobierno de facto. El sindicalismo había sufrido una transformación esencial a causa de lo que se denominó la vanderización de la política sindical, caracterizada por el abandono de un conjunto de vinculaciones y principios que hacían de estas entidades intermedias verdaderos entes o instrumentos del accionar político de un determinado partido, y a partir de entonces las obras sociales comienzan a ser visualizadas como gigantescos elementos concentradores de poder al servicio de las entidades sindicales. Se consolida el concepto de pertenencia de las obras sociales al sindicato que les dio origen. No sólo el beneficio político de la administración de servicios sociales, sino también el beneficio económico del manejo de los recursos que se obtenían por ley era una forma de consolidación de poder en una sociedad que tenía eminentes rasgos corporativos y en la cual cada uno de los sectores, cada una de las facciones, luchaba no por concertar el poder corporativo detrás de algunos objetivos comunes, sino por la hegemonía del poder sectorial como mecanismo para acceder a una distinta distribución de lo producido. La solidaridad grupal cerrada, el aumento de la capacidad de movilización y de poder de cada una de estas estructuras y, finalmente, la anarquía o asistematicidad en la organización de los servicios, hizo que se fuera produciendo lentamente una inequidad y una injusticia en la distribución de los beneficios que todavía subsiste. En esa época se consiguió la sanción de leyes especiales, gracias a las cuales algunas obras sociales obtuvieron recursos extraordinarios al margen de los que fijaba la ley 18.610, que permitieron que ciertos sectores desarrollaran excepcionales sistemas de cobertura social, y que otros, que no reunían el poder suficiente para conseguir estas prebendas o privilegios, quedaran subsumidos en un sistema pobre de prestaciones sociales. Obras sociales para ricos, obras sociales para pobres. Medicina para ricos, medicina para pobres. Falta total de correlación, integración y coordinación de las acciones de salud de los tres subsectores, y un Estado crecientemente debilitado, que se veía cada vez más imposibilitado de ejercer su rol de conductor, de garante de los servicios para todos los habitantes.

Independientemente de esto, se producen fenómenos sociopolíticos que afianzan la situación; me refiero fundamentalmente a los acuerdos que con base en esta concepción se establecieron entre algunos sectores sindicales y algunos otros sectores de poder, tradicionalmente las Fuerzas Armadas, caracterizados como verdaderos pactos entre el sindicalismo y los grupos militares pero que, más allá de esta circunstancia, lo que permitieron fue, a partir de algunas negociaciones en este aspecto, no sólo reforzar el poder de un determinado sector de la población, sino también consolidar la injusticia y la falta de equidad en la distribución de los bienes y servicios.

Así llegamos a 1983, cuando, después de una larga y oscura noche de casi diez años, la sociedad argentina, profundamente traumatizada, profundamente enferma, se encuentra con la posibilidad de reconquistar un conjunto de valores que hacen a la recuperación de la dignidad de los argentinos como seres humanos que recobran derechos que habían sido avasallados en estos últimos años. Junto con esa concepción de la libertad, de la ética, de la igualdad, de la confraternidad, de la paz interior, en los sectores interesados en la problemática social surge con mucha fuerza la idea de hacer un aprovechamiento racional, eficiente, inteligente, ordenado y coordinado de los recursos disponibles en salud, tratando de integrarlos en un proyecto superador de las injusticias sectoriales, superador de la falta de cobertura de algunos sectores

castigados de la población, y que algunos partidos políticos y particularmente el partido político que hoy es gobierno, identifican con el término Seguro de Salud.

Por su parte, si bien la principal fuerza de oposición no lo caracteriza como tal, de su plataforma de 1983 surge que existen en este campo muchas más coincidencias que divergencias, y éstas permitieron, hacia fines de 1982, constituir grupos de trabajo de coordinación de acción entre sectores políticos tan diversos como la izquierda nacional, el radicalismo y el peronismo, que confluyen en el interés común de esta coordinación, de esta sistematización, a través de un conjunto de principios básicos compartidos por todos los sectores. Producto de este análisis es el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud que en el año 1985 ingresa a las Cámaras. Este proyecto intenta producir dos hechos: por un lado elaborar un ordenamiento jurídico y administrativo de las obras sociales y subsumirlas en un sistema de superior entidad jurídica, el Seguro Nacional de Salud, poniéndolas en calidad de agentes que debían cumplir ciertas y determinadas obligaciones, requisitos y normas, y que tenían obviamente ciertos y determinados derechos. El proyecto no cristaliza a nivel de las Cámaras y quizá valga la pena analizar por qué. La dirigencia sindical veía en él mucho más que un intento ordenador del sistema de salud; veía la intención política de producir determinado nivel de control sobre el funcionamiento de las obras sociales. Y tan era así que durante mucho tiempo la prensa, los medios masivos de comunicación y la población en general, hablaban del seguro de salud denominándolo Ley de Obras Sociales, y cada vez que intentábamos iniciar un diálogo que permitiera una concertación de intereses para movilizar el proyecto legislativo, el planteo siempre comenzaba por la discusión sobre a quién pertenecían las obras sociales.

Evidentemente, en este juego que no era meramente dialéctico, sino que tenía profundos intereses y toda una historia, una cultura en la República Argentina, lo que nos separaba eran distancias en verdad considerables. Yo diría que de un lado y de otro se consideraba el proyecto no por lo sustantivo, no por lo fundamental, que era la organización de los servicios de salud, sino por el aspecto confrontativo de la situación que era, por una parte, la particular circunstancia del origen histórico de las obras sociales, y por otra, de las naturales y muchas veces lógicas prevenciones que el Estado democrático tenía respecto del manejo de las obras sociales por un sector que históricamente había estado vinculado con una concepción corporativa del poder, y con pretensiones hegemónicas.

Una sucesión de hechos que son de público conocimiento y que culminan probablemente en forma impensada en los acontecimientos de Semana Santa, a lo que se agrega el hecho de que tanto algunos operadores del Estado como del sector sindical, del sector patronal y de los propios partidos políticos, empiezan a darse cuenta de que no es posible el proyecto democrático en la transición sin un acuerdo social que le dé marco y sustento, comienzan a generar el ámbito adecuado para iniciar conversaciones en las que la óptica, el punto de partida de las discusiones, cambie radicalmente, y entonces se pueda empezar a discutir de manera productiva sobre este tema. Quiero relatar sucintamente los hechos, porque creo que es una experiencia válida como metodología de trabajo, no por sus resultados que son imposibles de predecir.

Cuando decidimos revisar lo que teníamos entre manos, ambos sectores nos planteamos un conjunto de preguntas, puntos de partida sobre los cuales analizar este tema que nos había confrontado permanentemente. Y la primera pregunta que nos hicimos fue si la República Argentina necesitaba o no un ordenamiento racional, consciente, de su sistema de salud: si necesitábamos hacerlo eficaz y eficiente desde el punto de vista de los resultados que esperábamos en salud, y, finalmente, si los recursos de que disponíamos para hacerlo eran suficientes o no. Cuando tomamos este marco, que es un marco superador porque los intereses que persigue son comunes a todos, empezaron a surgir respuestas interesantes. Empezamos por primera vez a discutir si era racional que la República Argentina, que ocupa el tercer lugar en el continente americano desde el punto de vista de su gasto en salud per cápita, estuviese ubicada más abajo de acuerdo con sus resultados en salud. Y nos preguntamos si esto no nos indicaba que todos estábamos haciendo un uso irracional de los recursos.

En una segunda etapa, nos preguntamos si las obras sociales -que admitimos a priori que son procesos de creación de entidades intermedias autogestadas por voluntad de los trabajadores o del pueblo- no constituían de hecho una muy buena estructura de financiación de servicios de salud que por su extensión nacional, por el volumen de población cubierta -casi el 70% de la población-, por la experiencia acumulada en su administración y uso e, inclusive, por la pauta histórico-cultural que hace que el afiliado se sienta identificado afectivamente con ella, no constituían instrumentos adecuados preexistentes al seguro de salud. Y cuando ambas partes admitimos este dato concreto de la realidad: las obras sociales existen, esta es la población cubierta, tienen recursos creados por ley, etc., llegamos a la conclusión de que ellas eran los agentes naturales del seguro de salud.

Nos preguntamos entonces si era necesario sistematizar las acciones de salud y darles racionalidad y qué rol tenían que cumplir dentro de este esquema el Estado y las sociedades intermedias. Y nos ocupamos de definir qué era el Estado. Nos ocupamos de identificar con claridad cuáles son los roles del Estado como tal y los roles del gobierno que en un proyecto democrático permanente y sostenido ejerce transitoriamente el gobierno de ese Estado. Tratamos de deslindar cuáles eran las lógicas apertencias políticas vinculadas inclusive a las necesidades electorales del gobierno, y cuáles las responsabilidades del Estado permanente. Y nos preguntamos si no había llegado el momento de que estas sociedades intermedias que habían crecido por este proceso de autogestión, pero que en virtud de todas las circunstancias políticas e históricas que hablamos analizado se habían mantenido como solidaridades cerradas, grupales, consolidando situaciones de inequidad e injusticia, trascendieran de esa solidaridad grupal a una solidaridad extendida, de carácter nacional; y si, a la hora de extender la solidaridad a través de una mejor distribución de los recursos, no era necesario definitivamente que nos sentáramos juntos Estado, sociedades intermedias y prestadores, a discutir la manera de distribuir mejor estos recursos. Y para distribuir recursos en un sistema de esta naturaleza, alguien tiene que ejercer la conducción política del sistema de salud.

De esa manera se llegó a la primera definición importante que abrió el camino: no quedaban dudas de que ese alguien era el Estado. Se sucede una discusión conceptual que inclusive motivó un proyecto legislativo, el Azul y Blanco, que la CGT presentó en la Cámara, en el cual la CGT

proponía que el INOS fuera una entidad separada del Estado y conducida por la propia CGT. Pero, a partir de estas definiciones y de esta discusión conceptual, son las mismas entidades sindicales las que definen que el INOS, Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) en la nueva terminología, sea un organismo del Estado y en consecuencia esté conducido por el Estado, no en forma autoritaria sino en forma participativa. Surge así con una naturalidad que parecía imposible la conformación del Directorio de la ANSSAL, en el cual sobre once directores, el Estado tiene seis, tres directores tiene la Confederación General del Trabajo, uno los empleadores aportantes del sistema, y uno tiene un sector muy particular en la conformación de la pirámide demográfica argentina, que son los jubilados y pensionados, el sector de la tercera edad. Ya no hay dudas y esta discusión sobre quién tiene que ejercer la presidencia de la ANSSAL se termina rápidamente: la presidencia la tiene que ejercer el Estado. Y como la ANSSAL es un organismo administrador de servicios de salud, el presidente es un Subsecretario, tiene rango de Subsecretario en el ámbito de la Secretaría de Estado de Salud de la Nación. Es notable cómo un cambio de metodología en el enfoque de la discusión produce, mucho más rápido de lo que se podría haber pensado, una definición que durante años estuvo cuestionada. El Estado debe conducir el proceso y el sistema, de manera tal que las políticas que fije en materia de salud-políticas que se expresan a través de estrategias y de tácticas y que se reflejan en normas- sean de cumplimiento obligatorio por parte de los agentes naturales del seguro de salud. Algo que parecía inconcebible tres meses atrás queda expresado en un artículo del seguro de salud que dice específicamente: "Las políticas de la Secretaría de Salud de la Nación y de la ANSSAL en materia de organización, en materia de normatización, en materia de acreditación, habilitación de servicios, de fijación de programas, etc., que la Secretaría y la ANSSAL elaboren, serán de cumplimiento obligatorio por los agentes del seguro".

Después nos preguntamos si en este esquema del seguro de salud cuya conducción realiza el Estado en forma participativa, en el que las obras sociales son agentes del seguro, y cumplen ciertas y determinadas normas, era tan importante como lo habíamos creído la discusión sobre la pertenencia de las obras sociales, y si no era mucho más importante tratar de definir qué son las obras sociales, cuáles son los objetivos que persiguen, y por qué y en qué medida, y en consecuencia de qué son agentes del seguro de salud. Y por primera vez en la historia de la seguridad social argentina se intentó una definición de encuadre jurídico de las obras sociales. Y nos pusimos a revisar la legislación, los códigos; consultamos el Código Civil, investigamos todas las normas que la Organización Internacional del Trabajo y los organismos internacionales de seguridad social tienen establecidas sobre la materia. Ambos -CGT y Gobierno-, con espíritu amplio, aprendimos en conjunto. Nosotros teníamos una predefinición: habíamos establecido en el proyecto de ley anterior que estas entidades eran personas jurídicas de naturaleza pública no estatal; y ellos tenían también un preconceito: que estas entidades no tenían personalidad jurídica propia, sino que eran el sindicato en sí mismo, con la única salvedad de que tenían cuentas y administraciones separadas.

Tuvimos que llegar a un punto de equilibrio entre dos posiciones muy distintas. Por nuestra parte, no pudimos obtener con criterio jurídico preciso que estas entidades fueran de Derecho Público, porque el Código Civil Argentino es taxativo en la enumeración de las entidades que tienen esta característica, y dice que son solamente el Estado, las

Fuerzas Armadas, la Iglesia, y las sociedades del Estado. Evidentemente las obras sociales sindicales no podían encuadrarse en estas cuatro enumeraciones. Pero sí se abrió una profunda e interesante discusión cuando comenzamos a analizar las personas jurídicas de Derecho Privado. Porque ahí sí el Código Civil da dos definiciones y las dos podían tener algún tipo de encuadre político. En la primera dice que "son personas jurídicas de Derecho Privado las asociaciones que persigan objetivos definidos y que tengan autorización expresa del Estado para funcionar", (Artículo 33, inciso 1); y la segunda definición dice que "son entidades de Derecho Privado aunque no requieren autoridad del Estado para funcionar, las asociaciones que también persigan fines comunes, que no tengan objetivos de lucro", etc. Nosotros sosteníamos que las obras sociales requerían autorización del Estado para funcionar, la CGT decía que no, que para funcionar, para existir, no necesitaban autoridad del Estado, y la prueba evidente era que habían existido, habían preexistido a la ley 18.610, y no solamente habían preexistido, se habían desarrollado, habían crecido, habían hecho cobertura, habían adquirido patrimonio. Esto se zanjó por el lado de los recursos, porque si bien era razonable aceptar que para que existieran no necesitaban autorización expresa del Estado, como agentes del seguro de salud sí necesitaban autorización del Estado para hacer uso del 80% de los recursos brutos que la ley del Seguro de Salud dice que deben destinar obligatoriamente las prestaciones del Seguro.

El tema tan históricamente debatido de la pertenencia, de la persona jurídica se resolvió diciendo: "las obras sociales sindicales tienen persona jurídica distinta de la del sindicato, pero esta persona jurídica es del Derecho Privado en los términos del artículo 33, inciso 2", y en otro artículo dice que para que las obras sociales puedan utilizar los fondos que recaudan con destino a la salud, requieren una certificación por parte de la ANSSAL que las habilita como agentes del seguro de salud. Y mientras no cumplan este requisito, no pueden utilizar estos fondos destinados a las prestaciones de salud.

Por supuesto, esta delimitación jurídica quizá no sea perfecta -porque nosotros seguimos considerando que más se ajusta la figura a los términos del inciso 1 que del inciso 2-; es producto de una concertación y, en consecuencia, a cambio de esta flexibilidad en el criterio, hemos obtenido que la Confederación General del Trabajo acceda a la existencia de los artículos-vínculo que empiezan diciendo que las obras sociales son agentes del seguro de salud, luego establecen que en su calidad de agentes del seguro de salud las normas que el seguro les imponga son de cumplimiento obligatorio, más adelante determinan que hasta que no esté certificada y habilitada su existencia no pueden utilizar el 80% de sus recursos, y finalmente establecen que el Poder Ejecutivo, a solicitud de la ANSSAL, puede intervenir la obra social cuando por acción u omisión se produzcan hechos que impidan o limiten el acceso a los servicios de salud por parte de los beneficiarios. Es decir que se genera no un mecanismo asfixiante de control para que la cosa no pueda funcionar, sino más bien una sumisión concertada de una entidad intermedia desde el punto de vista de los recursos de salud, por un objetivo superior que es el seguro de salud.

El tema así visto no terminaba de cerrarse, porque las obras sociales sindicales no eran lo mismo que los institutos de administración mixta creados por leyes especiales que generalmente les otorgaron algún beneficio extraordinario, también denominado recursos de otra naturaleza:

el impuesto a los cheques, un porcentaje de lo que pagamos por la luz para la obra social de Luz y Fuerza, las regalías que recibe Gas del Estado, la financiación adicional que las empresas del Estado tipo YPF hacen respecto a los déficit de la obra social, una cuota participación en la exportación de carnes, las leyes del seguro, y así sucesivamente. Estos grandes institutos tienen, además de la financiación general, una financiación particular conseguida por algún mecanismo de este tipo o por la Convención Colectiva del Trabajo. Sobre esto resolvimos respetar la ley de origen y, en caso de que la ley no previera la participación de los trabajadores en la conducción, incorporar la representación sindical en minoría, pero en caso de que la ley no previera la participación del Estado en los grandes institutos que administran recursos especiales, incorporar la representación del Estado en minoría. Con lo cual este paquete de los grandes institutos quedó conformado con una participación del Estado en todos y una participación sindical en todos, conservando en algunos casos la mayoría el Estado, y en otros casos el sector trabajador. Esta concertación no se produjo en el caso del Instituto de Jubilados y Pensionados que por su naturaleza y por el sector de población a que se refiere, quedó al margen del paquete de discusión y ha sido definido como un organismo administrado por el Estado, con participación del sector pasivo organizado y con una participación minoritaria del sector activo, que en nuestra legislación aporta al Instituto de Jubilados y Pensionados.

Por último, en las empresas del Estado donde no hubiera habido participación de los obreros en la gestión directa de las acciones, se habilitó esta participación conservando la mayoría el Estado. Fijense ustedes que, después de algunos años, llegamos en la conformación de esta estructura de conducción de las obras sociales a términos muy cercanos a la definición que dio la Confederación de Empresas Sanitarias (COFES) en 1984, en un documento que se llamó Coincidencias Programáticas en Salud, en uno de cuyos párrafos decía que la administración de las obras sociales, atento a la diversidad de orígenes y a la multiplicidad de legislaciones preexistentes, se hará teniendo en cuenta la participación del Estado donde no la hubiera, y la participación sindical donde no la hubiera.

Despejado este tema que históricamente había frenado la posibilidad de una concertación, de ahí en más se trató de determinar cómo organizáramos un seguro de salud que funcionara. Para esto se requerían dos cosas más. La primera, asegurar la financiación. En este aspecto se ha avanzado notablemente. Se aumentan los recursos generales del sistema en un 22% subiendo en un punto y medio la recaudación obligada (de 7,5 a 9), y se produce por primera vez algo que anhelaban largamente el Estado o la conducción del sistema, que es la recaudación directa por parte de la ANSSAL del 10% que constituye el fondo de redistribución, del 55% de los recursos de naturaleza especial -que también acuden al fondo de redistribución- y del 15% de los recursos que obtienen las obras sociales de personal de conducción que por lo general efectúan un aporte significativamente mayor que el resto de las obras sociales. Esto lo recibe en forma directa la ANSSAL en cuentas recaudadoras propias y con organismos de control de gestión propios, pero permite a su vez entrecruzarlo con la recaudación que realiza la obra social del otro 90%, que el agente de retención deposita directamente en la cuenta de la obra social y que, en consecuencia, permite un sistema de doble control sobre los agentes de retención. Además de eso, se mantienen los términos del proyecto original: el reparto automático del 33% de los recursos del fondo para las

obras sociales que cubren a personal cuyo salario promedio en la rama de actividad correspondiente de acuerdo con los resultados de la Convención Colectiva de Trabajo, no llegue a un piso, a un mínimo que la reglamentación de la ley va a establecer. O sea que esto es una redistribución automática de los ingresos del sistema de la Seguridad Social para levantar el piso de los recursos de los sectores más sumergidos de nuestra sociedad.

Por otro lado, la legislación, como lo hacía la ley original, avanza en la dirección de crear los mecanismos de cobertura de los trabajadores autónomos y en la posibilidad de incorporar a través de los convenios de adhesión de las provincias, o de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, o del Territorio Nacional de Tierra del Fuego y de las Islas del Atlántico Sur, la cobertura de los indigentes, definiéndolos previamente, con una financiación compartida entre la provincia y la Administración del Seguro, y con aportes del Tesoro Nacional específicamente destinados a este fin. En este aspecto hay un doble avance: los aportes de rentas generales que significan un nuevo mecanismo de redistribución y una extensión de la solidaridad del sistema, y la redistribución automática de los recursos en las obras sociales de menores ingresos para hacer verdaderamente extensiva esta solidaridad.

Por último, se ha planteado la creación de un Consejo Asesor y de una Comisión Permanente de Concertación. En el Consejo Asesor participan aquellos que no están de una forma u otra representados en el Directorio pero que tienen intereses concretos en el sistema: las obras sociales provinciales, las mutuales, las cooperativas, los agentes del seguro que adhieran al sistema, los prestadores. En la Comisión Permanente de Concertación se introdujo la figura de la paritaria en los términos de la ley 19.710, de manera que la misma Comisión Permanente de Concertación se convierte, por un acto resolutivo del Directorio de la ANSSAL, en comisión paritaria transitoria a efectos de tratar normas y aranceles, y luego, terminada su función paritaria, vuelve a ser Comisión Permanente de Concertación para ir analizando, reevaluando y elaborando permanentemente las normas con las que va a operar el sistema. Es obvio que se prevé la incorporación automática en calidad de prestadores de los efectores del sector público del Estado, o de la Municipalidad de Buenos Aires, y de los Territorios Nacionales, y en los convenios de adhesión de las provincias al seguro una de las cláusulas fundamentales es la integración de los recursos de los efectores públicos no a través del ingreso uno a uno, sino a través de la formulación de convenios globales en los que de hecho queden incorporados todos los efectores del sector público a la atención de la seguridad social, por supuesto con las normas y limitaciones que pueda tener establecido el sistema desde el punto de vista operativo. Se agrega por primera vez a la descripción de las prestaciones obligatorias que el sistema garantiza a los beneficiarios no sólo la atención de la enfermedad, sino también los insumos básicos y los medicamentos que son condición indispensable para que culmine el acto médico, con lo cual al crear normas de cobertura obligatoria de prestaciones y normas de cobertura obligatoria de asistencia en los términos de privilegio de la atención primaria de la salud, se establece de alguna manera un vademécum de medicamentos ligado a esas prestaciones -estos son de cumplimiento obligatorio, el resto de la cobertura que no contempla este aspecto, no lo es- y, a la vez, se faculta a la Secretaría de Salud a elaborar, si lo cree conveniente, un listado de medicamentos básicos con carácter de listado referencial, que será de cumplimiento obligatorio para el Seguro Nacional de Salud.

Finalmente, en todo lo que se refiere a la constitución de red de servicios, el proyecto define con absoluta claridad que se trata de una red pluralista, con libre acceso a cualquiera de los sectores participantes, pero dentro de un sistema de calificación donde la acreditación, la habilitación, las normas para funcionar, la categorización tanto de recursos materiales como humanos es una potestad del sistema dentro de los lineamientos y políticas que la Secretaría de Salud establece con tal propósito.

He tratado de trazar los lineamientos generales de este sistema acordado, de estas dos leyes estrechamente vinculadas entre sí que sólo constituyen un punto de partida, que no colma las expectativas de ninguno de los dos sectores, pero que hemos acordado en definir, en el acta-acuerdo que acompaña a la elevación de los dos proyectos, como un sistema racional real y posible que a nuestro juicio constituirá un punto de partida suficiente para tratar de hacer cierto algo que hemos venido buscando los argentinos: más y mejor salud para los habitantes de nuestro país.

#### Debate

##### Pregunta

¿Cuáles son los mecanismos de integración de las obras sociales?

##### Dr. Rodolfo Rodríguez

El sistema prevé dos mecanismos de integración. Uno es el referente a la constitución de las asociaciones de obras sociales. Al respecto, el articulado contempla específicamente la posibilidad de que en una determinada región, en un determinado ámbito geográfico, distintas obras sociales se asocien para una mejor consecución de los objetivos que persiguen. El segundo es por medio de convenios de adhesión. En la estructura federal prevista por nuestra Constitución Nacional, los estados provinciales no han delegado en el poder central el poder de policía sanitaria y, en consecuencia, sólo pueden ingresar a un sistema nacional de salud a partir de una ley de la legislatura provincial que autorice a las autoridades de salud de la provincia a adherir al seguro nacional de salud a partir de un convenio tipo que elabora el seguro y que, por supuesto, tiene la flexibilidad suficiente para hacer posible que la provincia se adhiera. En ese convenio deben estar estipuladas las formas en que la obra social de la provincia puede participar en el sistema y puede recibir de las obras sociales nacionales que operan en el ámbito provincial transferencias de recursos y de cobertura de los afiliados a esta obra social nacional.

##### Pregunta

Mi pregunta concreta es si este convenio significa también que la obra social de la provincia tiene que aportar al fondo de reaseguro del INOS.

Dr. Rodolfo Rodriguez

Si; los términos en que ha quedado expresado son que para tener acceso al fondo de redistribución, debe aportar al fondo, lo que significa que si elige no tener acceso a este fondo puede adherirse sin aportar, pero si quiere tener acceso al fondo de redistribución, debe aportar; y al fondo de redistribución tiene que tener inevitablemente acceso, toda vez que los fondos para la incorporación de indigentes surgen de él.

Pregunta

Quizá relacionando esta presentación con lo que discutimos esta mañana acerca del problema de la eficiencia del aparato efector, no solamente estatal, uno se pregunta si esta discusión válida de los problemas financieros no oculta otro problema que es el del aparato efector de las prestaciones de salud. Es evidente que cuando hablamos de infraestructura, el problema no es exclusivamente financiero a pesar de que es uno de los problemas importantes. Países que quisieron resolver el problema financiero, muchas veces no resolvieron la cuestión de la calidad, la eficiencia y la equidad. Entonces, la pregunta que uno se formula es ¿cómo solucionar el problema del aparato efector del sistema de salud, sin el cual la financiación no puede resolver los problemas mencionados de calidad, equidad y eficiencia?

Dr. Rodolfo Rodriguez

Esta es una pregunta que estábamos esperando. Como sabemos, uno de los problemas serios que se han afrontado hasta el presente en el campo de la infraestructura de servicios, es la forma anárquica en que se desarrollaron los efectores por subsector, aun en el terreno de los efectores públicos, aunque parezca paradójico. Al mismo tiempo, cómo a partir de una degradación de valores esenciales, instrumentos que debían ser exclusivamente indicadores de redistribución económica en virtud de modalidades de atención, como son los nomencladores, terminaron constituyendo el punto de partida que dirigió la instalación de capacidad instalada y, de alguna medida, el modelo prestador de nuestro país. Esto fue evidente en los últimos diez o quince años, en particular en el sector privado, pero no solamente en el sector privado sino que de alguna manera contagió, a la hora de ciertas definiciones, al sector de capacidad instalada propia de las obras sociales, adonde llegaron por otro camino, llegaron por el camino de decir: ahorro más si la capacidad instalada de alta tecnología la manejo yo; y contagió al propio sector público que, de ser la punta de viento en materia de innovación científica, capacitación de recursos e inclusive, en una época, de incorporación de tecnología, pasó a ser exactamente lo contrario, pasó a ser la cola de toda esta historia.

Por otra parte, en algunos servicios, profesionales de gran renombre en el medio se encontraron con que empezaban a perder lo que les daba prestigio en el sistema en virtud de que la tecnología que necesitaban manejar para su desarrollo científico y profesional, aparecía en manos de otros sectores del sector privado. Aquí hay muchas personas que conocen esta historia, están el Dr. Sonis, el Dr. Prieto, el Dr. Galli, el Dr. Tanoni, todos ellos conocen muy bien esta realidad de la transferencia, del trasvasamiento de la inteligencia profesional desde el sector público hacia especies de cotos privilegiados, cerrados, en grandes

instituciones sanatoriales privadas en las que inclusive se llegó a la contratación de profesionales por su nombre, como punto de atracción para el desarrollo de ciertos servicios, a la manera de los jugadores de fútbol. Esto fue modelando un sistema prestador altamente pervertido, no sólo por los mecanismos de comercialización de la prestación de servicios, sino por su orientación. Cuando nos preguntamos si la infraestructura de servicios de salud -e incorporo obviamente a la infraestructura no sólo el aspecto de financiación sino el aspecto de red, el aspecto de estructura, y el aspecto de recursos humanos- es suficiente -nótese que ni siquiera nos preguntamos si es eficaz y eficiente- la primera respuesta de acuerdo con los estudios técnicos sobre el tema, es que pareciera que sí, que es suficiente; en algunos casos pareciera que es abundante, y en otros me atrevería a decir que es exageradamente abundante. Respecto a si son eficaces, surgen dudas muy grandes, muchas de ellas sin respuesta.

Sabemos que si queremos cambiar el modelo, si pretendemos poner énfasis en la atención primaria, no podremos hacerlo en los términos originales de Alma Ata sino en los términos conceptuales de lo que nuestro país puede dar en materia de acceso a los servicios y de respuesta primaria a las necesidades de salud de la población. Yo diría que existe, término medio, una eficacia aceptable en un 60-70% de los recursos de que disponemos; algunos son francamente no eficaces. La cuestión se complica más cuando comenzamos a hablar de eficiencia. Se complica por varias razones, en primer término porque carecemos de sistemas de información sobre el comportamiento de los recursos -ni qué hablar sobre los sistemas de monitoreo, respecto de los cuales estamos absolutamente carenciados salvo en algunas circunstancias excepcionales- y, finalmente, se complica mucho más cuando empezamos a descubrir, en esa conformación anárquica del sistema prestador, que algunos prestadores han desarrollado modelos más o menos eficientes pero para sí mismos, totalmente desagregados del sistema general prestador.

Es indiscutible que en determinados lugares del país se están produciendo respuestas en atención de la salud de altísimo nivel tecnológico, de altísimo nivel intelectual, e inclusive de primer nivel respecto a la innovación en materia, por ejemplo, de tratamientos especiales. Pero estos focos que, vuelvo a insistir, en la mayoría de los casos fueron producto de una deformación más que de una organización sistemática de los servicios, han quedado tan desarticulados de la red que hasta han roto los tradicionales niveles de acceso, por ejemplo los servicios de alta complejidad. Y hoy por hoy a ningún profesional argentino y a ningún administrador de servicios de salud le alarma que en la República Argentina, un señor que tiene un dolor en el pecho pase directamente de la calle a realizarse una ergometría de esfuerzo controlada por indicadores radiactivos. Y pasa directamente. Y si pasa por la vereda de algunas instituciones, inclusive hasta es invitado a hacérsela. La sumatoria de procedimientos diagnósticos (hay algunos trabajos hechos en obras sociales sobre este tema), es infernal. Cada procedimiento diagnóstico que se incorpora al nomenclador -porque si no se incorpora al nomenclador no se usa, o por lo menos no se puede facturar y en consecuencia no es redituable- se suma al procedimiento anterior, aun cuando éste resulte obsoleto. Así que, concentrando la respuesta en la parte final de la pregunta, yo creo que lo primero que deber hacer esta Comisión Permanente de Concertación a la cual le atribuyo por lo menos potencialmente una importancia fundamental es elaborar un conjunto de normas básicas que aseguren una racional utilización de los recursos, partiendo de la base de

que los recursos son suficientes, que una buena cantidad de ellos son eficaces, pero que, en términos de resultados, muy pocos son eficientes. Por lo menos en una primera etapa, la etapa de arranque, la utilización de los recursos debe estar verdaderamente condicionada por el conjunto de normas concertadas para que sean de cumplimiento real acordado, entre la red prestadora, el sistema financiador y el sistema conductor y fijador de políticas. Si no se produce este punto de partida, el resto va a ser muy difícil, porque no nos debemos olvidar de los orígenes de cada uno de los subsectores prestadores, las tendencias, las culturas e, inclusive, el contexto.

#### Pregunta

Quiero preguntar algo que está bastante relacionado con lo que usted contestó respecto de la infraestructura. ¿Cómo se va a manejar la acreditación de servicios, ya que sabemos que justamente los servicios estatales, por lo menos en su fase edilicia y administrativa, en cuanto a recursos materiales, quizás no sean los más idóneos para "competir" con otro tipo de servicio? Y, por otro lado, en cuanto a la modalidad de atención, la pregunta es si se va a seguir utilizando el nomenclador nacional -ya que sabemos que eso dirige la atención hacia un lado o hacia el otro- o si se va a adoptar algún otro tipo de guía o de normas.

#### Dr. Rodolfo Rodríguez

Con respecto al tema de la acreditación, usted sabe que el subsector estatal, en los términos del seguro de salud, prácticamente está referenciado a las provincias. El sector estatal nacional ha conservado aproximadamente entre 16 y 18 efectores -algunos de ellos probablemente dentro de algún tiempo tengan que ser revisados en forma integral desde el punto de vista de su funcionamiento y de la razón de su existencia- y, en consecuencia, la verdadera red efectora de servicios públicos está dada por la capacidad instalada de las provincias. Esto está íntimamente ligado con un aspecto del proyecto de ley que no mencioné hasta ahora, que es el capítulo de federalización del sistema.

La federalización tiene un doble contenido: por un lado, la federalización del organismo administrador del sistema, toda vez que las provincias que adhieran al sistema deben estructurar un ámbito de conducción del mismo dentro de la provincia. La Administración Nacional del Seguro de Salud delega facultades a la provincia, una de las cuales es la acreditación, la otra es el registro de los prestadores, sin los cuales el tema de la acreditación no tiene ejecución práctica y que desde la perspectiva del nivel central, va a tener solamente normas genéricas porque la acreditación se va a basar en criterios verdaderamente racionales de la existencia de recursos, de la naturaleza de esos recursos, de la vinculación recursos-demanda de servicios, y, por supuesto, de la capacidad operativa actual que incluye la capacidad económica de la provincia -estamos hablando siempre del subsector público- desde el punto de vista de la necesidad de utilizar los recursos que tenga.

A pesar de ello, es evidente que el sector público también requiere acreditación, de ninguna manera debe interpretarse que la acreditación va a operar para el subsector privado y no para el público. Debemos

estar atentos a la realidad geográfica, a la realidad política, social y económica de las regiones de nuestro país que son tan diferentes. El sistema de acreditación va a estar íntimamente ligado con el sistema prestador privado en dos aspectos: uno que es el poder habilitador del sistema para que el prestador integre la red bajo ciertas y determinadas condiciones, y el segundo aspecto es la categorización de los recursos, no en términos de hotel y estrellas, sino de facultades para realizar ciertas y determinadas prestaciones en términos de garantía para el beneficiario, que puedan ser reflejadas posteriormente en un nomenclador globalizado por patología, con pago unificado por resultado de servicio y no por la participación de cada una de las acciones de salud que realizan los integrantes del equipo de salud. En consecuencia, lo que cambia es el criterio: no es un codificador para transformar actos médicos en equivalentes retributivos, sino que es un nomenclador definido a partir de la prestación de servicios que el sistema quiere garantizar a los beneficiarios del seguro y que sirva, desde el punto de vista globalizador, como una forma de retribución a partir de un convenio, a partir de un contrato, en el cual se define que el financiador es un agente del seguro en las condiciones que fija el seguro y que lo que se presta es un servicio público, y, en consecuencia, está sujeto a las normas y condiciones de aquellas normas que son bienes del público.

Dr. José María Paganini

Usted lo señaló muy bien, y nos hizo reflexionar sobre cómo un instrumento se convirtió en orientador de los recursos y del flujo de la demanda, es decir, se convertía en la política, y esto parece que está ligado al tema de la Comisión de Concertación. Si el Estado Nacional ya casi no tiene efectores públicos, y los hospitales públicos no son del Estado Nacional, pareciera que es urgente, si realmente queremos la participación de estos efectores en el sistema de salud, la incorporación de sus representantes en la Comisión de Concertación, y es mucho más urgente que esto crear el instrumento, porque cuanto más se difiera la incorporación de nuevas modalidades de facturación, que no desagreguen la atención como actualmente se hace, más difícil le será al hospital público entrar en competencia con el subsector privado. Entonces, deseo dejar explicitada la necesidad de la participación en la Comisión de Concertación de los efectores públicos que se adhieran -provinciales, municipales-, y la valorización de nuevas formas de facturación, no solamente una globalización por patología, porque pueden aparecer otros valores; de hecho, hoy hay entre las obras sociales vinculaciones donde solamente hay un valor que rige para el día de internación clínica y otro para el día de internación quirúrgica, hay ejemplos de que ya se está facturando así. Si esto no se oficializa, si no se inmediatiza, si no se actualiza simultáneamente y no es de público conocimiento su normativa, como lo son los valores de galenos, gastos sanatoriales, y los que pertenecen al nomenclador, estaremos conscientemente postergando al sector público.

Dr. Rodolfo Rodríguez

En términos generales coincido. No sé si es específicamente en la Comisión de Concertación, esto quizás habría que meditarlo un poco, pero si estoy absolutamente convencido de que hemos elaborado un proyecto de ley que es nada más ni nada menos que un punto de partida para un proyecto posible, un proyecto al que definimos como real, racional y posible.

Nadie lo calificó de ideal, ni siquiera de bueno. Pero quiero hacer hincapié, en que así como fue válido el proceso de concertación para posibilitar un proyecto, es inevitablemente necesario el proyecto de concertación sobre normas y funcionamiento para que el seguro exista, porque de lo contrario, por más normas, controles, acciones punitivas, etc., que el Estado establezca sobre los prestadores o sobre los agentes del seguro, si no existen acuerdos básicos sobre normas concretamente operativas, lo demás va a ser una entelequia, va a ser un banco adonde la ANSSAL, al estilo de los bancos sociales, va a tratar de hacer una mejor distribución del 10% de los recursos que recauda por otro lado, pero no va a ser la verdadera administradora del seguro de salud, que es la función que tiene que cumplir. De acuerdo con esta concepción, las provincias -cuando hablo del efector público provincial hablo del Ministerio de Salud de la Provincia, porque considero al efector público como un todo e incluyo también los servicios de atención primaria sin internación, incluyo toda la capacidad del Estado para dar respuesta a las necesidades de salud- tienen que participar concretamente o en la Comisión de Concertación (esta es una posibilidad abierta por la ley), o a través del Consejo Asesor Permanente del Seguro de Salud, que es un ámbito de reflexión y de formulación de políticas.

#### Comentario

Estas últimas preguntas se están adentrando en temas que ya son de índole de la reglamentación, e incluso también de las atribuciones del Directorio y de las normativas que vaya dando la ANSSAL. No obstante, el proyecto de ley establece lineamientos generales que dan algún tipo de orientación sobre los que podemos hablar. Respecto de los efectores provinciales, como dijo el Dr. Rodríguez, éstos van a entrar en el sistema en la medida en que salga el convenio de adhesión, y el convenio de adhesión lo que va a hacer en esta primera etapa es incorporar a todos, porque de hecho están funcionando, acreditados o no están dando servicios. Entonces, la primera etapa será incorporarlos, después veremos si entra la acreditación, cómo entra, para el caso del efector público; pero la prioridad es que estén dentro de la red, porque la realidad es que ya están funcionando. La otra cuestión es que respecto a la Comisión de Concertación, la ley prevé también que va a haber comisiones provinciales, es decir, no hay una única comisión de concertación a nivel nacional sino que, en la medida en que las provincias adhieran, van a funcionar comisiones de concertación provincial, va a existir un registro de prestadores descentralizado también a nivel de provincias y se prevé también darles injerencia a las provincias dentro de un marco referencial que va a ser el del seguro, respetando cierto tipo de normas generales, pero las provincias van a poder preservar sus realidades locales.

#### Dr. Vicente Galli

Más que formular una pregunta quiero hacer un aporte en relación con la preocupación del Dr. Paganini, que es la preocupación de muchos. Tengo la impresión de que, así como se decía hace un momento que no solamente va a funcionar la Comisión de Concertación Central sino también la Comisión de Concertación Provincial, hay que pensar en todo el sistema desagregado y remultiplicado en una cantidad de instancias de diálogo, de concertación y de valuación que no solamente hacen a la administración y a la financiación. Si este proyecto comienza a funcionar, se

va a destabilar y descapsular muchísimo el sistema y van a cambiar los interlocutores que en este momento deciden calidad, contratabilidad, y acreditan de hecho a través de los instrumentos económicos. En salud mental, estamos trabajando y funcionando con una cantidad de grupos distintos en relación a un sistema de regionalización, con bocas de entrada, auditorías y seguimientos compartidos de lo que pasa allí dentro; no voy a detallar todo lo que pensamos que se puede hacer, pero sí, en relación con la calidad de lo que se haga, estamos rompiendo con los interlocutores habituales y únicos; no es solamente Confederación de Clínicas y Sanatorios donde hay internaciones psiquiátricas, sino asociaciones de profesionales, de psiquiatras, psicólogos, laborterapistas, enfermeras, grupos de prestadores privados individuales, el sector estatal, y si hay grado académico en la zona, que sean éstos los que acrediten o los que reconozcan los servicios que pueden ser contratados; que evalúen, que mantengan la evaluación. Pienso que esto va a permitir una integración muy ágil de algo que en este momento funciona muy separadamente: la formación académica, las formaciones profesionales y la utilización que el sistema hace de esas acreditaciones.

Desde esta perspectiva, creo que cualitativamente puede mejorar mucho el sistema, uno de cuyos errores es fundamentalmente esa perversión de hacer una utilización mercantilista no de servicios distribuidos equitativamente sino de servicios que se explotan comercialmente. Si esto se redistribuye, se discute entre muchos, ya no va a ser una tarea de policía por parte del Estado, sino una tarea del Estado organizando, coordinando la acreditación y reacreditación permanente. El registro de prestadores no debe ser fijo, sino que habrá de reactualizarse continuamente. Al principio entrarán todos los que están, y después se irán afinando cualitativamente y se irán generando experiencias culturales de asistencia distinta según las zonas y regiones. A mi juicio, todo eso va a romper lo que en la actualidad se encuentra tan tabicado y es tan difícil de unir.

Dr. Angel Tullio

Una de las características muy especiales de la concertación es que sobre la base de una legislación de fondo abre el camino a la introducción de otras legislaciones que tendremos que abordar rápidamente aprovechando este impulso; además, esta concertación no es solamente el producto de una coyuntura sino el punto de maduración que requería de algún hecho crítico para ponerse en marcha. Y, entre muchas otras cosas de alguna legislación satelital a ésta fundamental, considero que debemos abordar la legislación sobre el control del ejercicio de las profesiones, o el propio ejercicio de las profesiones, con una amplitud que vaya más allá de las profesiones tradicionales y llevándolo a lo que podemos denominar actividades de la salud, y a un aspecto fundamental que concertadamente, y con la inclusión de sectores tan importantes como la Universidad, tendremos que abordar: el tema del desarrollo de los recursos humanos en sí. Es decir, el control del ejercicio de las profesiones, y, simultáneamente, la elaboración de una política sobre el desarrollo de los recursos humanos son los pilares fundamentales que consolidarán la concertación y, por esa razón, tendrían que estar entre los deberes fundamentales del Estado, indelegables en función de su responsabilidad, pero necesariamente concertados en función de la necesaria e indispensable viabilidad práctica para el futuro. Solamente este es el aporte que quería realizar.

Dr. Carlos A. Prieto

Quiero agregar una reflexión. Creo que el Dr. Tullio ha interpretado el sentir de muchos de nosotros en algunos aspectos. Después de casi dos décadas de discusión sobre quién tiene razón, de quién es una cosa, de quién otra, se asiste al desplazamiento de la zona de discusión, de un modelo conceptualmente economicista, sectorial, cerrado, excluyente, donde las posiciones se habían cristalizado en un endurecimiento, a un fenómeno que por lo inédito probablemente nos conmueve a todos. Parece que de pronto dejamos de mirarnos los pies para empezar a mirar el horizonte que era la salud. Sin embargo, estamos apenas en el punto de partida de una experiencia; no es que cuando se sancionen estos dos proyectos habremos dado término a la experiencia, sino que entonces van a empezar los problemas de interpretación, los problemas de nuevos intereses sectoriales, pero habremos aprendido a caminar de manera distinta. Se ha desplazado el nudo de la discusión de lo económico a lo social, a lo técnico; se ha desplazado el nudo de discusión de la atención médica, del negocio de la atención médica, para comenzar a hablar de la gran inversión de la salud; se ha desplazado el nudo de lo que era primordialmente un enfrentamiento para alcanzar una concertación entre personas que se habían enfrentado tenazmente en un primer momento. Quiero rescatar eso porque es una reflexión que nos debe hacer superar aspectos instrumentales y de implementación en procura de una imagen más elevada del problema. Los que tuvimos el privilegio, aunque fuera desde la puerta, de participar de estas tres semanas intensivas de trabajo, hemos comprobado cómo las posiciones se iban acercando, y, naturalmente, no con la ingenuidad de que nadie resigne nada, porque aquí nadie se da ni por ganado ni por perdido, sino que fue cambiando la actitud mental de los negociadores, de los sectores; tal vez hacían falta hechos extramédicos para que esto ocurriera. Entonces: nuevo punto de partida, nuevo problema y la legislación satelital, y nuestra viejísima ley del ejercicio profesional, que cree que el carro de la salud sólo lo puede llevar la locomotora de los médicos -las otras profesiones no existen, siempre van a la cola de ese tren-. Las nuevas profesiones que integran el equipo de salud se están abriendo paso a codazos en los subcomités de concertación, y estamos viviendo en el Instituto en estos momentos presentaciones diversas de grupos que ya han obtenido su ley de ejercicio profesional, y a quienes la mecánica actual, y el maldito nomenclador nacional, no les permiten acercarse a la mesa. Creo que también el Estado recupera su rol; más que ocasionalmente estatizar el proyecto, lo que hace es recuperar el rol que abandonó durante mucho tiempo, en particular durante el último gobierno autoritario que soportamos. Y creo que este también es un matiz muy importante: la ley ya no es más estatizante, lo que ocurre es que el Estado ha recuperado el rol de garante de la salud, y lo ejerce y lo ejecuta con toda su fuerza. Y este es otro motivo de reflexión también, para que pensemos que el Estado, como garante de la salud, tiene no sólo el derecho sino la obligación de invitar a su mesa a concertar a cuantos grupos tengan algo que decir y algo que aportar.

#### Pregunta

Yo quiero preguntar si la federalización del sistema significa la libre adhesión de las provincias o está contemplado un desarrollo armónico con los servicios estatales de salud, que son sumamente deficitarios en muchos lugares del país, y la mayoría de las provincias no

tienen capacidad suficiente para mejorar esos servicios y entrar en un sistema competitivo que cubra los sectores de muy bajos ingresos. En este momento eso es una realidad. De modo que la pregunta es si está contemplado el desarrollo de servicios estatales de salud llevando un verdadero desarrollo de la salud al interior del país.

Dr. Rodolfo Rodriguez

Les pido disculpas, porque voy a aprovechar parte de la pregunta para hacer un comentario y después responder efectivamente. No hemos elaborado un sistema de salud. Ni siquiera hemos creado las normas que aseguren su vigencia; apenas si hemos sentado las bases para que todos los argentinos -porque la salud es un problema de todos- encontremos un punto de referencia con entidad de ley sobre el cual construir nuestro sistema de salud. Este es un problema del Estado Nacional, es un problema de los estados provinciales, es un problema de los sectores intermedios, es un problema de la población en su conjunto, y quizás el requisito más importante en este momento sea tener imaginación. Hay que volcar la imaginación porque hemos abierto las puertas para que podamos imaginar. Y hemos abierto las puertas de la concertación porque el Estado se ha despojado de la preconcepción de que solamente es bueno lo que él hace, y las entidades intermedias se han desprendido también de la preconcepción de que hacen lo que quieren. Ni el Estado es el único capaz de hacer las cosas bien, ni las entidades intermedias pueden hacerlo que quieren sin resignar libertad, sino equilibrando libertad con igualdad de derechos y obligaciones.

Dentro de este marco, la adhesión de las provincias, aunque en los términos de ley y en virtud de los preceptos constitucionales sea voluntaria, creo que debe ser buscada por quienes administren el seguro; ellos deben ir a convencer, ir a concertar las formas de incorporación, porque de lo contrario no existirá el seguro. Este es un país federal, republicano; sus límites operativos en el seguro están dados por los límites territoriales de cada uno de los estados provinciales argentinos. Ni siquiera importa que la provincia tenga un gobierno de un signo político determinado porque se trata de encontrar formas armónicas según las cuales, sin que la provincia pierda la potestad de regular, controlar, conducir, normatizar el sistema provincial de salud, lo haga en los términos de un sistema superior compartido, concertado entre todos los argentinos, que permita que el señor que vive en Salta, en Jujuy, en Tierra del Fuego o en la Capital Federal, tenga los mismos derechos y obligaciones para con el sistema, pero que finalmente sienta que existe una entidad -que él va a identificar inevitablemente con el gobierno, pero que pretendemos que la identifique con algo permanente que es la figura del Estado, no del Estado paternalista, sino del Estado que cumple su obligación como Estado, como sociedad moderna- y que esa entidad va a garantizar el cumplimiento de este derecho, del derecho de "acceder a" en iguales condiciones. En estos términos, si yo no hiciera estas consideraciones debería contestar a su pregunta diciendo que adherir al sistema es un acto voluntario de las provincias.

Sin embargo, desde nuestra óptica, es una obligación del Estado ir a buscar a las provincias para que se adhieran al sistema y entiendo que, sea quien sea el que conduzca el sistema a partir de la aprobación de la ley, si está imbuido de esta mística deberá hacerlo porque si no, no va a tener sistema.

### Pregunta

Ante el conjunto de funciones que tendría la ANSSAL correspondientes a lo que se hablaba del nomenclador, registro de prestadores, recursos humanos, etc., todas funciones no realizadas anteriormente, y teniendo en cuenta que el 33% de los ingresos provenientes del fondo de redistribución irían para los que están por debajo del salario mínimo según el ramo de actividad, otro porcentaje de estos ingresos iría a los indigentes, etc., la pregunta que quiero hacer es si los fondos que le quedan a la ANSSAL para esa labor de conducción son suficientes, porque la estimación que estoy haciendo es que le quedaría un 2 ó un 3% para esa administración de 100.

### Dr. Rodolfo Rodriguez

Si, la ley prevé que el 8% de los recursos del fondo de redistribución puede ser utilizado por la ANSSAL sin limitación de ninguna naturaleza. El 8% del fondo de redistribución, el 1% del sistema. Sea el 8% del fondo, o el 1% del sistema, lo importante es saber cuantitativamente cuánto es, y vamos a tratar de cuantificarlo, pero quiero aclarar que la cobertura de los indigentes no se obtiene del fondo de redistribución (si se entendió así es porque fue mal expresado), sino a través del fondo de redistribución con aporte del Tesoro Nacional, que es una cosa distinta. Lo que sucede es que no se pueden cuantificar los aportes hasta no conocer las adhesiones provinciales, porque el sistema de cobertura de los indigentes se produce a partir de la incorporación de la provincia, de la cuantificación de los indigentes médicos a cubrir por vía de la obra social provincial, y del acuerdo de partes por el cual para cubrir este grupo ponemos el 50% cada uno.

El sistema actual tiene una profunda evasión, particularmente el fondo de redistribución que hoy en día se recibe en la obra social y del cual la obra social por un acto gracioso, voluntario y nunca permanente, deposita el 10% en el fondo. Esto hace que de un total de 350 obras sociales, sean menos de cien las que aportan el 10% al fondo. Con este magro sistema de aportes, el fondo maneja anualmente unos 120 millones de australes (si lo expresamos en términos comparativos, unos 60-70 millones de dólares). Con el sistema de recaudación directa del 10% vía agente de retención, y del 55% de los recursos de otra naturaleza vía directamente empleador, no vía obra social, y considerando que hay un 22% de incremento real en los aportes y contribuciones al sistema, hemos hecho la estimación, contemplando la subsistencia de un 25% de evasión por lo menos en una primera etapa, de que aproximadamente ingresarían al fondo de redistribución entre 500 y 600 millones de australes -es decir entre 250 a 300 millones de dólares-; el 8% de esto la ANSSAL lo puede destinar para su administración. Si consideramos que el presupuesto de este año del INOS no llega a los dos millones de australes, y ahora estamos hablando de unos 12 a 15 millones de dólares, entendemos que la ANSSAL va a estar en condiciones de armar su estructura para poder conducir y cumplir sus funciones en este sistema.



## V. Situación del sector prestador de servicios médicos asistenciales

Dr. Henri E. Jouval (Oficial médico de la Representación de OPS en Argentina)

Antes que nada quiero destacar lo difícil que resulta hablar en relación al modelo prestador después de las respectivas presentaciones que se han hecho durante el día. Para mí ha significado un aporte muy rico, no solamente por tratarse del tema del que siempre me he ocupado, sino también porque es el tema en el que estoy trabajando concretamente en la Argentina desde hace un año. Las exposiciones han sido de una gran riqueza conceptual y analítica y la caracterización del proceso que se está viviendo en el país claramente demuestra que la velocidad del proceso político sobrepasa la velocidad de cualquier proceso técnico.

Hoy por la mañana expusieron personas del área de economía y del área de política; hace un momento el Dr. Rodríguez habló sobre la seguridad social, y cada una de estas áreas presenta una serie de factores determinantes, que van necesariamente a intervenir en este modelo prestador. En realidad, pienso que más que hacer una presentación de análisis de este modelo prestador, se deberían ya tomar los aportes que se hicieron y específicamente focalizarlos dentro del ámbito del modelo prestador. Entre los presentes hay personas que dominan el tema en su concepción teórica, pero no tienen un conocimiento específico de la situación de Argentina y necesitan una información actualizada. Por otro lado, en mi opinión la exposición del Dr. Rodríguez ya analizó con profundidad una serie de aspectos que son sumamente importantes. Por consiguiente, voy a intentar hacer algunas reflexiones que me parece que más complementan que analizan toda esta situación. Antes de esta presentación se había programado la de Condiciones de Salud en Argentina, a cargo del Dr. Nilton Arnt. Por razones de ordenamiento ésta se pasó para el día de mañana; es conveniente, entonces, hacer una breve referencia al tema.

Al enfocar las condiciones de salud en la Argentina surgen problemas que, sin duda, nada tienen que ver con la discusión sobre el modelo prestador; son problemas derivados de la situación económica y política, que afectan el área de la distribución de bienes de servicios de la población. De manera que es importante destacar que el tema del Seguro Nacional de Salud, sobre el cual habló el Dr. Rodríguez, y el del modelo prestador son sólo aspectos parciales del problema de salud. Por su parte, el tema de las condiciones de salud en Argentina merece a su vez un tratamiento propio y debe estar sujeto a una discusión específica.

Es importante determinar qué se entiende por modelo prestador. El modelo prestador no es solamente la organización de los efectores sino, de acuerdo con la definición que da la OPS/OMS, es todo el complejo de estructuras que intervienen en la prestación de servicios de salud. El análisis del modelo prestador es esencial para abordar los problemas de salud. Esto hace que tenga una importancia fundamental en la medida en que las decisiones que tome el modelo prestador influyen de manera directa en la prestación de servicios de salud y en las propias condiciones de salud.

El Dr. Rodríguez efectuó una crítica del subsistema de prestación de los servicios de salud en la Argentina, país que tiene un perfil propio en

comparación con otros que se han desarrollado a partir de la implementación de la seguridad social en nuestras sociedades. Este subsistema tiene todas las características de un sistema de seguro de enfermedad, y todas las distorsiones bien conocidas para quien trabaja en la seguridad social. Está dividido por categorías profesionales, tiene fondos que se distribuyen con un sentido solidario y, por lo tanto, cuanto más unificados mejor se distribuyen (y en la Argentina no fueron unificados), estimula el ejercicio liberal de la medicina a través de la compra de servicios, e incentiva la aparición de múltiples modalidades asistenciales y, en consecuencia, muchas más modalidades de remuneración. Por otra parte, la forma de remuneración está basada en el pago del acto médico y origina costos cada vez más altos. Esas características son comunes a la propia naturaleza con que se constituye el subsistema de prestación de servicios de la seguridad social. En general, este tipo de subsistema no presta cobertura total y se limita a las áreas del mercado de trabajo, distribuye poco en el sentido de la equidad, y maneja un fondo que puede o no tener carácter de solidaridad. Estos son problemas inherentes al sistema. Ahora bien, cuando se organiza sobre esta base una prestación concreta de servicios, las tendencias resultantes son muy particulares: se pone énfasis en lo curativo, se estimula el terciarismo, se provoca el desarrollo de una medicina tecnificada, se dificulta la regionalización de los servicios, y se presentan las conocidas secuelas de abandono del hospital público. Sobre este último tema se ha hablado en esta Reunión de una manera muy amplia, muy general.

Por mi parte, quiero destacar las peculiaridades de la situación del modelo prestador en la Argentina, peculiaridades que, dentro del panorama global, merecen ser destacadas. En primer lugar, el sistema argentino se fue desarrollando en forma de agregaciones progresivas, lo cual aumentó mucho su complejidad; tiene, entonces, un origen atomizado y un desarrollo atomizado más marcado en comparación con otros países. No obstante, en la actualidad empiezan a unificarse las organizaciones de las instituciones de seguridad social con el Ministerio de Salud y Acción Social, y, por lo tanto, se intenta hacer una coordinación de servicios dentro de esas instituciones.

Otra peculiaridad de la organización del sector salud en Argentina es la relación Nación-provincia, caracterizada por una fuerte autonomía de las provincias. También es singular la gran capacidad instalada hospitalaria del sector público, es decir, a pesar de que el sistema de seguridad social argentino adoptó el modelo de compra de servicios a terceros, posee también una gran capacidad instalada hospitalaria en el sector público, que está mucho más concentrada en provincias y municipalidades que en el sector nacional.

También es característica de Argentina la existencia de contratados de las obras sociales con intermediarios de la prestación de servicios o con intermediarios financieros. Dentro de los sistemas clásicos basados en el modelo de la seguridad social, el énfasis de la atención médica está puesto en lo curativo, en la fase de hospitalización. En cambio en la Argentina la distorsión entre hospitalización y atención ambulatoria no es tan marcada como en otros países, es decir, la cobertura ambulatoria es menos desequilibrada respecto de la hospitalización.

Si bien existe una discusión acerca del número adecuado de médicos, indudablemente la Argentina es un país que cuenta con una cantidad de médicos proporcionalmente bastante importante. En la Argentina se acepta

formalmente la utilización del sistema de coseguros como factor de moderación para el consumo de los servicios. Otra característica de la Argentina es la cantidad de recursos que se asignan al sistema de salud que es privilegiada dentro del panorama de la región. Es decir, existe un gasto per cápita y en relación al producto interno bruto que, comparado con el de otras realidades, es alto.

He tratado de enmarcar estas peculiaridades para poder después desarrollar un poco más lo que me parecen las cuestiones importantes que están ocurriendo ahora y lo que creo que puede suceder en el futuro. Pienso que es correcta la consideración del Dr. Rodríguez en el sentido de que la ley del Seguro es fundamentalmente una conquista muy importante. Digo esto porque con frecuencia no se valora lo suficiente el hecho de tener la ley y sin duda ésta tiene un significado trascendental sobre todo porque, como dijo el Dr. Rodríguez, abre una puerta para imaginar. Por otra parte, un aspecto importante es que la aprobación de esta ley promueve una jerarquización del sector salud dentro del contexto general para el área política y económica, sector que antes había quedado relegado al lugar del hijo pobre dentro de las realidades políticas, económicas y financieras del país. Al convertirse en hecho político, se eleva inmediatamente el status del sector salud.

La tarea ahora es construir el sistema y el problema que surge es qué hacer con la ley. Existe la actitud de considerar que éste es sólo un acuerdo más, un pacto más, por lo tanto, la sanción de la ley debe ser postergada y todo el sistema debe quedar como está, es decir, como un modelo cada vez más concentrador en términos de costos, de recursos, de concentración de tecnología. Cualquier inversión dentro de ese sistema es una inversión que concentra, encarece, no distribuye, es decir, no cumple un rol social, y no puede esperarse que el sistema se racionalice por sí mismo, ya que existe una lógica en el interior del modelo que es una lógica que constantemente se autoalimenta y que siempre tiende a lo que pretende evitar. Es decir, para el área económica se debe mejorar la eficiencia de las prestaciones sociales y redistribuir mejor la renta nacional. Entonces los líderes o las personas que actúan en el sector salud tienen ahora una oportunidad inmejorable para alcanzar esos objetivos.

Tomando en consideración los análisis efectuados en el área económica, política, y social, así como el hecho de que las condiciones de salud dependen de la situación en el área de saneamiento, vivienda y educación, si bien los problemas de estas áreas no se resuelven dentro del subsistema de prestaciones de servicios de salud, éste es una parte importante del sistema y, como tal, debe estar integrado y debe contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida. Este subsistema no puede seguir consumiendo recursos que podrían ser utilizados por otras áreas sociales.

Creo que este es un momento de reflexión muy importante y deseo transmitir mi experiencia personal al respecto. Cuando empecé a trabajar en el tema del Seguro Nacional de Salud, vi que existía la tendencia a considerar que la formulación y posterior aprobación de la ley era la solución, que se trataba de un hecho acabado, terminado y, de ahí en adelante, apenas si se necesitaba una reglamentación técnica, metodológica; los asuntos de la salud ya podían caminar por sí solos, conteniéndose dentro de la ley. Existía, en suma, la sensación de que la aprobación de la ley era el problema que una vez concretado solucionaba todo. Se

discutían aspectos puntuales de instrumentación técnica, por ejemplo, cambiar el nomenclador, hacer acreditación hospitalaria, efectuar convenios con los hospitales públicos, etc., pero sin considerar las alternativas que la propia ley planteaba. La ley no se aprobó y, por consiguiente, los instrumentos tampoco se desarrollaron. Ahora que la ley es una realidad, no se deben reiterar estas actitudes, es decir, más que una instrumentación técnica tiene que haber una verdadera profundización; para eso no hay que dedicarse tanto a la instrumentación, será necesario antes que nada pensar qué modelo se va a construir en la Argentina.

Los problemas que plantea la reconfiguración de un modelo no existen sólo en este país, sino también en otros. Hay varias maneras de elaborar este modelo. Una línea que defiende mucha gente que trabaja en el sector salud es la que sostiene que el modelo solamente necesita un ajuste administrativo y un mejor control del Estado. En este caso, el sector privado sigue bajo la gran tutela del Estado, del Estado paternalista, del Estado del que se habló hoy acá por la mañana, y se mantienen las mismas distorsiones, o tal vez pueden mejorarse un poco los conflictos internos del modelo. Otra tendencia es la que interpreta que toda la cuestión de insuficiencia del subsistema, su carácter costoso e insatisfactorio, es consecuencia de una concepción obsoleta de la lógica económica que se aplica al modelo prestador. Entonces, se adopta la concepción de que hay que disminuir los gastos de la protección social del Estado, ya que la economía está en crisis y requiere inversiones en otras áreas. Así se intenta nuevamente separar dos componentes de atención para las poblaciones. Uno para el grupo de las poblaciones más carenciadas, dispersas, que están lejos de las áreas urbanas, y, por lo tanto, fuera del mercado de trabajo, que propicia una mejor distribución social a través de un Estado más eficiente implantando un modelo de atención simplificada.

Para el grupo de población de las áreas urbanas, en cambio, que está inserto en el mercado de trabajo, se busca una forma de autofinanciación de los servicios de salud y se organiza el modelo prestador a través de sistemas de seguro de prepago privados. Este tipo de configuración presenta las siguientes características: estimula la competitividad empresarial, otorga una atención personalizada, baja los costos de la prestación de servicios y permite movilidad de clientelas, pero, por otra parte, también promueve superposiciones de cobertura, se limita a prestar servicios de baja complejidad y puede generar serios problemas éticos. La prestación de servicios que ofrece es aparentemente satisfactoria, sin embargo, concentra clientela con poder adquisitivo y tiende a disminuir los gastos en salud admitiendo el pago directo de los usuarios. Es decir, es como volver a la situación de comienzos de siglo, antes de la creación de la seguridad social. Desde el punto de vista económico presenta una serie de ventajas, pero desde el punto de vista de salud, hay que pensarlo; puede ofrecer criterios de eficiencia pero seguramente no va a tener ni equidad ni criterios de universalidad. El área económica tiende a adoptar soluciones de este tipo porque sus necesidades son las que se vieron hoy por la mañana.

Otra tendencia es la que propone un sistema único de salud estatal, con médicos asalariados; esta tendencia responde a un tipo de planificación económica diferente a la de la mayoría de los países latinoamericanos. Muchos que sostienen esta posición no intentan buscar otras formas de organización del modelo prestador más acordes con nuestras economías.

En relación con una última posición, que es la que se está discutiendo dentro de la Secretaría de Salud, se admite la necesidad de modificar las relaciones existentes entre la seguridad social y el Estado cambiando la financiación, la forma de organización y articulación con las provincias, y las modalidades de prestaciones, y fijándose un objetivo de universalidad y equidad en la atención. Para la construcción de este modelo, lo importante es establecer muy claramente cuáles son las pautas mínimas doctrinarias alrededor de las cuales se van a alcanzar los acuerdos políticos o económicos, o a partir de las cuales se van a organizar los sistemas prestadores. La organización del esquema de prestación de servicios en esos términos dará como resultado modelos operativos distintos que se aplicarán en regiones con distintas epidemiologías, diferente capacidad instalada, otros actores políticos, etc. Sin embargo, tendrán un eje doctrinario común y explícito sobre el cual van a concertar los diversos actores. Se debe construir este eje para utilizar efectivamente la financiación como instrumento para elaborar el modelo adecuado.

Para ejemplificar lo que se ha planteado, utilizaré tres gráficos que ayudarán a comprender la situación del modelo argentino actual.

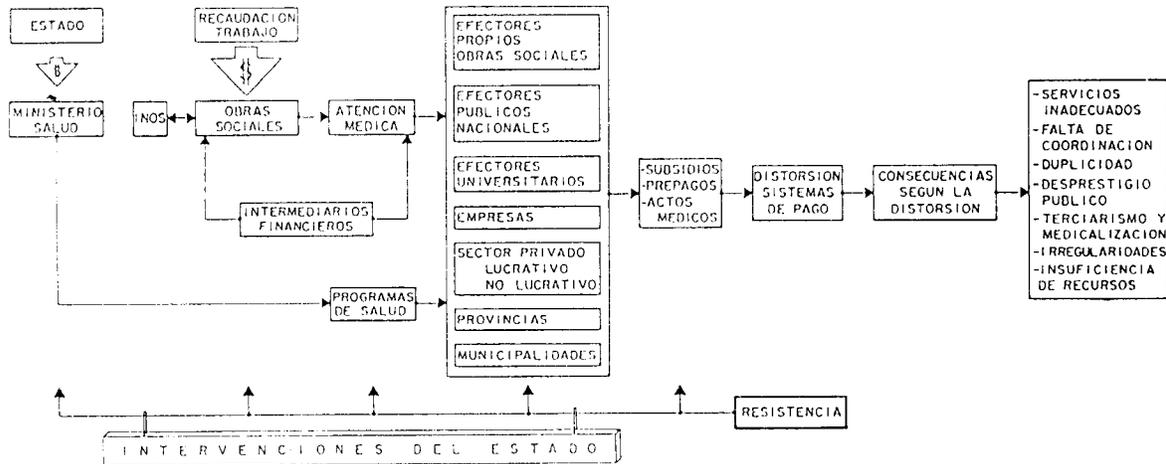
El primer gráfico muestra que el Estado transfiere determinada cantidad de recursos del Tesoro, cuyo origen son los impuestos, a través de los Ministerios de Salud, nacionales o provinciales, para que sean aplicados en programas de salud. Los otros recursos de que dispone el sistema son los derivados de la contribución para el seguro social obligatorio, que es en realidad un impuesto sobre el trabajo. Esos recursos, mucho mayores, los administran las obras sociales en las que pesa el potencial de coordinación y control que el Estado puede ejercer a través del INOS. Las obras sociales, directa o indirectamente, a través de intermediarios -empresas de seguro, cooperativas de prestadores, etc.-, aplican esos recursos en atención médica. Así, en la práctica es la seguridad social, son las obras sociales o sus intermediarios los que, por naturaleza, tienen experiencia en el manejo y en la administración de la prestación de servicios personales, los cuales, en la actualidad, son brindados cada vez más por un importante complejo médico-industrial.

La comprensión de esa dinámica permite entender didácticamente el concepto de infraestructura, su relevancia, su desarrollo y su progresiva preeminencia sobre el enfoque tradicional de conducir la salud a través de los programas de salud clásicos, que tienen, por naturaleza, una tendencia a interactuar con los aspectos de promoción y protección de la salud de la colectividad.

Las instituciones del área de la salud propiamente dicha, por su propio origen y naturaleza tienen experiencia en administrar programas de salud, mientras que los de la Seguridad Social viven en su cotidianeidad la tarea de dirigir el complejo médico-industrial, la infraestructura. Es sabido que para la atención médica, la seguridad social, o sus intermediarios, adoptan múltiples contratos de compra y venta de servicios con múltiples efectores, especialmente con los de naturaleza privada pero también con efectores públicos. Esos contratos utilizan varios sistemas de pago, cada uno de los cuales induce a un determinado y bien conocido tipo de distorsiones. Cuando operan en el conjunto producen numerosas distorsiones, cuyas principales consecuencias están citadas en el gráfico.

GRAFICO 1

MODELO ACTUAL



¿Qué pasa cuando, por una determinada razón, esta situación entra en crisis y debe ser reformulada, alterada? Seguramente es el plan de austeridad económica de la Argentina el que está condicionando la situación actual del sistema prestador. Es probable que antes no se presentara este tipo de presión sobre los mercados.

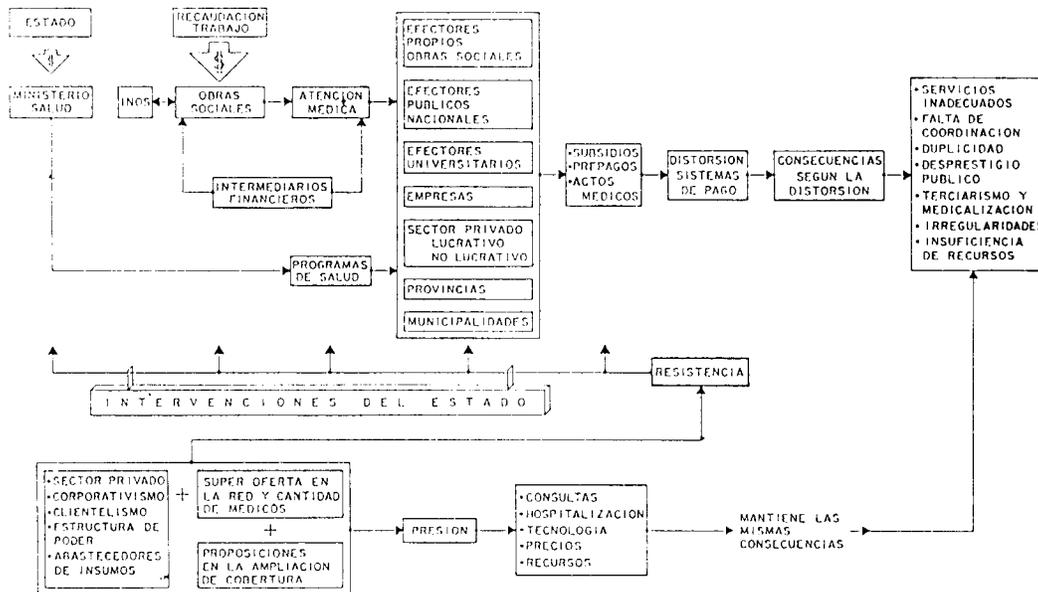
Las propuestas y tendencias habituales para solucionar el problema consisten en interferir sobre el sistema de pagos, ordenar todo el sistema de efectores mediante la introducción de regímenes de regionalización y jerarquización de servicios, alterar la organización institucional del sector y alterar la financiación. Se empieza a buscar una mayor racionalidad interna en el sector y siempre proponiendo la aplicación de grandes medidas reformadoras que requieren una fuerte intervención del Estado. El estudio de casos similares ocurridos en otros países muestra que no se consigue avanzar en la solución solo y fundamentalmente mediante la intervención del Estado, salvo que se trate de Estados que tienen un gran poder de intervención, y ésta no es precisamente la propuesta general del Gobierno de Argentina en este momento de su historia. Por eso, evidentemente surgen enormes resistencias a las propuestas de ordenamiento y de intervención del Estado. ¿Por qué las resistencias?

He intentado, en el segundo gráfico, hacer una demostración didáctica de lo que pasa dentro de ese modelo actual, desde una perspectiva política, económica y social. Todos los actores acá representados, el sector privado, las cooperativas, las clientelas políticas, los abastecedores de insumo, es decir, toda la estructura de poder existente, cuestiona y se opone a las propuestas del Estado. ¿Por qué? Porque el modelo vigente generó una situación de superoferta de servicios que ya no puede mantener la misma expectativa de consumo anterior. El mercado se está quedando chico para la convivencia de todos. Algunos datos de Argentina ejemplifican lo que significa la pugna de esos mercados. El 50% de los gastos de las obras sociales se consumen en el área ambulatorial. Los

médicos son los que determinan la forma de atención médica ambulatorial en Argentina y ellos tienen expectativas legítimas de mejorar su situación personal. Pero la capacidad ya instalada de médicos permite inferir que para viabilizar estas expectativas habría que ampliar el consumo ambulatorial cuatro veces más. ¿Cómo viabilizar eso financieramente?

GRAFICO 2

ESTADO ACTUAL DE COSAS EN EL SECTOR SALUD



Por otro lado, si se analiza la red hospitalaria existente, considerando solamente el sector privado se observa que los hospitales privados están trabajando en promedio con el 50% de su capacidad instalada ociosa. ¿Qué empresa puede trabajar con el 50% de su capacidad instalada ociosa? Hechos de este tipo hacen que el sistema empiece a pelear por nuevas fuentes de financiación y por nuevas formas de organización que estimulen la manutención de algunos y la exclusión de los demás. El sistema entra en otra dinámica de competitividad y se presentan varios modelos alternativos de organización social de la atención médica de los cuales ya hablamos anteriormente. Esa dinámica ya está ocurriendo en Argentina y va a crecer.

La ANSSAL tendrá que regular esta dinámica del mercado, pero no podrá hacerlo con la configuración de un banco central, como lo resaltó el Dr. Rodríguez; tendrá que aplicar otra serie de medidas, como cambiar el sistema de pagos, reorganizar los sistemas de servicios, priorizar algunas líneas de acción, disciplinar a los prestadores, etc., que en su expresión última son todas medidas restrictivas y de gran complejidad.

A su vez, todo ese juego complejo está inmerso en un clima de demanda social y ética legítima que busca la universalización de cobertura de salud para toda la población. En principio, todos los actores apoyan la plataforma y las propuestas de ampliación de cobertura porque es una idea fuerza muy potente para justificar la creación de nuevas fuentes de recursos para refinanciar el modelo actual.

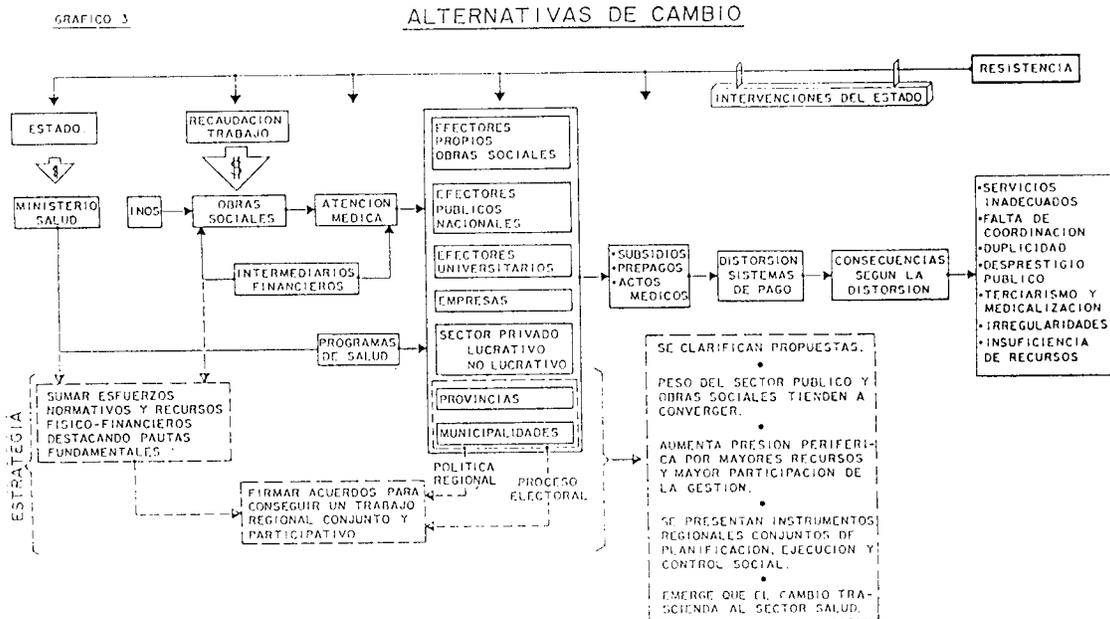
Es preciso tener muy claro que la resolución de ampliar los recursos para el Seguro Nacional de Salud, a través de la ampliación del aporte de los trabajadores y de las transferencias del Tesoro, tuvo como finalidad la búsqueda de la universalización de cobertura y de la equidad, porque si no se asume esta premisa esos nuevos recursos acabarán por ser utilizados para mejorar la eficiencia del modelo actual, pero sin ningún sentido de solidaridad.

La coyuntura descrita presionará para ampliar la concentración de consultas, de hospitalización, de tecnología, los precios, y los recursos adicionales terminarán por ser consumidos en la manutención de la lógica del modelo actual, que es la que necesita ser revertida. Por ejemplo: no hay duda de que es imperativa la modernización de las instituciones hospitalarias. Y de un hospital modernizado se debe esperar que el 85% de sus camas estén ocupadas y que la estadía en la hospitalización sea de un promedio de ocho días. Pero para mantener todos los hospitales de la red hospitalaria de Argentina con este índice de eficiencia, con este "turn-over" de altas, sería necesario mantener el 20% de la población argentina hospitalizada cuando la tasa actual es del 10%. Eso, evidentemente, es imposible de sostener.

Lo que quiero destacar es que ese tipo de dinámica ya se está dando, y va a continuar, en Argentina, independientemente de la aprobación y de la implementación de la ley y de la ANSSAL. Sin duda la ley y la ANSSAL son hechos nuevos, significativos e importantes, son grandes conquistas, pero la dinámica antes descrita no va a ser alterada automáticamente sólo porque se disponga de la ley, del mismo modo que la ley no fue aprobada automáticamente sólo porque fue elaborada en sus términos técnicos. ¿Cuál es, entonces, la estrategia que se propone para revertir la situación actual?

El tercer gráfico muestra otro tipo de enfoque, otro tipo de lógica para intervenir en el modelo actual. La estrategia propuesta pasa, antes que nada, por convocar a las provincias y a las municipalidades para la realización de un trabajo regional conjunto y participativo, aprovechando como ejes convocantes el proceso electoral y las políticas regionales. Hay que juntar provincias y municipalidades en este esfuerzo no sólo porque es en las provincias y municipalidades donde vive la gente, donde viven los agentes de cambio, sino porque la responsabilidad de las provincias y municipalidades para con la salud es distinta de la de los otros actores. Nación, provincias y municipalidades, y quizás las obras sociales, si se las considera dentro del marco político del acuerdo que hicieron ahora, representan intereses distintos de los otros actores. Nación, provincia, municipalidades y obras sociales pueden ser convocadas a firmar acuerdos políticos para un trabajo regional conjunto y participativo, sumando sus esfuerzos y recursos físicos y financieros alrededor de un mínimo de puntos doctrinarios de salud fundamentales. No es un proceso técnico y sin política, a similitud de lo que pasó, ahora, con el acuerdo sobre la ley del Seguro Nacional de Salud descrito por Rodríguez; en realidad es un magnífico ejemplo de cómo empezar lo que

estoy proponiendo. Lo fundamental es entender que hay que establecer el acuerdo político y el acuerdo doctrinario básico en relación con la salud.



A partir de allí, se debe comenzar el proceso de construcción político-técnico de los sistemas de salud regionales que necesariamente van a tener mucha variabilidad, pues sus decisiones y soluciones dependerán de una serie de circunstancias y realidades diferentes en cada área, pero mantendrán, sin embargo, los principios doctrinarios comunes en relación a la salud, como son las cuestiones de universalidad, equidad y solidaridad, entre otras. Por ejemplo, en un área donde existe un sector privado muy fragmentado, ¿qué significa, desde el punto de vista económico, mantener un tipo de microempresa? ¿No sería mejor estimular la concentración de la prestación de servicios en grandes prestadores, con múltiples ofertas de servicios, es decir, estimular la tienda o el supermercado? Las respuestas dependerán de una serie de factores y de análisis y no son homogéneas; las soluciones se tienen que crear no sólo en base a los modelos estandarizados y ortodoxos que habitualmente manejan los técnicos del sector salud propiamente dicho.

La característica de este proceso, de esta estrategia que se está planteando es que, independientemente de su construcción técnica, o de su formulación final, debido al acuerdo político de hacer un trabajo regional conjunto, las propuestas finalmente se clarifican, el peso del

sector público y de las obras sociales tiende a converger, aumenta la presión periférica por mayores recursos y mayor participación en la gestión y se crean instrumentos regionales conjuntos de planificación, ejecución y control social del sistema. El relato del Dr. Rodríguez acerca de cómo se fueron combinando las gestiones para la aprobación de la ley de Seguro es un ejemplo excelente que deja traslucir el potencial de un proceso de este tipo. Es decir que la creatividad y el compromiso social aumentan y todo este cambio trasciende el sector salud. Es un cambio que, como fue la cuestión de la aprobación de esta ley de Seguro, no avanza mientras se mantiene como una formulación técnica del sector salud, pero empieza efectivamente a abrir una puerta cuando pasa a ser una formulación que trasciende este sector.

La contribución que quiero hacer en esta reunión es destacar que avanzar con el proceso actual que está en marcha obliga a dos tipos de enfoques: uno que pasa por las discusiones y debates sobre la ley, su perfeccionamiento, implementación, las reformas institucionales y organizacionales del sector salud que, en realidad, en su fin último mantienen vigentes y en discusión las intranquilidades sobre la división y la estructuración del poder en este campo. Ese enfoque responde a preguntas del tipo: ¿quiénes son los actores? ¿Cuáles son los objetivos de cada uno? ¿Qué piensa la población sobre eso? ¿Cuáles son los acuerdos que se deben lograr? Por otro lado, este enfoque no es útil para organizar la prestación de servicios propiamente dicha. Para la reorganización efectiva del sistema de prestación de servicios las preguntas son otras: ¿qué va a hacer el sistema prestador? ¿Qué red se desea? Las respuestas solamente pueden obtenerse a partir de un proceso que tiene que ser conjunto y participativo, de nivel regional, después de conseguir un mínimo de acuerdo político y doctrinario, lo cual establezca la unidad de un plan de acción regional y que, admitiendo necesariamente la diversificación de las redes y de los modelos prestadores a implantar, tenga como eje de organización el principio de la complejidad creciente de la red para toda el área o región que debe ser cubierta. Es decir, adaptar la estrategia de Atención Primaria de la Salud concebida como una estrategia de reorganización y de redistribución de todo el sistema prestador actual y no como una estrategia para implantar medicina simplificada para los que no tienen acceso al sistema actual, o entonces, como estrategia solamente aplicable a la puerta de entrada del sistema de prestación de servicios.

Evidentemente este solo tema implica profundas discusiones que no son propias de ese Seminario. Mi mensaje fundamental es en el sentido de que, ahora, cuando se empieza a abrir una puerta con la negociación política de la aprobación de la ley, se torna mucho más necesario reflexionar, se torna mucho más necesario construir un aparato crítico de reflexión sobre lo que se va a hacer y no tanto sobre lo que se ha hecho, independientemente de que se empiecen a aplicar un serie de medidas regulatorias más que necesarias. Esas medidas desde el punto de vista del Estado tienden a ser restrictivas y, por lo tanto, los acuerdos tienen que ser acuerdos para la restricción. En el fondo, el problema es disminuir la capacidad instalada, racionalizar y contener el gasto en el componente terciario del sistema actual, cambiar el nomenclador. Y, para contener el sistema, para, concomitantemente, reorientarlo, un Estado no autoritario tendrá que concertar sobre la elección de la restricción. Hoy ha dicho el Dr. Gerchunoff al hablar del marco económico, que modernizar es elegir y seleccionar la restricción, y, obviamente, para eso hay que lograr fuertes acuerdos políticos. El esfuerzo que se debe hacer para

reordenar el sector salud de Argentina es muy grande, pero también Argentina en este momento de su historia tiene un espacio enorme de construcción. Lo importante para el sector salud es aprovechar con dinamismo todo el espacio de construcción de su nuevo modelo, y no seguir discutiendo las peculiaridades del modelo actual, que sólo justifican y refuerzan la defensa de un modelo del pasado. Gracias.

### Debate

#### Pregunta

¿Usted dijo que el sector privado estaba trabajando con un 50% de ocupación o yo entendí mal? ¿Podría ampliar este punto?

#### Dr. Henri E. Jouval

No tengo acá los datos exactos, pero voy a tratar de ampliarlo. El problema al que me refiero es el de la ocupación de todas las camas públicas y privadas. Si se toman las camas totales del sector privado, se verá que aproximadamente el 40% de la capacidad instalada de ese sector son pequeñas clínicas que funcionan con sus camas repletas y, paralelamente, su costo operativo es muy bajo; entonces obtienen ganancias muy aceptables. El problema son las clínicas mayores, que se quedan con capacidad instalada ociosa. Para estas clínicas el costo de operación es muy alto y lo que ganan les resulta insuficiente; es decir, el sistema es perverso, en la medida en que no promueve la depuración del prestador para que éste ofrezca mayor calidad y diversificación de la atención. Hay algunas cosas que son un mito. Se habla de que el sector público no hospitaliza. Sin embargo, ese sector público sigue teniendo a su cargo gran parte de la hospitalización. En realidad, con la cobranza de los coseguros esto cada vez se amplía más y lo que está pasando es que las personas, a pesar del deterioro del sector público, siguen utilizándolo. El sector público está financiando la seguridad social y está aportando más recursos que son inyectados en modelos cada vez más concentradores, de altos consumidores.

#### Dr. José María Paganini

Sin duda todo lo que oímos hoy fue de una gran riqueza: el análisis político, histórico, lo que nos contó Rodríguez acerca del consenso que se va logrando entre entidades que sustentaban posiciones enfrentadas. De cualquier manera, a las personas que estamos un poco alejadas de esto siempre nos queda la preocupación de estar opinando sin tener un conocimiento total de la situación. Pero, por otro lado, puede tener una ventaja que es que uno lo hace con toda candidez y uno de los objetivos de la reunión es escuchar preguntas candidas o reflexiones candidas. Todavía uno se sigue preguntando hacia dónde va el modelo argentino; uno se pregunta qué hay detrás de esto del modelo argentino -sin mala intención-. Se acepta la historia, se acepta el proceso histórico, lo dijo muy bien Rodríguez: no estamos buscando un sistema ideal, no estamos haciendo un país que no tiene historia, tenemos que aceptar eso. De cualquier manera, es válida la reflexión. Evidentemente, en la actualidad estamos consolidando un sistema de obras sociales que surgió en un

momento histórico particular con todas sus restricciones, incluso con un sistema de forma de pago, de contratación, etc., y no sabemos si es el modelo mejor (por otro lado, no sabemos cuál es el modelo mejor). Pero Argentina también tiene una historia que no debemos desconocer, un aparato estatal, público, de gran prestigio, que ha salvado la salud de generaciones y generaciones, un sistema que, a mi entender, no está agotado, un sistema que ha dado mucho y seguramente deberá dar mucho en el futuro si no se lo abandona, si se lo apoya y se lo prestigia. Entonces, evidentemente, Argentina va hacia un modelo mixto, más organizado. No va a haber una preponderancia, como dijo el Dr. Jouval, no se busca un sistema totalmente unificado para un lado o para el otro. Sin embargo, ese modelo mixto necesita un análisis profundo porque: ¿qué papel va a desempeñar el aparato estatal, el efector estatal? Se habló de vaciamiento del sector estatal, lo dijo muy bien Prieto, y también se dijo que los problemas recién empiezan. Evidentemente, por más que el sector estatal haya sido vaciado, por más que esté desprestigiado en algunos aspectos, es la capacidad instalada que Argentina tiene y que no debe desperdiciar. Además, es el prestigio que Argentina tiene, porque si bien podemos hablar de los logros de la seguridad social desde un punto de vista histórico, desde el punto de vista de un ejemplo de solidaridad grupal, los logros en el sector estatal han sido muy importantes. Es decir, el sector estatal fue el que hizo las grandes campañas, el que trató de hacer programas integrados de salud, el que se metió en regionalización, el que hizo reformas hospitalarias, reformas de hace 25 años que todavía son novedosas, que trataban de integrar la seguridad social con el sector estatal. Desgraciadamente, siempre fueron esfuerzos aislados o, como también se dijo, tuvo avances y retrocesos, pero conviene rescatar esa historia que es muy positiva dentro del desarrollo de la salud pública argentina. Entonces, vuelvo a hacer la pregunta anterior: ¿hacia dónde va el modelo argentino? Es un modelo mixto, pero ¿qué rol se le piensa dar al sector estatal? Es decir, el sector estatal pensado no en el nivel nacional, sino la provincia y el municipio, como dijo Jouval; dentro del proceso político argentino el municipio, la provincia y la región dentro de la provincia, siguen siendo elementos fundamentales que no creo que convenga desconocer.

Por otro lado, me resultó interesante la discusión entre los economistas y politicólogos y la discrepancia sobre el concepto de Estado de bienestar, que lamentablemente no se pudo profundizar. Ellos discutían en forma muy general, no sobre salud; los que nos ocupamos de salud también tenemos que discutir el concepto de Estado de bienestar. Hay países capitalistas que en el campo de salud no lo son. El sistema de salud de Estados Unidos por ejemplo, que es un sistema de seguridad social abierto, está en una crisis profunda. Conocemos grupos en Estados Unidos que están haciendo un replanteo completo del sistema porque no da más, aumenta sus costos terriblemente. Esta problemática tiene múltiples entradas, entradas políticas, financieras, organizativas, de formación de recursos humanos, etc. Desde el punto de vista de la OPS, incluso de la OMS, el desarrollo de la Infraestructura del servicio de salud es la prioridad 1-A, y no porque se les haya ocurrido a los organismos internacionales, sino porque los gobiernos miembros lo pidieron. Es la primera vez que la Organización elige un Director y le da un mandato específico: trabajar en el desarrollo de la Infraestructura de servicios de salud. Y ese mandato ya tiene casi un nombre y apellido que es apoyar a los países en el proceso de descentralización y en el proceso de la creación de sistemas integrados de salud a nivel local. Y eso, tampoco porque se le haya ocurrido a la Organización, porque si empezamos del Cono Sur para arriba, o

si empezamos de México para abajo, no hay país que no esté en un profundo proceso de cambio en materia de salud.

Entonces, sé que en Argentina se está discutiendo la cuestión de la federalización del sector, que significa, según tengo entendido, una visión dirigida cada vez más hacia los aparatos provinciales y municipales. Esa discusión de la otra puerta de entrada es fundamental; creo que hoy vimos una puerta de entrada, la financiera, primero la política global, luego la financiera, con un concepto regulador que me parece fundamental. Jouval nos planteó un enfoque globalizador ya con cuestionamientos o preguntas organizacionales. En la Organización creemos que en todos los países la descentralización, el sistema integrado de salud de nivel local, sigue teniendo vigencia y es válido para cualquier sistema financiero. Y yo diría que esa es otra puerta de entrada que sería inmediata, no se debe esperar a que los otros problemas se resuelvan para abordar este, porque la organización local, el mejor manejo de los recursos integrados de salud, es el instrumento de cualquier proceso financiero, ya sea rentas o sistemas de prepago, o seguros de salud. Entonces, este enfoque, yo diría paralelo, es el que estamos planteando desde el punto de vista de la Organización.

Dr. Rodolfo Rodríguez

Quisiera decir dos cosas muy breves. En primer lugar, presuponer que el Dr. Paganini pueda hacer una cándida reflexión es no conocer al Dr. Paganini, así que no le atribuyo candidez a la reflexión, pero creo que él pone el acento en uno de los temas que constituye probablemente el motivo de mayor preocupación, por lo menos del Estado. Cuando yo decía que una de las cosas que primero debíamos definir es cómo integrar esta inmensa estructura de servicios de salud del Estado nacional y de los estados provinciales -particularmente de los estados provinciales a partir del fenómeno de transferencia que hubo en los años 1978-1980-, estaba hablando de dos aspectos simultáneamente. Por un lado, de una plena y racional utilización de esos servicios en el marco del seguro, que no puede ser más que vinculada a la financiación de la seguridad social puesto que este es el aspecto esencial del seguro, pero, por otro lado, teniendo en cuenta que el proceso de concertación se hace con un sector de la vida social argentina que durante mucho tiempo tuvo como objetivo perfectamente claro acceder a lo que ellos llamaban un mayor status en el servicio, a través de la vinculación con el sector privado, y esta vinculación referencial con el sector público era justamente aquello de lo que hablamos al principio de la medicina para pobres y la medicina para ricos. En un sentido casi clasista de esta apetencia por el sector privado estaba de alguna manera oculta, o no tan oculta, una sensación de progresión en la escala social a partir de tener servicios en los lugares a los que no accedían si no era a través de la seguridad social. Curiosamente, la situación se revirtió de tal forma que en la actualidad el sector privado vive de la seguridad social, y ahora es al revés, hay una competencia fenomenal por acceder a ciertos contratos de privilegio que la seguridad social hace, particularmente en el ámbito de la Capital Federal, con el prestador privado de servicios. Esto presupone incorporar a la discusión con el sector sindical la reutilización, en términos racionales, de la capacidad instalada del sector público, lo que significa desde este ángulo revertir nada más ni nada menos que esa sensación de que pretendemos devolverlos al lugar del que quisieron salir. Y esto surge con absoluta claridad en las discusiones, por lo menos en las

discusiones iniciales en las que el planteo de ellos era: ustedes quieren sacar el dinero de las obras sociales para financiar el déficit de sus hospitales públicos. Y nosotros decíamos: si tenemos semejante capacidad instalada, si tenemos un sector que ha sido durante tantísimos años, como lo calificué hoy, la punta de viento en materia de atención de salud y de formación de recursos humanos y de investigación, dejarlo olvidado, al costado del desarrollo de los servicios de salud, nos parece absolutamente irracional. Y concurre en beneficio de esta posición la circunstancia del proceso de ajuste económico, del proceso de control del gasto. Ellos ahora observan que este sector público al que podrían acceder, eventualmente, en mejores condiciones, se convierte en una alternativa válida para disminuir, vía competencia, la apetencia del sector privado respecto de los recursos de la seguridad social.

Entonces empezamos a conjugar algunos verbos en común, y en las últimas conversaciones no era extraño escuchar que ellos hablaran de hacer inversiones para dotar de tecnología a algunos efectores públicos y concentrar sobre ellos toda la demanda de la seguridad social. Así que creo que el Dr. Paganini pone el acento en una de las principales preocupaciones del armado de la red de servicios, de la infraestructura de servicios de salud con un agregado, con lo cual termino, que me parece trascendente y que habitualmente no se considera, que es el de la participación de los niveles municipales en el armado de la red de servicios locales. La Argentina tiene por lo menos tres tipos de organizaciones distintas. Una es la organización de las comunas con los servicios de urgencia. Según este esquema la responsabilidad que le cabe a la comuna es prestar servicios de consultorio, de ambulancia, y eventualmente un odontólogo de urgencia; este módulo responde al viejo concepto de la asistencia pública municipal. En otro tipo de organización el problema de la salud no es responsabilidad de la Municipalidad, que se ve invadida por hospitales de carácter regional o de carácter eventualmente provincial pero totalmente independientes de la administración sanitaria a nivel comunal, y la Municipalidad ni siquiera se entera de lo que ocurre en ese nivel. Y, finalmente, una tercera organización de servicios locales de salud es la que ha intentado una integración de los servicios locales. Con la democracia proliferaron los dispensarios o centros de salud. Esto se verifica particularmente en el interior, donde ni bien se posibilitó la participación popular y se permitió la canalización de esta participación definiéndose las necesidades básicas, empezaron a aparecer estos dispensarios gestados por las propias organizaciones de la comunidad. Y se ha creado una suerte de canalización por niveles de demanda e inclusive hasta se integran recursos: a veces la Municipalidad adquiere la ambulancia, que es usada por todo el sistema. Es una forma embrionaria, primaria de integración de infraestructura de servicios locales pero es válida porque nace de la propia comunidad. Creo que es fundamental lo que ha marcado el Dr. Paganini y sin duda constituye un punto de partida importante para el seguro, y creo también que el esquema mixto que estamos imaginando con una financiación solidaria a partir de la seguridad social no impide, bajo ningún aspecto, el desarrollo de un esquema de esta naturaleza.

si empezamos de México para abajo, no hay país que no esté en un profundo proceso de cambio en materia de salud.

Entonces, sé que en Argentina se está discutiendo la cuestión de la federalización del sector, que significa, según tengo entendido, una visión dirigida cada vez más hacia los aparatos provinciales y municipales. Esa discusión de la otra puerta de entrada es fundamental; creo que hoy vimos una puerta de entrada, la financiera, primero la política global, luego la financiera, con un concepto regulador que me parece fundamental. Jouval nos planteó un enfoque globalizador ya con cuestionamientos o preguntas organizacionales. En la Organización creemos que en todos los países la descentralización, el sistema integrado de salud de nivel local, sigue teniendo vigencia y es válido para cualquier sistema financiero. Y yo diría que esa es otra puerta de entrada que sería inmediata, no se debe esperar a que los otros problemas se resuelvan para abordar este, porque la organización local, el mejor manejo de los recursos integrados de salud, es el instrumento de cualquier proceso financiero, ya sea rentas o sistemas de prepago, o seguros de salud. Entonces, este enfoque, yo diría paralelo, es el que estamos planteando desde el punto de vista de la Organización.

Dr. Rodolfo Rodriguez

Quisiera decir dos cosas muy breves. En primer lugar, presuponer que el Dr. Paganini pueda hacer una cándida reflexión es no conocer al Dr. Paganini, así que no le atribuyo candidez a la reflexión, pero creo que él pone el acento en uno de los temas que constituye probablemente el motivo de mayor preocupación, por lo menos del Estado. Cuando yo decía que una de las cosas que primero debíamos definir es cómo integrar esta inmensa estructura de servicios de salud del Estado nacional y de los estados provinciales -particularmente de los estados provinciales a partir del fenómeno de transferencia que hubo en los años 1978-1980-, estaba hablando de dos aspectos simultáneamente. Por un lado, de una plena y racional utilización de esos servicios en el marco del seguro, que no puede ser más que vinculada a la financiación de la seguridad social puesto que este es el aspecto esencial del seguro, pero, por otro lado, teniendo en cuenta que el proceso de concertación se hace con un sector de la vida social argentina que durante mucho tiempo tuvo como objetivo perfectamente claro acceder a lo que ellos llamaban un mayor status en el servicio, a través de la vinculación con el sector privado, y esta vinculación referencial con el sector público era justamente aquello de lo que hablamos al principio de la medicina para pobres y la medicina para ricos. En un sentido casi clasista de esta apetencia por el sector privado estaba de alguna manera oculta, o no tan oculta, una sensación de progresión en la escala social a partir de tener servicios en los lugares a los que no accedían si no era a través de la seguridad social. Curiosamente, la situación se revirtió de tal forma que en la actualidad el sector privado vive de la seguridad social, y ahora es al revés, hay una competencia fenomenal por acceder a ciertos contratos de privilegio que la seguridad social hace, particularmente en el ámbito de la Capital Federal, con el prestador privado de servicios. Esto presupone incorporar a la discusión con el sector sindical la reutilización, en términos racionales, de la capacidad instalada del sector público, lo que significa desde este ángulo revertir nada más ni nada menos que esa sensación de que pretendemos devolverlos al lugar del que quisieron salir. Y esto surge con absoluta claridad en las discusiones, por lo menos en las

discusiones iniciales en las que el planteo de ellos era: ustedes quieren sacar el dinero de las obras sociales para financiar el déficit de sus hospitales públicos. Y nosotros decíamos: si tenemos semejante capacidad instalada, si tenemos un sector que ha sido durante tantísimos años, como lo califico hoy, la punta de viento en materia de atención de salud y de formación de recursos humanos y de investigación, dejarlo olvidado, al costado del desarrollo de los servicios de salud, nos parece absolutamente irracional. Y concurre en beneficio de esta posición la circunstancia del proceso de ajuste económico, del proceso de control del gasto. Ellos ahora observan que este sector público al que podrían acceder, eventualmente, en mejores condiciones, se convierte en una alternativa válida para disminuir, vía competencia, la apetencia del sector privado respecto de los recursos de la seguridad social.

Entonces empezamos a conjugar algunos verbos en común, y en las últimas conversaciones no era extraño escuchar que ellos hablaran de hacer inversiones para dotar de tecnología a algunos efectores públicos y concentrar sobre ellos toda la demanda de la seguridad social. Así que creo que el Dr. Paganini pone el acento en una de las principales preocupaciones del armado de la red de servicios, de la infraestructura de servicios de salud con un agregado, con lo cual termino, que me parece trascendente y que habitualmente no se considera, que es el de la participación de los niveles municipales en el armado de la red de servicios locales. La Argentina tiene por lo menos tres tipos de organizaciones distintas. Una es la organización de las comunas con los servicios de urgencia. Según este esquema la responsabilidad que le cabe a la comuna es prestar servicios de consultorio, de ambulancia, y eventualmente un odontólogo de urgencia; este módulo responde al viejo concepto de la asistencia pública municipal. En otro tipo de organización el problema de la salud no es responsabilidad de la Municipalidad, que se ve invadida por hospitales de carácter regional o de carácter eventualmente provincial pero totalmente independientes de la administración sanitaria a nivel comunal, y la Municipalidad ni siquiera se entera de lo que ocurre en ese nivel. Y, finalmente, una tercera organización de servicios locales de salud es la que ha intentado una integración de los servicios locales. Con la democracia proliferaron los dispensarios o centros de salud. Esto se verifica particularmente en el interior, donde ni bien se permitió la participación popular y se permitió la canalización de esta participación definiéndose las necesidades básicas, empezaron a aparecer estos dispensarios gestados por las propias organizaciones de la comunidad. Y se ha creado una suerte de canalización por niveles de demanda e inclusive hasta se integran recursos: a veces la Municipalidad adquiere la ambulancia, que es usada por todo el sistema. Es una forma embrionaria, primaria de integración de infraestructura de servicios locales pero es válida porque nace de la propia comunidad. Creo que es fundamental lo que ha marcado el Dr. Paganini y sin duda constituye un punto de partida importante para el seguro, y creo también que el esquema mixto que estamos imaginando con una financiación solidaria a partir de la seguridad social no impide, bajo ningún aspecto, el desarrollo de un esquema de esta naturaleza.

## VI. Situación de Salud de Argentina

Ing. Américo Migliónico (Consultor Regional en Sistemas de Información, OPS)

Como primer elemento vamos a tratar de visualizar lo que podríamos llamar una situación comparativa en base a algunos indicadores de Argentina y otros países con respecto a algunos aspectos, de manera que nos permitan ubicarnos (véase cuadro 1)\*. Estos países son Suecia, Costa Rica y Colombia. Suecia por considerarlo un país de los que podríamos llamar muy desarrollado; Colombia por ser un país que, en términos de población, es más o menos equivalente a la Argentina, y Costa Rica, que siendo un país pequeño, ha desarrollado programas de salud que lo han colocado en la avanzada de Latinoamérica.

El primer indicador es el producto bruto per cápita, en el cual vemos una clara diferenciación: Suecia con un valor seis veces mayor que Argentina; Costa Rica y Colombia, con valores parecidos, un tercio inferiores a los de Argentina. En el producto bruto per cápita las posibles comparaciones cuantitativas siempre dan lugar a problemas puesto que el poder adquisitivo no es el mismo. Respecto de la situación alimentaria, expresada en el consumo aparente de calorías, se aprecia una igualdad entre Suecia y Argentina, y valores menores, pero por encima de lo recomendado por la FAO, en Costa Rica y Colombia. Sobre mortalidad infantil, se observa una clara diferenciación, en la cual vemos: Suecia, evidentemente en la avanzada mundial, con un valor de 8, Costa Rica 20, Colombia 53 y Argentina 30. Es conveniente destacar, a efectos de no volver posteriormente, que sigue bajando la mortalidad infantil en Argentina, y para el trienio 84-85-86 estaría en un valor de 26.8 por mil (provisional). Respecto de la tasa de crecimiento de la población, vemos una clara diferenciación en el sentido de que Suecia es un país que no crece, 2 por mil (casi cero); Costa Rica, 24 (2.4 % anual de crecimiento); Colombia tiene un valor menor, 19; y Argentina tiene un valor de 16 (1.6%). Lo mismo sucede con la natalidad: 23 Argentina, 29 y 28 -valores altos- para Colombia y Costa Rica, y una natalidad de 11 en Suecia. La esperanza de vida, fiel reflejo de la mortalidad, se establece en los siguientes valores: un valor muy alto para Suecia, 78; 74 para Costa Rica, valor alto; diez años menos, 64, en Colombia, y 68 en la Argentina. En Argentina podría estar subiendo en los últimos años y conviene destacar que el diferencial máximo entre valores provinciales estaría entre un valor máximo en Capital Federal de 72 y uno mínimo de 64 en Jujuy, o sea, de ocho años. La diferencia entre esperanza de vida masculina y femenina se establece en un valor de más o menos siete años, o sea, las mujeres viven siete años más que los hombres, promedio de diferencia bastante significativo puesto que está entre seis y ocho años, para las 24 jurisdicciones (véase cuadro 2).

En cuanto a capacidad física medida por habitantes por cama: Argentina 186, Costa Rica 345 (casi el doble que Argentina) y Colombia 550 (casi el triple). Debemos decir que a los efectos de la distribución interna de la Argentina, mirando por jurisdicciones político-administrativas, este valor 186 es el reflejo de 118, mejor valor en Capital Federal, y 296, en Formosa. El valor de Capital Federal no se puede tomar al

\* Los cuadros y gráficos se presentan al final de esta ponencia.

pie de la letra puesto que obra como un sistema de referencia para un conjunto de patologías del resto del país y en especial para la provincia de Buenos Aires; el valor real de uso sería mayor. Vemos también, con respecto a los médicos, cuál es la situación: 410 habitantes por médico para Suecia y un valor parecido para Argentina. En Costa Rica 1.000 habitantes por médico y en Colombia 1.200, o sea que Colombia tiene la tercera parte per cápita que Argentina. En cuanto a la estructura etárea, como es obvio, Suecia tiene una estructura etárea más cargada a una población vieja, el porcentaje es 65 y más de la edad o es un valor del orden del 15%, que es mucho mayor que el de Argentina (8.2%). Vemos la clara diferencia entre las estructuras etáreas de Colombia y Costa Rica con respecto a Argentina, tanto sea por el lado del porcentaje de los menores de quince años (circa 40% frente a 30) y valores bajos, por así decirlo, de la población de 65 años y más. Esto lo decíamos para una ubicación rápida con datos comparativos.

Pasemos ahora a ubicar algunos problemas para Argentina. Comenzaremos con población. Argentina en estos momentos tiene una población de 30 millones y medio de personas. Según el censo de 1980 se tiene la siguiente distribución en términos de ciudades y pueblos (véase gráfico 1). Vemos que la población rural definida como 2.000 habitantes o menos (lugares poblados de menos de 2.000 y/o población dispersa) es el 17% frente a un 83% de 2.000 habitantes y más. Merece destacarse que los seis centros de más de 500.000 habitantes son casi el 50% de la población; y si tomamos los de 50.000 en adelante tenemos que casi las dos terceras partes de la población vive en ciudades de 50.000 habitantes y más. Esto significa una clara distribución urbana, situación que tiende a acentuarse en los últimos años.

¿Cómo ha sido el comportamiento histórico de la tasa de crecimiento medio anual por 1.000 habitantes? (véase gráfico 2). Según los censos existe la siguiente situación: teníamos una tasa de crecimiento anual del 3% (poco más del 3%) para el período de fines del siglo pasado, valor que sube al 3,6%, pleno apogeo de la migración, a principios de siglo; de 1914 a 1945 es del orden del 2,3%, y de 1947 en adelante es más o menos de 18 por mil. Esto es el reflejo de natalidad, mortalidad y movimiento migratorio (pues el saldo migratorio es favorable para la Argentina), y no solamente la diferencia entre natalidad y mortalidad. Se aprecia un comportamiento que sigue siendo de un crecimiento considerable.

En el gráfico 3 se ve el comportamiento histórico de la natalidad y la mortalidad. La natalidad tiene valores de 50 por mil hace poco más de un siglo, y la mortalidad de poco más de 30; bajan las dos, y lo que podemos ver es que la diferencia entre ambas es más o menos constante a lo largo del tiempo y se establece en un valor de alrededor de 16. La diferencia respecto al crecimiento la introduce, como se ve en el siguiente gráfico, el saldo migratorio (véase gráfico 4). Los picos de crecimiento de la población son debidos, fundamentalmente, al movimiento migratorio que en estos momentos está disminuyendo de valores del orden de 20 por mil en el siglo pasado, a valores de 2 por mil, que podría ser el valor actual.

Pasemos ahora al problema de la fecundidad y en primer lugar la fecundidad urbana y rural (véase gráfico 5). Según el censo de 1980, las mujeres de quince años y más tenían para el total del país, poco más de dos hijos por mujer; pero cuando lo consideramos desde el punto de vista

urbano y rural, claramente hay un 50% más de fecundidad rural que urbana; es un fenómeno diferencial del comportamiento de la fecundidad.

El otro fenómeno diferencial del comportamiento de la fecundidad se ve en el gráfico 6: número de hijos según el nivel educacional de la madre. Se ve aquí que el número de hijos cada 100 mujeres para el nivel educacional mínimo (nunca se asistió y primaria incompleta) se establece en 311 hijos por cien mujeres, frente a un valor de 122 y 123 para aquellas que hicieron secundaria y/o universidad. Destacamos estos dos elementos de la fecundidad, tanto sea el problema de residencia como el problema educativo, puesto que son dos elementos explicativos de la fecundidad.

Otro elemento concreto en el cual se aprecia la fecundidad es la relación con el tamaño de la familia. Aquí tenemos (véase gráfico 7) cómo se distribuyen los hogares según el número de personas. De más de 7 millones de hogares, el 20% está constituido por el grupo de cuatro personas en el hogar; y valores un poco inferiores, pero no mucho, de dos y tres personas en el hogar. Vemos perfectamente que hay casi un 60% de hogares que están constituidos por dos, tres o cuatro personas. Mientras que los hogares que tienen siete u ocho constituirían entre los dos un 10%, o sea, el hogar es pequeño en términos comparativos con América Latina, aunque sigue siendo mayor que en los países europeos.

En la estructura por edades de la población según los últimos tres censos (véase gráfico 8), vemos un aumento de la participación de 65 y más, se establece en 8.1% y creció 2.4% en veinte años. Hay una disminución pero después un aumento, por el crecimiento de la natalidad en la década del setenta, en los menores de 15 años, y para lo que podríamos llamar la población en edad económicamente activa, o sea de 15 a 64 años, se establece en poco más del 60%. Las diferencias, evidentemente, se establecen entre sexos puesto que los hombres tienen 7.2% mientras que las mujeres llegan a 9.1% en 65 y más años. Para los próximos años no se esperan, en términos de porcentajes, crecimientos mayores (véase gráfico 9); es decir, deberán ser para el año 2025, 11% los de 65 y más pero, si los miramos en términos del aumento de población, ese crecimiento de porcentaje va a significar mucho más de lo que ya significó en la década del setenta, en la cual los de 60 y más casi subieron un 50% en términos de sus volúmenes, y eso va a tener claras connotaciones respecto del problema de salud en la tercera edad. Según las proyecciones hechas por INDEC y CELADE esto va a significar más de 5 millones de personas de 65 y más en el 2025. A los efectos de ubicarnos, el total de afiliados al PAMI en estos momentos es del orden de 3 millones, que incluyen otros grupos etáreos.

Pasemos ahora a ver cómo se comporta la mortalidad por edad y sexo, en 1970 y 1980 (véase gráfico 10). Se aprecia claramente el incremento de la mortalidad proporcional de los 65 años y más, que aumenta un 10% en 10 años; ese valor es mayor todavía en las mujeres que aumentan un 12%, de 49% a 61%; en los hombres es un 8%. También se aprecia una clara disminución de la mortalidad proporcional de los menores de cinco años, que en los hombres baja cinco puntos y en las mujeres baja siete puntos.

Analicemos ahora la mortalidad por grandes grupos de causas (gráfico 11), para los mismos años. El grupo A corresponde a infecciosas y parasitarias; el grupo B a tumores; el grupo C a cardio y cerebrovasculares; D, otras crónicas y degenerativas (cirrosis, diabetes, etc.); E,

anomalías congénitas y otras perinatales y demás; el grupo F, accidentes y violencias, y G el resto. En el primer grupo, evidentemente, ya se nota un cambio bastante apreciable. Tumores se estabiliza en un valor del 16%; hay un claro aumento de las cardio y cerebrovasculares; el grupo D permanece más o menos constante, y frente a lo que se podría pensar y a veces se dice, accidentes y violencias, en términos de la mortalidad proporcional, es menor en 1980 que en 1970. Como posible bondad, no validez, o sea riqueza de esa agrupación, se aprecia que el grupo Resto bajó de 15 a casi 12. Fijémonos que casi el 62% del total de la mortalidad del país es por tumores, cardio y cerebrovasculares.

En cuanto al comportamiento de la mortalidad infantil, se analiza en una publicación hecha por Jorge Somoza, en la cual hizo las estimaciones a partir de los censos (véase gráfico 12). Vemos que pasa de un valor de 232 por mil (o sea que de cada cuatro niños que nacían uno se moría en el primer año), a una situación, para 1960, de 55, o sea de cada veinte, uno. La situación para 1986 sería, aproximadamente, de cada 40, uno. O sea que en un siglo hubo una disminución a casi la décima parte de la mortalidad infantil. Esto no quiere decir que el valor actual no sea factible de disminuir puesto que ya vimos el valor de Suecia. Ese fenómeno de la disminución de la mortalidad infantil lo tenemos visualizado aquí para todas y cada una de las provincias y el total del país (véase gráfico 13). Vemos que en el período 70-81 disminuyó en todos lados: en Jujuy pasa de un valor de 147 a 47; es decir, disminuyó 100 puntos en 11 años. Se destacan Jujuy, Neuquén y Salta. Según las últimas informaciones preliminares sujetas a corrección, los valores actuales de estas tres provincias siguen disminuyendo. Inclusive el diferencial interprovincial en estos momentos sería menor todavía.

Se están haciendo muy buenos estudios sobre lo que sucede en el país en el campo de la salud. Pero, independientemente de la existencia o no de programas, la mortalidad infantil sigue bajando.

En cuanto a la estructura de mortalidad infantil: neonatal (menos de 28 días) y posneonatal (28 días a un año), vemos que la primera sigue aumentando su porcentaje especialmente en la década del setenta pues pasa de un 41% a un 57% (véase gráfico 14). Vamos a ver ahora que todavía es posible reducir mucho más. De acuerdo con un estudio hecho por las Direcciones de Materno-Infantil y de Estadísticas y con la Asesoría de la Dra. Taucher, se clasificaron las causas de muerte según evitabilidad y se llegó a los resultados que muestra el gráfico 15. Estos resultados indican que la evitabilidad tiene valores altos tanto en la mortalidad posneonatal como en la neonatal: cerca del 50% de ambos tipos sería factible de disminuir.

Fiel reflejo de la mortalidad es la esperanza de vida, que tiene este comportamiento a lo largo del último siglo (véase gráfico 16): 32.9 años a 68.7. Claramente el aumento es cada vez más lento, y podríamos decir que el último aumento de poco más de un año es en un gran porcentaje debido a la disminución de la mortalidad infantil de la década del setenta.

La disminución de la mortalidad no se da solamente en los menores de un año sino también en el grupo de uno a cuatro años; comprobamos nuevamente que casi se reduce a la mitad en el período considerado (véase gráfico 17) de 2.8 por mil a 2.5 por mil, con el mismo comportamiento en todas las provincias en las cuales sigue disminuyendo. Vemos con nitidez

las disminuciones, por tener valores más altos, en Jujuy, Neuquén, Salta y Río Negro. Como observamos, el valor de Suecia era de 8 por mil para menores de un año.

Pasemos ahora a otro tema para ubicarnos un poco en el contexto de lo que podríamos llamar los recursos. Como introducción a esto y según un estudio hecho en el INOS, en el gráfico 18 aparece la población total del país según tipo de cobertura de acuerdo con los datos del censo de 1980. Para el total de obras sociales (nacionales, provinciales, Poder Judicial, Legislativo, y otras) estaría afiliada un 74% de la población. Este valor, evidentemente, incluye duplicaciones, tanto sea por el multiempleo de la misma persona, como por el hecho de que en un mismo hogar (y es frecuente en muchos) tanto el hombre como la mujer trabajan y están incluidos en ese valor. El valor real de esa cobertura, evidentemente, no sería del 74% sino menor, pero no se sabe cuán menor es. El 58% está afiliado a obras sociales nacionales y el 13% a obras sociales municipales y provinciales, excluido el municipio de Buenos Aires, que tiene un 1%. Debemos notar que acá se destaca perfectamente el peso de las obras sociales excluidas en la ley 22.269, que aportarían el 25% de afiliación total en obras sociales. El gran peso siguen siendo las obras sociales nacionales.

Las camas, según dependencia administrativa, para los años 1969 y 1980 pasan de 134.000 a 150.000; eso significaría un 12% de aumento. Hay una disminución, tanto sea en número como en porcentaje, de las camas del sector público: de 97.000 a 95.000. La disminución no es mucha, pero en todo caso existe. En porcentajes pasa del 73% al 63% (véase gráfico 19). El aumento de la capacidad instalada en ese periodo es un aumento del sector privado. Acá vemos el fiel reflejo de la falta de capacidad propia, efectores propios, de las obras sociales, que tienen alrededor de un 5% con 6.000 camas en 1969 y 8.000 en 1980. De alguna manera esta es una de las características del modelo prestador: cómo se distribuye la capacidad instalada.

Veamos ahora cómo se reparten las camas por provincias (véase cuadro 3). Para un total de 186 habitantes por cama en el país la mejor disponibilidad está en Capital Federal. En la medida en que gran parte de la capacidad instalada en Capital Federal es utilizada por la provincia de Buenos Aires, el valor real de la provincia de Buenos Aires sería menor que éste, mientras que el valor real de la Capital Federal sería mayor que éste, con lo cual el diferencial sería menor. En todo caso, el valor mayor, cerca de 300 en Formosa, es menor que el promedio que tiene, por ejemplo, Costa Rica, con 345 habitantes por cama.

Pasemos a cómo se distribuye el personal de salud. En el gráfico 20 está la estructura del personal asistencial que no incluye la administración, apoyo y mantenimiento. Esta es una información proveniente del censo de Recursos Humanos que se hizo en 1980. Se refiere a recursos humanos que trabajan en establecimientos asistenciales; no incluye el personal que trabaja en consultorios individuales o pequeños grupos de consultorios. El 47% está constituido por profesionales, de los cuales habría que decir que el 70% son médicos (del orden de 46.000 son médicos); los técnicos 15%, y los auxiliares y ayudantes 38%. Se pone de relieve una clara estructura tendiente a concentrar todo en el médico. Si agregamos a este personal el de administración, apoyo y mantenimiento, daría un valor superior a las 200.000 personas y esto representaría más del 2% de la población económicamente activa del país. O sea, el empleo sanitario,

por así decirlo, es importante no sólo en términos de salud sino económica y laboralmente. Para dar una idea comparativa podríamos decir que en Estados Unidos el 2% trabaja en la agricultura en estos momentos.

Antes de pasar al gasto en salud, vamos a tocar un tema sobre el cual sería interesante hacer alguna apreciación: atenciones brindadas por el sector público (véase cuadro 4). Vemos que los egresos, en 1981, fueron 1.300.000 y en 1985, 1.437.000. Esto significa, solo por el lado del sector público, cinco egresos por 100 habitantes. Para el año 1980, la estimación era que el número de egresos era del orden de 10 para todo el país. Esto significa, dicho en forma clara, que el 50% de los egresos en el país se realizan en el sector público.

El sector público ha perdido camas, pero ha mantenido su participación en egresos en un 50%, por lo cual habría que investigar un poco más antes de afirmar que el sector público es menos eficiente que el sector privado. En ese período de cuatro años los egresos del sector público aumentaron un 10%. Las consultas fueron del orden de 42.000.000. En partos atendidos en el hospital público, las cifras son 250.000, 270.000 y 260.000, redondeando; fijémonos la carga que significa, casi un 20%, poco menos de un 20% del total de los egresos son partos asistidos en el hospital público. Pero cuando comparamos los partos atendidos con todos los nacimientos para dichos años, nos encontramos con que del total de partos asistidos en el país, el 39% se realiza en el hospital público. No sé si algunos son financiados por la obra social o no. Lo que quiero señalar es la importancia que tiene el hospital público tanto sea en el total de egresos como en maternidad. Del total de consultas en 1984, el 36% se realizaba en pediatría y el 3% en obstetricia, o sea casi un 40% del total de consultas, que representarían cerca de 16.000.000, se realiza en estos dos servicios (Pediatría y Obstetricia). De los egresos por edad: en menores de 15 años el 24% y el 20% en 50 y más años del total de egresos. Se tomaron esos dos grupos de edad para excluir maternidad. Por causas infecciosas y parasitarias, da el 7.3% del total de egresos del sector público. A los efectos simplemente de comparar, dicho valor es parecido al total de la mortalidad proporcional por las mismas causas. Habrá que hacer un análisis más exhaustivo de lo que es la morbilidad hospitalaria en el sector público; hasta ahora es la única que está disponible y es transparente.

Un último punto es el gasto en salud en el país. Lo vemos para 1970 y 1980 (gráficos 21 y 22). Lo hemos dividido en tres categorías: gasto público, gasto de obras sociales, y gasto directo. Gasto directo es el que proviene del bolsillo de la población, mediante el pago de coseguro, seguro voluntario, consultas e internación en hospital privado y compra de medicamentos. Es del orden del 7% del total del producto bruto del país, pero incluye el gasto directo. No sé si los otros valores que están en danza por ahí, por ejemplo Estados Unidos con el 10%, o Suecia con el 8 ó 9% (o supongamos un 7% pero con un producto bruto interno seis veces mayor) incluye dicho gasto directo. Digo esto porque si sacamos el gasto directo en el gasto de salud y consideramos los otros dos, en vez de ser el 7% sería un valor bastante menor. Esto a los efectos de que al hacer el análisis de la importancia que tiene el gasto en salud, se tenga cuidado con las comparaciones, puesto que en muchos casos no son comparables dado que se refieren a cosas distintas. Esto significaba, más o menos, alrededor de 100 dólares de 1970 per cápita para los dos años analizados. O sea que el gasto real se habría mantenido constante. Gracias.

CUADRO 1

DATOS COMPARATIVOS (1983)

	SUECIA	COSTA RICA	COLOMBIA	ARGENTINA
PNB PER CAPITA	12.000	1.200	1.400	2.200
CALORIAS	3.100	2.600	2.600	3.100
MORTALIDAD INFANTIL	8	20	53	30
TASA DE CRECIMIENTO DE POBLACION	2	24	19	16
NATALIDAD	11	29	28	23
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	78	74	64	68
HABITANTES POR CAMA	100	345	550	186
HABITANTES POR MEDICO	410	1.000	1.200	400
% DE POBLACION, MENORES DE 5 AÑOS	20,0	38,5	39,4	30
% DE POBLACION DE 65 AÑOS Y MAS	15,0	3,6	3,5	8,2

CUADRO 2

ESPERANZA DE VIDA 1980-1981

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PAIS	65,5	72,7	67,7
CAPITAL FEDERAL	68,5	75,8	72,2
BUENOS AIRES	66,0	73,5	69,5
CATAMARCA	63,7	70,2	66,7
CORDOBA	67,5	74,6	70,8
CORRIENTES	62,6	68,6	65,4
CHACO	62,2	67,4	64,4
CHUBUT	62,6	71,3	66,3
ENTRE RIOS	64,5	72,2	68,0
FORMOSA	63,3	69,4	66,0
JUJUY	61,5	66,5	63,8
LA PAMPA	65,1	71,7	68,0
LA RIOJA	63,8	70,4	66,8
MENDOZA	67,2	73,3	70,1
MISIONES	63,0	68,0	65,2
NEUQUEN	64,1	72,3	67,7
RIO NEGRO	64,1	71,3	67,3
SALTA	61,7	67,1	64,2
SAN JUAN	64,2	71,2	67,4
SAN LUIS	64,8	71,6	67,9
SANTA CRUZ Y TIERRA DEL FUEGO	62,4	69,8	65,2
SANTA FE	66,5	74,0	70,0
SANTIAGO DEL ESTERO	62,7	68,9	65,6
TUCUMAN	64,3	70,3	67,0

Cuadro 3 - Habitantes por cama - País y Jurisdicciones, 1980.

Jurisdicciones	Habitantes por cama
Capital Federal	118
Buenos Aires	229
Catamarca	171
Córdoba	148
Corrientes	217
Chaco	223
Chubut	153
Entre Ríos	136
Formosa	296
Jujuy	151
La Pampa	183
La Rioja	187
Mendoza	221
Misiones	256
Neuquén	158
Río Negro	195
Salta	172
San Juan	253
San Luis	217
Santa Cruz	151
Santa Fe	180
Santiago del Estero	209
Tucumán	217
Tierra del Fuego	130
TOTAL	186

CUADRO 4

ATENCIONES BRINDADAS POR EL SECTOR PUBLICO

	1981	1984	1985
EGRESOS	1.313.000	1.425.000	1.437.000
CONSULTAS	—	40.000.000	42.000.000
PARTOS ATENDIDOS (INCLUIDOS EN EGRESOS)	250.000	270.000	280.000

DE LAS CONSULTAS EN 1984

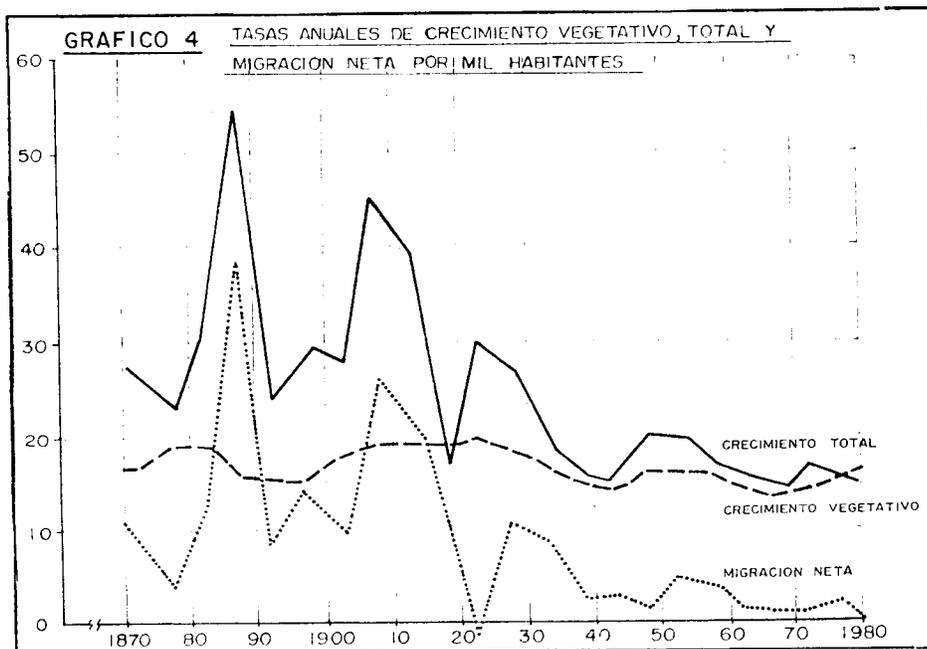
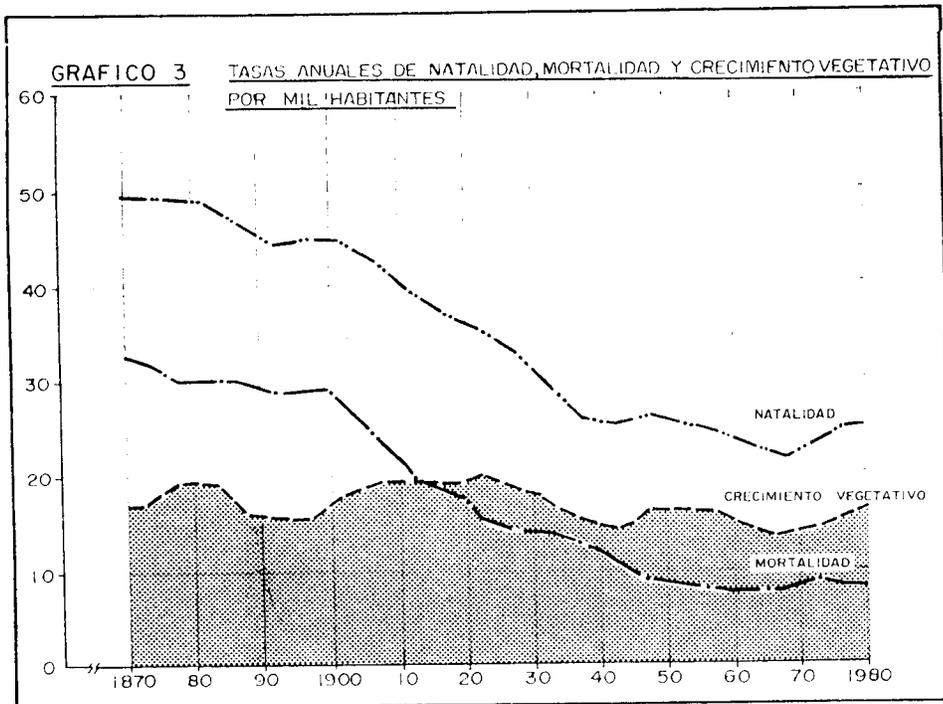
14.500.000 EN PEDIATRIA (36,3 %)  
1.200.000 EN OBSTETRICIA (3 %)

DE LOS EGRESOS EN 1981

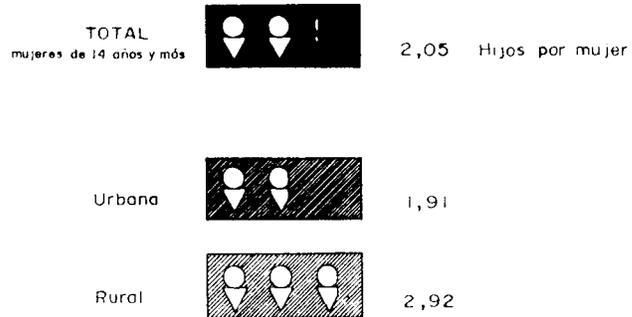
- POR EDAD { EN MENORES DE 15 AÑOS: 24 %  
EN 50 Y MAS AÑOS: 20 %

- POR INFECCIOSAS Y PARASITARIAS: 7.3 %

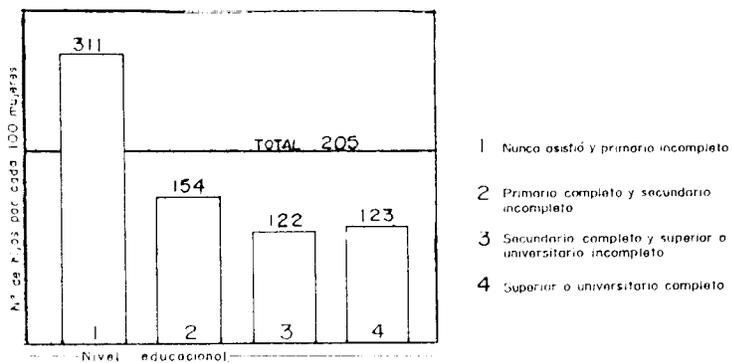




**GRAFICO 5** FECUNDIDAD URBANA Y RURAL



**GRAFICO 6** NUMERO DE HIJOS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL



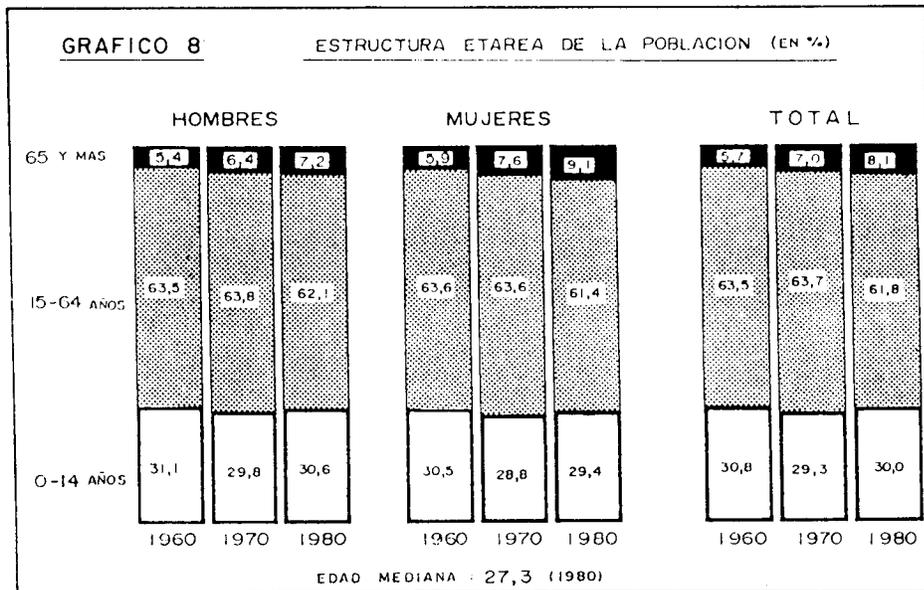
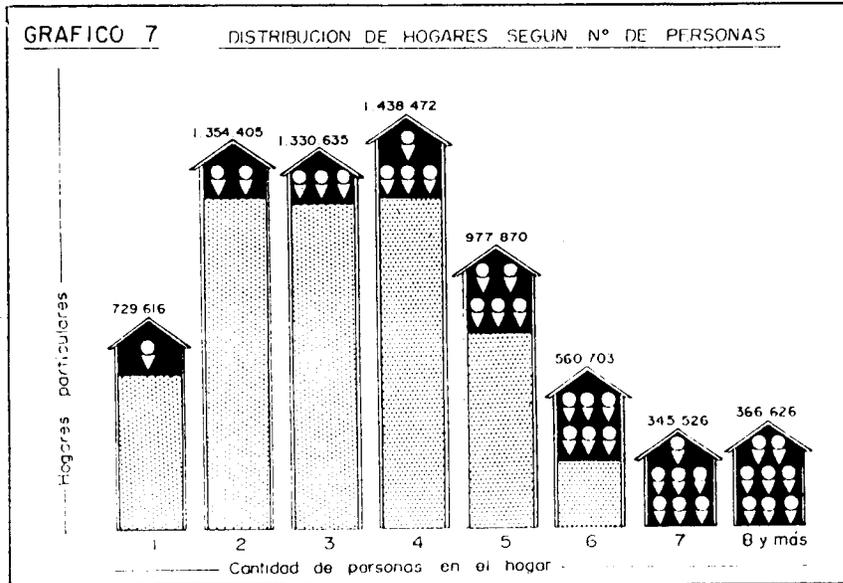
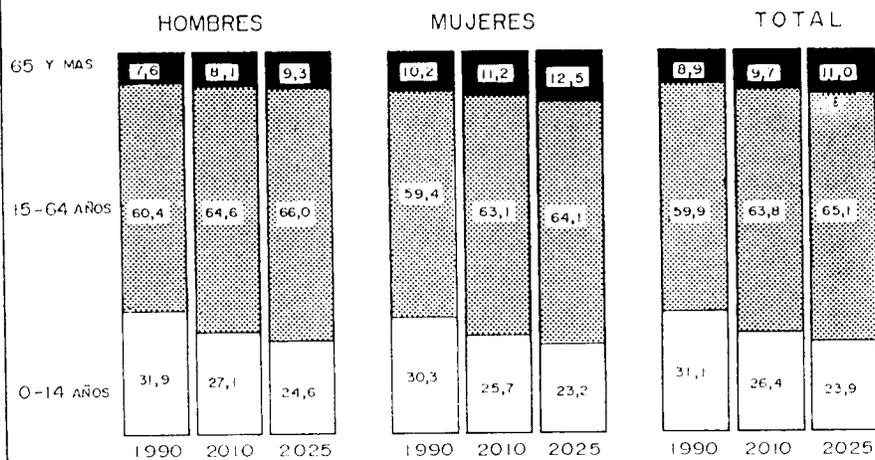
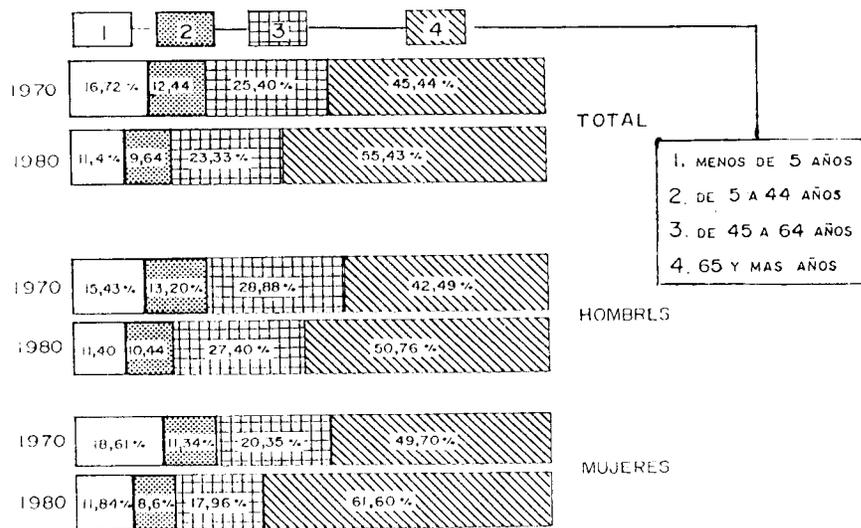


GRAFICO 9 PROYECCIONES POR GRUPOS ETAREOS PARA PROXIMOS AÑOS (en %)



Edad mediana -1990 : 27,2 años / 2010 : 29,0 años / 2025 : 32,1 años

GRAFICO 10 ESTRUCTURA MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO



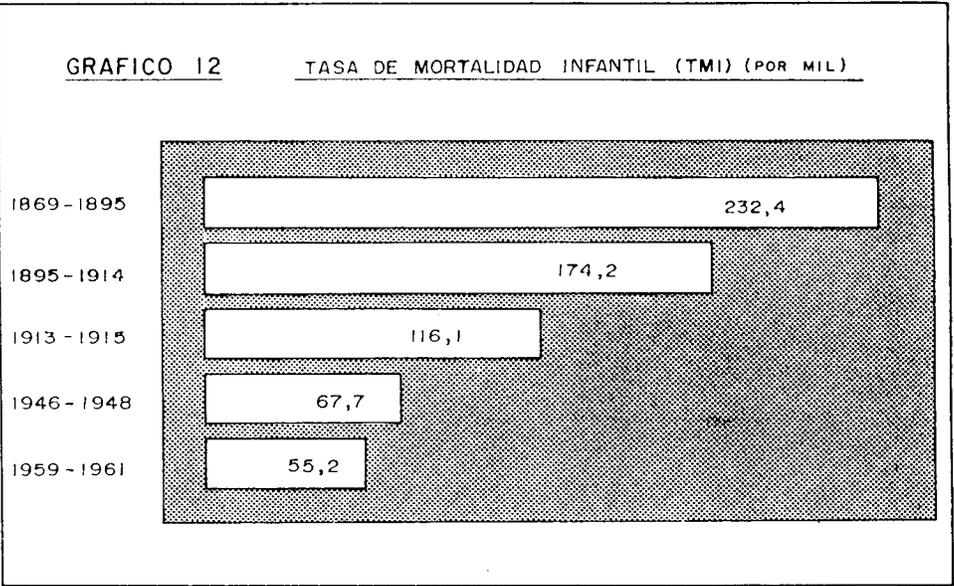
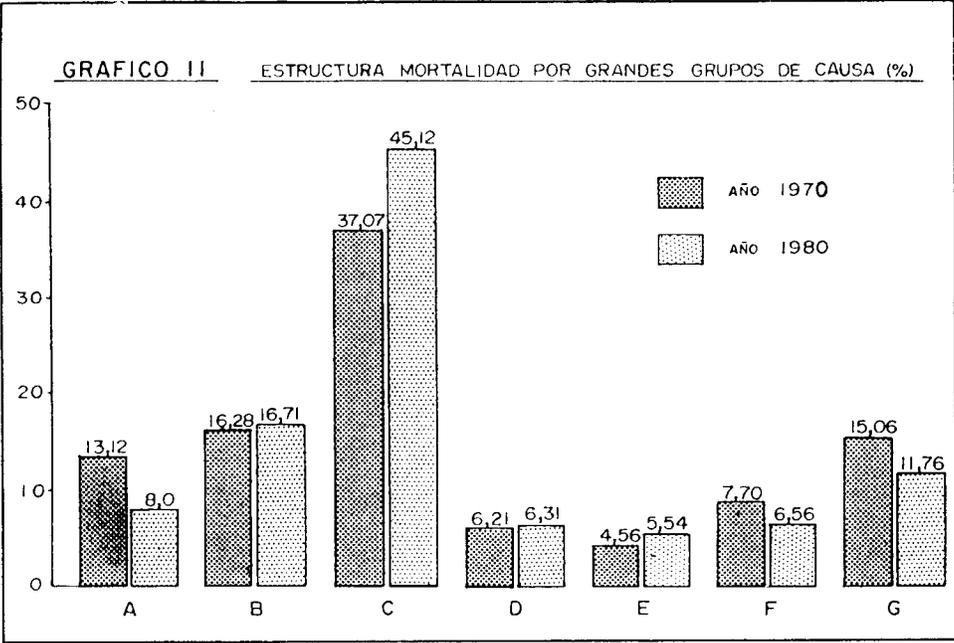
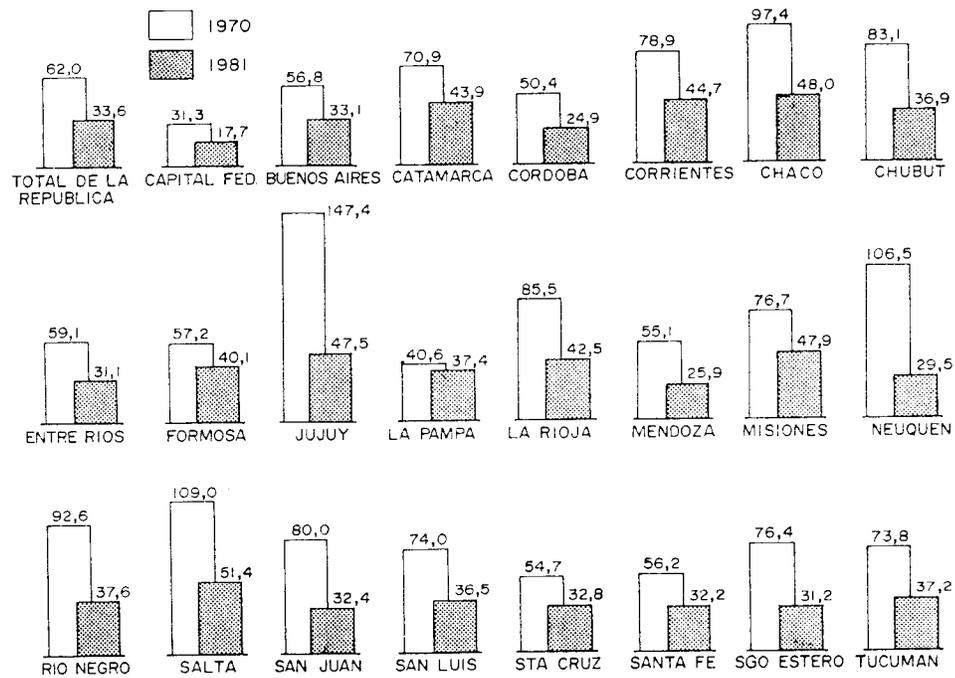
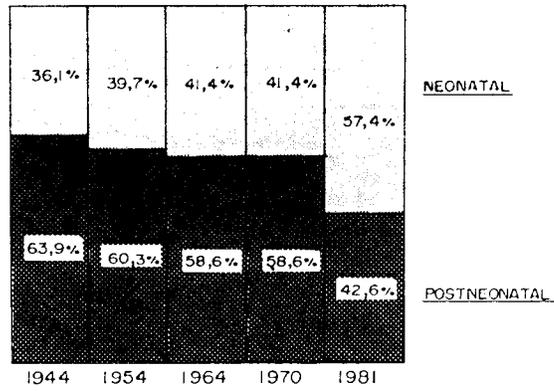


GRAFICO 13

MORTALIDAD INFANTIL, TOTAL PAIS Y POR JURISDICCION 1970 / 1981 (Por 1000 nacidos vivos)



**GRAFICO 14** EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL



**GRAFICO 15** DEFUNCIONES INFANTILES, NEONATALES Y POSTNEONATALES ( Porcentajes ) SEGUN GRUPOS DE CAUSAS - AÑO 1981

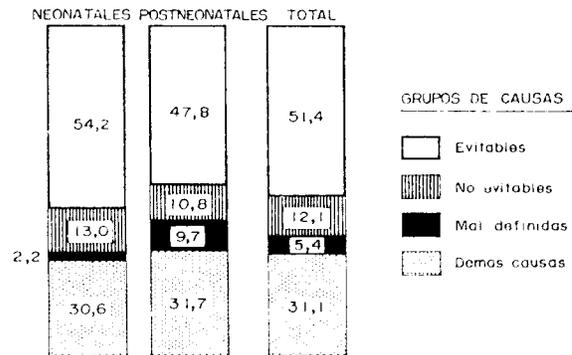


GRAFICO 16

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EN AÑOS)

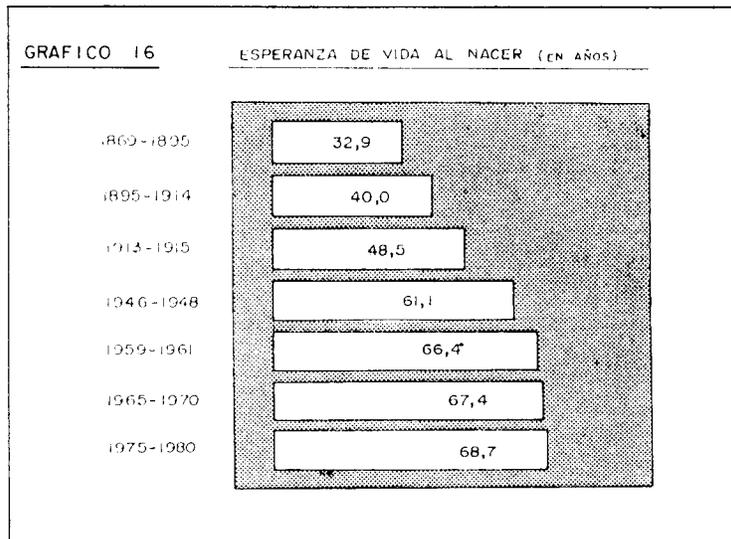
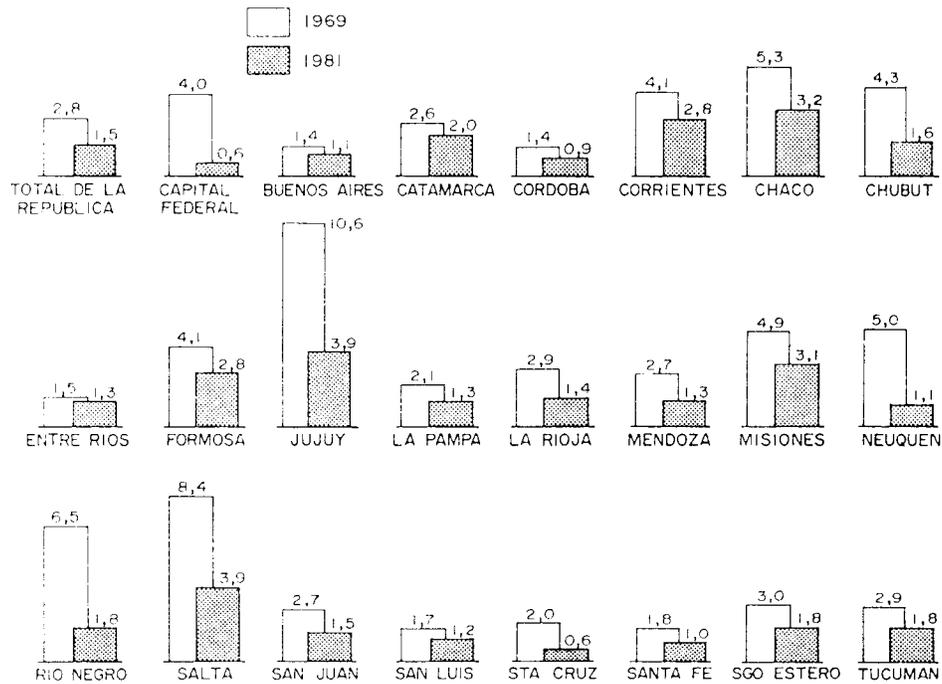
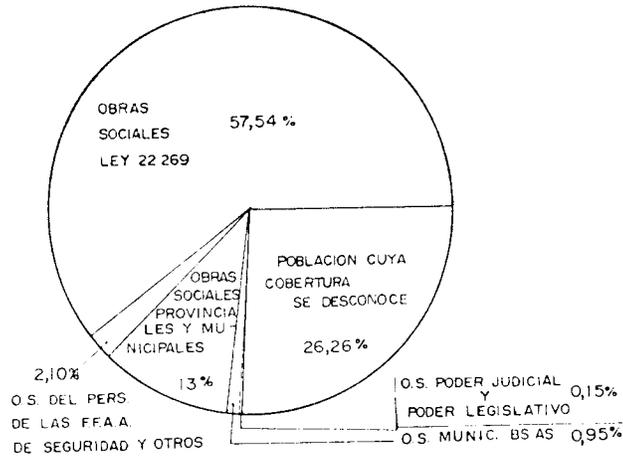


GRAFICO 17

MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS, TOTAL PAIS Y POR JURISDICCION 1969 / 1981 ( Por 1000 personas )



**GRAFICO 18** POBLACION TOTAL DEL PAIS SEGUN TIPO DE COBERTURA



**GRAFICO 19** N° DE CAMAS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA  
1969-1980

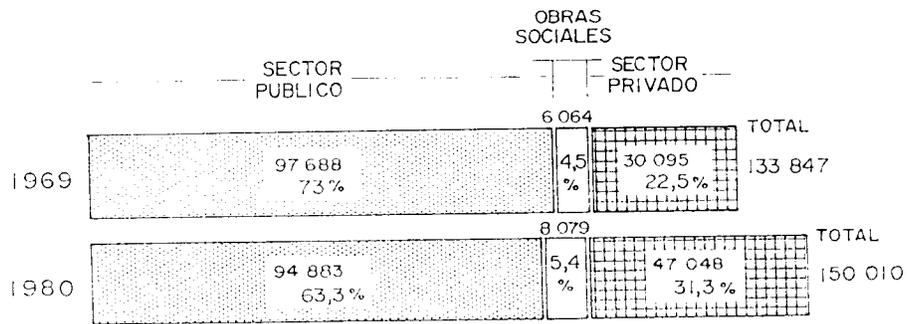


GRAFICO 20 CANTIDAD Y DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD  
EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES, 1980

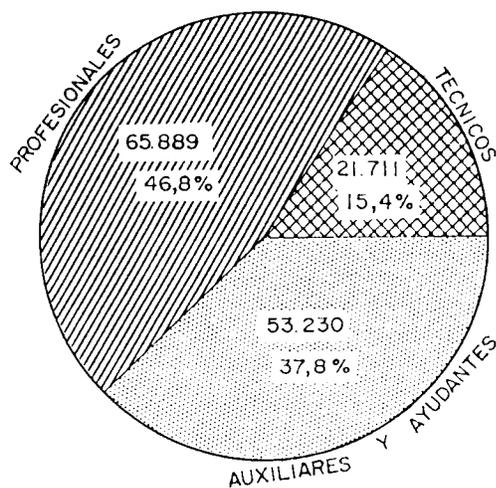


GRAFICO 21 GASTO EN SALUD, ARGENTINA, 1970 (En millones de Dólares)

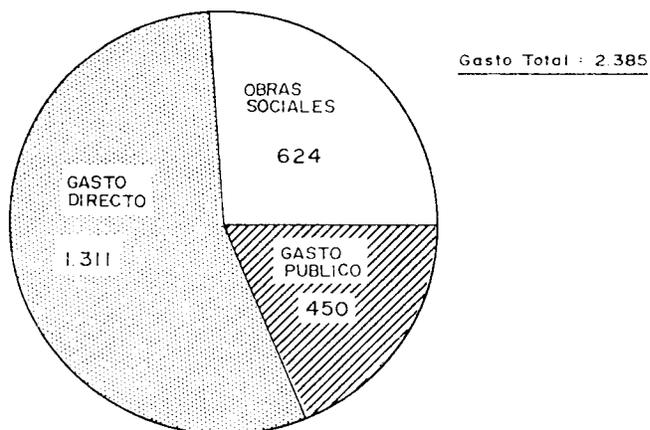
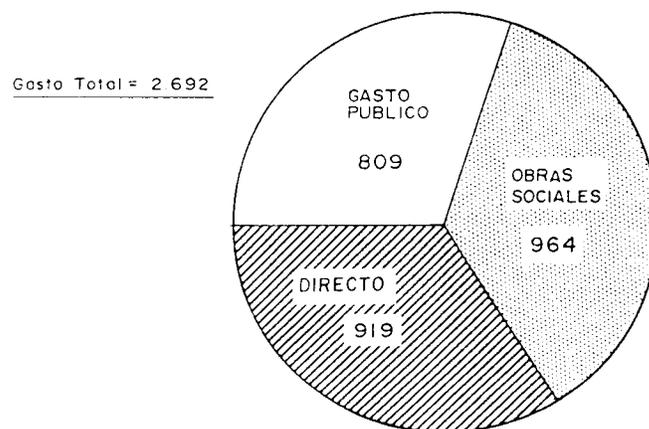


GRAFICO 22    GASTO EN SALUD ,1980 , ARGENTINA ,  
( MILLONES DE DOLARES de 1970 )



Fuente de datos consultados

Publicaciones del Programa Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, varios años.

Somoza, Jorge, Tablas de vida a nivel provincial, CENEP, 1985.

Argentina: descripción de su situación de salud, MSAS-OPS, 1985.

Informe Anual del BID, 1985.

Anuarios Estadísticos de la OMS.

Dr. Nilton Arnt (Asesor Regional en Epidemiología, OPS)

El entusiasmo por el tema de la concertación y por el de la ley del seguro, no debe hacernos olvidar que la atención médica es un componente altamente necesario pero insuficiente de la respuesta que la sociedad argentina tiene que dar a los problemas de salud aquí mencionados. Voy a hacer rápidamente algunos comentarios sobre el otro lado de la moneda, sobre lo que pasa fuera de las paredes de los hospitales.

Nuestro trabajo en el Ministerio con el grupo de estadística y con el de epidemiología se orienta a aplicar mediciones de situaciones de salud; tenemos también la pretensión de desarrollar la capacidad de evaluar programas, tecnología y servicios de salud, además de mejorar la capacidad de detectar situaciones anormales, situaciones nuevas. Como ejemplo, elaboramos un ejercicio de epidemiología con datos de mortalidad para la Argentina en 1981. Es nada más que un ejercicio, con supuestos muy cuestionables de aplicación de técnicas epidemiológicas de cálculo de fracción etiológica aplicadas al cigarrillo como factor de riesgo en cáncer pulmonar e infarto de miocardio. En estas patologías hay una multi-causalidad -el cigarrillo es solamente una de las causas- pero se puede estimar qué participación tiene el cigarrillo en las muertes producidas por estas causas. Estimamos que en 1981 se podrían haber prevenido, si no hubiera cigarrillos en la Argentina, 12.784 muertes, simplemente atribuibles a la influencia del cigarrillo en el infarto de miocardio y en cáncer de pulmón. No nos olvidemos que el cigarrillo también contribuye como factor etiológico para otras causas de mortalidad. Digamos que el ejercicio ha sido muy impreciso porque tenemos que tomar estimados de cuál es la prevalencia del hábito de fumar en la población argentina, tenemos que tomar varias investigaciones que nos dan el riesgo relativo de morir por infarto o por cáncer para fumadores y para no fumadores; hay que definir qué es un fumador y qué es un no fumador. Pero digamos que nos equivocamos y que las muertes provocadas por el cigarrillo en 1981 sean 10% menos, o 20% menos. Aun así son muertes totalmente innecesarias y evitables. No me refiero al costo de lo que significaría prevenir esas muertes; no creo que la prevención vaya a abaratar costos, porque esas personas terminan sobrecargando los servicios de salud en una etapa posterior de la vida. Me refiero al aspecto humano de lo que significan esas muertes innecesarias.

La discusión de la prevención de estas muertes sirve para demostrar nuestra inocencia, nuestra ingenuidad en el tema. Creemos que la solución pasa por la legislación. No se puede prohibir a las personas que fumen pero sí se les puede hacer la vida más difícil. Además, creemos que la solución va a venir de educación, de promoción, de comunicación social, etc., y nosotros siempre creímos de una forma muy inocente, que si regulábamos la publicidad, o el derecho de las compañías de cigarrillos a hacer su publicidad, podríamos efectivamente lograr grandes beneficios. La lucha es contra el poder que tienen ellos de utilizar la publicidad. Pero un fenómeno muy interesante ocurrido en Brasil el año pasado, durante la vigencia del Plan Cruzado (un Plan Austral con definición tropical), nos hace reflexionar. Con el congelamiento de los precios las compañías de cigarrillos estaban muy insatisfechas por la reducción de sus ganancias y el arma de presión que tuvieron fue simplemente reunirse las tres grandes multinacionales, asociando a la pobre chiquita nacional, muy halagada por participar por primera vez junto con las tres hermanas, e imponer el siguiente mecanismo de presión: si no había una liberación de los precios de los cigarrillos, ellas suspenderían toda la

publicidad de cigarrillos en el Brasil. Rápidamente movieron en su favor a todas las agencias de publicidad. Entonces, lo que nosotros inocentemente creíamos que era nuestra arma, la suspensión de la publicidad, fue el arma de las compañías de cigarrillos para lograr aumentar sus ganancias. El problema es complejo; yo simplemente quería ejemplificar con un tipo más de medición que estamos tratando de introducir para observar lo que está pasando en salud. Serían 12.000 muertes. Aunque fueran 1.000 muertes, son más de las muertes que vamos a tener por el SIDA en dos, tres o cuatro años.

El SIDA es otro tema; un problema de salud rápidamente introducido en Argentina y que, como algunos de ustedes acá presentes mencionó, es una epidemia que ya entra desmedicalizada en el país. Aquí pasó algo parecido a lo que ocurrió en San Pablo. Los primeros enfermos se enfermaron afuera. Ellos traían a sus médicos en Argentina y a sus médicos en San Pablo la información sobre la enfermedad. Ellos, asociados a grupos de Estados Unidos o de Europa que ya estaban tratando de autoayudarse, tenían un rápido acceso a la información técnica y científica y la transferían a sus médicos. Entonces, este es un problema nuevo que estamos midiendo, utilizando encuestas en grupos de alto riesgo, y pretendemos tener hacia el final del año un buen panorama. Los resultados preliminares nos están indicando que aumenta rápidamente la infección, como pasó en grupos de alto riesgo en San Francisco, San Pablo, o Nairobi.

Otro aspecto que quiero mencionar en el tema de medición de situación de salud es un problema que aún no nos llegó, el dengue, que preocupa mucho a todo el continente. Estamos en presencia de una oleada de un serotipo de dengue que ya llegó a Brasil y la posibilidad de un segundo serotipo que complicará mucho más el asunto por la posibilidad de traer el dengue hemorrágico. En Argentina, en un trabajo coordinado con las provincias del norte, se inició en diciembre una búsqueda del vector: el mosquito Aedes aegypti. Finalmente, se lo detectó en tres puntos del norte. El foco es muy localizado y se pensó que rápidamente sería eliminado. Pero no es así. No se soluciona con rociados; la gente tiene que participar activamente limpiando sus domicilios.

Los tres problemas de salud que traje como ejemplo, cuya solución no pasa por la atención a las personas, van a terminar cargando los servicios de salud y cargando los hospitales. Quiero recordarles también, mirando lo que mostró el Ingeniero Migliónico y que por fuerza de las circunstancias es incompleto, que tenemos un cuadro que nos trae al mismo tiempo los problemas que los países del norte vivieron en etapas distintas de su evolución. Los problemas nuevos asociados a urbanización, migraciones, contaminación ambiental, alcoholismo, drogadicción, etc., todavía no encuentran respuestas adecuadas.

Hay otro gran grupo que en la Argentina tiene mucho peso, están las patologías degenerativas, las mentales, cuyo ataque se centra básicamente en una tecnología cara y sofisticada de diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, creo que es muy importante revisar en esta reunión cómo anda la situación de la tecnología médica.

Finalmente se nota un residuo infeccioso, que inclusive nos da un 7% de mortalidad y de egresos del hospital público; son patologías que se podrían solucionar con los programas tradicionales de control de enfermedades, agua y saneamiento básico. También es importante analizar cómo estamos en saneamiento ambiental o en agua. Gracias.

## Comentarios

Dr. Carlos A. Prieto

Quiero hacer un comentario sobre las mortalidades evitables y particularmente sobre el cigarrillo. Hace dos años tuvimos en Argentina la visita del Dr. J. Everett Koop, que en Estados Unidos es un líder en la lucha contra el tabaco. Tuve el gusto de estar con él durante cuatro o cinco días. El contó que en Estados Unidos se había hecho un replanteo completamente distinto de la campaña contra el cigarrillo. El problema según él no pasaba por la lucha contra las empresas fabricantes de cigarrillos, puesto que se ponían en marcha poderosos intereses tabacaleros, políticos, etc., y como el enfrentamiento con estos intereses tuvo un resultado negativo, ellos invirtieron los términos y enfocaron la campaña con el criterio de que el no fumador debe ser quien defienda activamente su propia salud, no sintiéndose obligado a tener que aspirar el humo que exhalan los demás. De esa forma, por ejemplo, comenzaron a penalizar a las compañías de aviación que no tenían cupo suficiente para los grupos de no fumadores, y las obligaron a dar plazas, o penalizaron con otro tipo de cosas; también aconsejaron que en los bares, restaurantes, y en todos los lugares donde se reúne público se establecieran lugares para no fumadores. Simultáneamente iniciaron una campaña muy poderosa dirigida a los no fumadores al estilo de: "haga uso de su derecho a la salud, no sea un fumador indirecto y una víctima más", que consiguió resultados mejores que la anterior.

Dra. Maria Rosa de Cortigiani

Quisiera hacer un par de comentarios después de la presentación del diagnóstico de situación de salud. En primer lugar, porque siento la necesidad de señalar que gran parte de este diagnóstico ha sido elaborado con trabajos que esforzadamente se han hecho en este sector en los últimos años. Lo que pasa es que a veces la forma global de presentación de los datos no permite caracterizar la naturaleza heterogénea del problema del diagnóstico de salud en el país, es decir, por un lado en la Argentina existen problemas de salud asociados a países de desarrollo, o altamente desarrollados, y por otro subsisten los viejos problemas. Argentina, en salud, presenta exactamente eso. Pero para verlo realmente, a veces se necesita desagregar y tal vez categorizar de distinta manera los datos para poder apreciar cuán heterogénea es la situación en salud, porque si no uno puede pensar que hay una gran cantidad de problemas que el país tiene resueltos, y que se está entrando en otra etapa, y en realidad no es así, o al menos es necesario definir algunas cosas para resolverlos. Es cierto que yo puedo estar sesgada porque soy maternoinfantóloga, y algunos datos que presentó el Ingeniero Migliónico y algunos comentarios que hizo también me motivan. Creo que decir que la fecundidad general de Argentina es de menos de dos hijos por mujer significa una reflexión profunda sobre los pasos que tenemos que dar y lo que todavía nos falta definir en cuanto a política de población en relación con salud. Lo que expresa esa tasa es que no tenemos población de reemplazo. Entonces, o claramente definimos una política de protección de la ancianidad, o definimos otras políticas para proteger o alentar la situación poblacional del país. Lo que quiero decir es que esto así solo, es como si no nos dijera nada, y, sin embargo, nos está diciendo que el país tiene que tomar ciertas definiciones rápidamente. Por otro lado, él también

señala que esa fecundidad a su vez tiene claros patrones diferenciales, y señala los patrones diferenciales en cuanto a situación geográfica y situación educacional. Entonces eso significa otra reflexión muy profunda: debemos rescatar los patrones diferenciales, lo cual, de alguna manera, es rescatar un enfoque de riesgo en la visión de diagnóstico de salud para establecer qué políticas se necesita pensar e implementar atendiendo a esos diferenciales. Lo mismo pasa con mortalidad infantil y con mortalidad materna, respecto de las cuales cabe señalar que el esfuerzo de ver con criterios de evitabilidad las muertes infantiles o maternas ha sido también elaborado por este sector justamente en el afán de ayudar a la toma de decisiones y al diseño de algunas políticas que lleven realmente a que esas muertes evitables que el Dr. Arnt señala respecto de las enfermedades cardiovasculares y su relación con el cigarrillo, también las pensemos en relación con las enfermedades infantiles que todavía tenemos. Hay 11.000 niños que mueren por mala atención del parto, por mala recepción del recién nacido, por problemas que también, a esta altura del conocimiento científico y tecnológico, podemos caracterizar como prevenibles. Creo que existe todavía una discusión de esto que estoy tratando de señalar que es: veamos los diagnósticos de salud atendiendo a dos criterios, el criterio de diferenciales o el criterio de la heterogeneidad que está presente en esos diagnósticos de nuestra situación de salud y atendiendo a la definición de algunas prioridades de lo que podemos o debemos enfrentar. No puedo dejar de pensar que la mortalidad infantil no ha ido bajando alegremente en el país; se han hecho algunos esfuerzos, no de ahora sino esfuerzos viejos, que alguna influencia han tenido en ese descenso. No he evaluado suficientemente el impacto de esa disminución en el sector salud, pero no se puede decir que la disminución se produjo espontáneamente, porque se estaría tirando por la borda una serie de trabajos que han demostrado que no es así, y que cuando se pone el énfasis en bajar determinados indicadores, a veces se lo consigue.

## VII. Situación del sector de Saneamiento Ambiental

Ing. Dante Muñoz (Asesor en Ingeniería Sanitaria, OPS)

Deseo presentar un problema muy comentado y de gran repercusión en los aspectos de salud. Siempre he oído discursos, he participado en reuniones en las que a saneamiento se le otorga una gran prioridad, dado el gran interés que tiene para resolver los problemas de salud, pero en la práctica ejecutiva, en la práctica presupuestaria y en la práctica administrativa no condice la importancia que podría tener con las posibilidades que se le dan para evolucionar.

Es evidente que el sector salud tiene prioridades referidas a salud hospitalaria, tiene un menor margen para salud preventiva y dentro de esa salud preventiva saneamiento, evidentemente, no tiene un trato adecuado y languidece en casi todos los países tratando de hacer cosas compatibles con sus funciones que tengan trascendencia en la solución de problemas. Esto nos lleva a la necesidad de cambiar los criterios de trabajo de saneamiento dentro del sector salud. Por ejemplo, en Argentina, usar un criterio sistémico por el cual no solamente la Dirección Nacional de Calidad Ambiental pueda intervenir sino que lo haga en forma colectiva y coordinada con las direcciones de saneamiento de las provincias, formando un núcleo que pueda programar el problema y cumplir los objetivos para los cuales fue creado el subsector de saneamiento dentro del sector salud.

Una de las conclusiones fundamentales a las que se llega es que en el sector salud, saneamiento no debe hacer saneamiento en absoluto, sino más bien promover que las entidades, que de alguna forma tienen directa o indirectamente acciones que ejecutar en saneamiento, las ejecuten. Para esto la Dirección Nacional tiene que tener un alto contenido técnico en su estructura, que le permita desarrollar proyectos que impliquen soluciones, porque la tendencia es hacer discursos, promover reuniones, pero nunca promover soluciones; creemos evidentemente que la forma de promover una cosa es conocer sus soluciones o sus alternativas para programar su implementación en el tiempo y en el espacio. Este simple criterio ha conducido a muchos cambios, demanda mucho análisis y ha llevado en muchas experiencias, no solamente en Argentina sino en diferentes países, a que el sector esté evolucionando en ese sentido. Simplemente quiero hacer hincapié en un sector que actualmente en la Argentina a la OPS le inquieta sumamente conectado con el sector salud: el sector de Obras Sanitarias. Muchas veces se nos ha preguntado por qué el sector saneamiento tiene que estar en un problema de Obras Sanitarias, y siempre me planteo que si el agua potable y la disposición adecuada de los líquidos cloacales son un problema que directamente va a influir en la salud de la población, salud tiene que estar quizá no en el manejo, pero si apoyando y dando impulso a este sector.

Quisiera presentar resultados de un informe hecho por especialistas argentinos para que vean cuál es la situación actual de ese sector y hagan ciertos planteos o reflexiones comparando con otros países vecinos o no vecinos. Se han hecho análisis desde el año 1970 acerca de la cobertura del agua potable en Argentina, que permiten conocer su evolución. En el año 1920 se tuvo un incremento acelerado de la cobertura y Argentina alcanzó, dentro del consenso de los países americanos, una situación líder en materia de agua potable; hasta el año 1960 no tenía "problemas"

de cobertura, es decir, cuando los demás países estaban en el 29 y 30% de cobertura de agua, Argentina tenía el 53%. Sin embargo, el análisis muestra que hacia el año 1960, Argentina "se quedó" en el 53%, pasó al año 1970 con sólo el 57%, en 1980 se mantenía en el 57%, y ahora, en los últimos años de esta década, la Secretaría de Recursos Hídricos calcula que ha bajado al 53%. Esta situación pone a la Argentina, en materia de cobertura de agua, un poquito más arriba de Haití. Brasil está hablando del 92% de cobertura, Chile del 97 al 98%, Perú, del 59% de cobertura, México, del 67% de cobertura, con un plan de llegar al año 2000 con 98%.

Los mecanismos que se encargan del agua en Argentina no han permitido en los últimos años cubrir el crecimiento vegetativo de la población, con los problemas que seguramente se reflejan en los índices en materia de enfermedades, hospitalizaciones, etc.; a esto se añade la mala situación actual de la cobertura en desagües domésticos en la Argentina que es del 27%, es decir que de cada 100 argentinos solamente 27 tienen este servicio, y dentro de ese 27%, ni el 3% del líquido recibe tratamiento acorde a la necesidad para no volcar contaminación dentro de las poblaciones. De acuerdo con este estudio de la Secretaría de Recursos Hídricos, actualmente hay más de 14 millones de argentinos que deben procurar por sus propios medios el abastecimiento diario del agua. Hay más de 21 millones de personas que tienen que tener disposiciones individuales de excreta de cualquier forma. El nivel de inversiones en los últimos años ha bajado sensiblemente; entre inversiones y operación y mantenimiento Argentina gastaba un promedio de aproximadamente 200 millones de dólares anuales, ahora está por los 60, debido a diferentes circunstancias. ¿Por qué, entonces, este estancamiento de un área en Argentina, si hace cuarenta años se estudiaba con textos argentinos en la materia? Veníamos de toda América a Argentina para conocer los mecanismos que permitían solucionar el problema. ¿Y por qué en menos de siete años Chile ha pasado de 77% a 97% de cobertura de camas, Brasil ha pasado de 65% a 93% y Argentina se está quedando en 53%? Quiero que se me interprete en un sentido profundo y amplio de amor que uno tiene por su tarea y por el país, y de alguna manera deseamos ayudar a enfrentar la actual situación. Este problema ya se ha debatido en el subsector con la Secretaría de Recursos Hídricos, con Obras Sanitarias, con el Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural (SNAP), con la Dirección Nacional de Salud Ambiental, que integra ese conjunto, con la Confederación de Empresas Sanitarias (COFES), que agrupa todos los organismos provinciales, con la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), que representa la práctica privada, y se está llegando a conclusiones de colaboración; incluso hay documentos de la Secretaría de Recursos Hídricos en los cuales se dan caminos que plantean soluciones en conjunto para cambiar su política.

Si hay una situación de esta naturaleza tenemos que preguntarnos por qué; después de los porqué van a venir los cómo. ¿Por qué Argentina está en esta situación? Su elemento técnico es de primerísima línea; nosotros usamos técnicos argentinos en este momento en América, por ejemplo, un ingeniero argentino en la actualidad está asesorando el programa de agua potable rural en Brasil, en un programa de 3.000 millones de dólares. Actualmente la OPS está contratando a un ingeniero argentino en Perú, para que vaya a reforzar conocimientos tecnológicos. ¿Por qué, entonces, en Argentina, con tantos elementos técnicos, etc., nos vemos en esta situación?

Similarmente a este sector, se ha investigado la situación de los

sectores de basura, de los impactos ambientales causados por grandes represas, los impactos causados por pesticidas y por elementos orgánicos, por la contaminación de alimentos, etc. Del análisis de los porqué se deduce que un cambio de política nacional que ya ha sido delineado en este seminario por los señores que hablaron por el Ministerio del Interior y por el Ministerio de Economía, debe conducir a una racionalización del asunto. Algunos por qué: Argentina tiene en la actualidad un promedio de dotación de agua del orden de los 650 litros promedio, y algunas poblaciones actualmente sobrepasan este valor. El promedio mundial de dotación no llega a 300. ¿Por qué? Los demás países controlan el uso del agua, tienen tarifas sociales que permiten al más disminuido económicamente tener la cantidad de agua que necesita; los que quieren más agua pagan de acuerdo con la estructura social, de acuerdo con sus necesidades y de acuerdo con su consumo, y el conjunto permite no sólo la operación y el mantenimiento sino la ampliación continua por la comunidad que usa el sistema. No es posible que haya una política nacional por la cual 14 millones de personas que no reciben agua paguen por los que la derrochan. Esto estará planteado por la Secretaría de Recursos Hídricos: una disminución de la dotación en un período digamos de seis años, llevaría a una disminución de 300 litros por persona por día que se considera alta pero, dada la coyuntura argentina, razonable. ¿Y qué significan estos 300 litros por persona por día que ahorraría el país? Primero, esos 300 litros en este momento se botan; eso significa casi medio millón de dólares por día que se botan al desagüe, sin uso alguno. Ustedes son argentinos y saben que si son inquilinos no pagan el agua, no interesa en absoluto que el agua siga corriendo, o que gotee en forma intensa, o que llenemos la piscinita que hemos comprado tantas veces como queramos durante el verano porque la cantidad que pagamos es exactamente la misma. Pero esa cantidad derrochada está repercutiendo en la economía. Ha habido plantas de tratamiento de agua que solo han hecho aumentar de una dotación de 600 que tenía la persona a 800, y no han ido a gente que sigue sin tener agua. Una política que lleve a la medición del agua nos puede conducir a una serie de factores de carácter económico-financiero que facilitarían enormemente y ampliarían, casi triplicarían los servicios sin mayor inversión.

Otro de los grandes factores del que todos tenemos conciencia es el de ciertas ineficiencias administrativas que son medibles. Entre los países desarrollados aquí se habló de Suecia, que tiene un promedio de un empleado de Obras Sanitarias en general (estoy hablando de todo el sistema) por cada 600 o 700 usuarios. Latinoamérica, con todas las deficiencias que posee, tiene un empleado en este proceso por cada 200 a 250 habitantes. Hay servicios en la Argentina que tienen un empleado por cada 18. Una aplicación racional de una política administrativa de desarrollo institucional, de conocimiento de estas cosas, un cambio de política, puede simplificar y llevar a la Argentina muy rápidamente, en el término de 10 años, a coberturas que pueden aproximarse al 100% en agua, y quién sabe a un 70/75% en desagües, con todo lo que esto implica para el sector salud. ¿No le interesa, entonces, al sector salud que esto se produzca? No le interesa entonces al sector salud, a través de saneamiento, que la coordinación de esta política sea una de las áreas prioritarias? Porque Obras Sanitarias no es un servicio que simplemente da cierta comodidad, sino que es algo que está influyendo enormemente en la salud y en el bienestar de la gente.

Un análisis económico-financiero hecho por la Secretaría de Recursos Hídricos en el sentido de que si Argentina continúa con la política

actual de no medir, de ineficiencia administrativa, etc., las necesidades financieras en los próximos 10 años para llegar a una cobertura del 95% -si es que la consigue, con toda esta ineficiencia- le pueden demandar alrededor de 11.000 millones de dólares de inversiones no solo en lo que tiene que hacer sino en lo que tiene que reparar actualmente. Si la política es cambiada en forma razonable a otros criterios -porque medir es uno de los sistemas de control dentro de una serie-, y se racionaliza la administración llegará a mejores soluciones. Ahora está en marcha por la Secretaría de Recursos Hídricos junto con el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) una inversión de un millón de dólares para hacer un estudio profundo del sector dada la gravedad que está revistiendo. Se han presentado documentos al señor Presidente de la República a través de un organismo que integra a todos, AIDIS, que incluye a Salud y Saneamiento; la situación ya la conoce el Sr. Presidente y la conocen los Ministros involucrados, y la irán conociendo los gobernadores en cada uno de sus ámbitos provinciales.

Se requiere una política que racionalice en seis o siete años, que lleve a un proceso continuo, armonioso, aplicando técnicas administrativas normales (así como hay buena ingeniería o buena medicina, hay buena administración). La administración es una ciencia tan válida como la ingeniería, la medicina o cualquier otra, y debe ser aplicada en sus máximas posibilidades. La inversión disminuiría hasta 4.000 millones. ¿Por qué? Porque evidentemente, las estructuras que están dando en la actualidad 600 litros por habitante por día, si se logra bajar a 300 no necesitan ampliarse para duplicar los servicios y, por lo tanto, se puede ampliar la cobertura de redes con poca inversión, y recuperarla a través de mayores usuarios, y con ello tener más dinero para seguir el mantenimiento. La incertidumbre de las posibilidades que se presenta hace que actualmente se diseñe en el área del subsector para 25/30 años, es decir, estructuras que recién a los 20/25 años comenzarán a ser utilizadas, y tienen 20 a 25 años de ser utilizadas parcialmente.

En la tecnología actualmente utilizada en casi todos los países latinoamericanos los diseños oscilan en cinco años, de tal manera que la inversión sea lo suficiente para los próximos cinco años. Entonces, toda la inversión se orienta a obtener más dinero para poder seguir financiando y poder seguir logrando las coberturas debidas. La situación es mucho más compleja de lo que se puede exponer en apenas 10 minutos, pero el problema fundamental que ha llevado a la Oficina Sanitaria Panamericana a tratar de colaborar en este problema siendo del sector salud, es que consideramos que el agua y el saneamiento son una cosa fundamental, son un problema de salud. Aquí alguien habló de criterios de costo-beneficio; el BID tiene un sistema que llaman el SIMOP, a través del cual trata de llegar por computación a medir valores sociales y de salud. Se necesita el apoyo completo del sector salud para poder seguir en este camino que el gobierno está tomando, que conoce, que ha analizado, y que tiene claramente expuesto en sus diagnósticos y trata de implementar políticas, estrategias y objetivos definidos que permitan decir que saneamiento y salud están presentes. Saneamiento Ambiental tiene técnicos que pueden intervenir, puede tener influencia directa en la cobertura de las situaciones urbanas perimétricas de bajo ingreso, puede tener intervención directa en el agua rural. El Banco Interamericano y el Banco Mundial dan créditos para agua potable rural pero la factibilidad de los mismos termina en los 500 habitantes y hay 3 millones de personas, argentinos, que viven en sectores de menos de 500 habitantes. Existe la tecnología, pero se dependió demasiado de los créditos cuando los créditos

deben ser simplemente elementos de ajuste, de apoyo y de empuje para que los niveles nacionales tomen el problema y se evite un endeudamiento innecesario. Un país como Argentina tiene en este momento todos los elementos para construir y operar cualquier sistema. Les quiero pedir perdón por este corto análisis de este importante problema del área de saneamiento, grande en sus implicancias sanitarias en salud pública y en las implicancias económicas para el país.

No se debe olvidar, por último, que en Mar del Plata, en 1977 durante la Reunión de Naciones Unidas del Agua, Argentina fue la iniciadora del proyecto de creación del Decenio del agua. Estamos en este momento en el Decenio del agua potable y de saneamiento que todos los países han tomado como suyo; durante los últimos 12 años se ha producido un crecimiento enorme del sector en el mundo por este estímulo, y en el país madre, Argentina, recién se están tomando medidas para alcanzar las metas fijadas.

Quisiera pedir nuevamente disculpas por este análisis corto e impreciso, pero el tiempo no da para más. Estos análisis creemos que deben ser hechos con total crudeza, muchas veces con apasionamiento, para implementar soluciones, porque de la realidad del diagnóstico, de las posibilidades que tenemos en materia de recursos humanos, en materia de administrativos, recursos financieros, recursos económicos, recursos sociales, van a venir las soluciones, no van a venir de otro lado sino que deben venir del propio sector; si no vienen de ahí, no se va a conseguir la organización comunal, la intervención comunal, que es uno de los factores fundamentales en que se basan muchas de las soluciones.

En el sector Obras Sanitarias existe en este momento en cada provincia una dirección o empresa de agua potable y saneamiento, son 23 las que en los últimos años se han asociado a través de un organismo semiprivado y semipúblico que es la Confederación de Empresas Sanitarias, para discutir los problemas en conjunto. Se discuten problemas técnico-administrativos de tarifas, de administración, de arsénico, de nitrato, en fin, todo lo que afecte el quehacer administrativo y tecnológico de ingeniería. Se tiene también el SNAP, que es un servicio creado en Salud Pública, nacido aquí, que en este momento ha fundado un sistema digamos federal de SPAR's, que son los servicios provinciales, que tienen construidos 987 servicios privados, porque son cooperativas que se manejan perfectamente y a costos totalmente razonables, con dotaciones adecuadas y muchas de ellas han servido para hacer evolucionar otros servicios; hay cooperativas que actualmente tienen y manejan, incluso, los teléfonos por su propia cuenta. Luego tenemos la Secretaría de Recursos Hídricos que, como organismo que se ocupa de todo lo del agua, es la encargada de fijar las políticas y las estrategias que se están elaborando y las relaciones con los diferentes bancos y entidades financieras internacionales.

Hay en Saneamiento otros sectores, como el sector de Basura, tan deprimido, y que actualmente crea ciertos problemas de salud que son y deben ser manejados por municipios. Pero Salud puede contribuir enormemente con sus aportes técnicos, con estudios financieros. Simplemente el hecho de desarrollar, por ejemplo, un sistema computarizado que permita una racionalización de la recolección de basura, puede implicar un ahorro para los municipios que manejan la basura de por lo menos un 25% del costo actual que puede ser revertido a mejor servicio, a mayor gente. En este momento, el BID ha dado 300 millones de dólares de préstamo a la

Secretaría de Ordenamiento y Vivienda, de los cuales hay componentes para ordenamiento urbano y se asignan 7 millones a los municipios para que afronten el problema de la basura. La basura crea problemas de salud, atrae moscas, roedores, produce enfermedades, olores, malestar, etc. No se piensa que Saneamiento maneje la basura, sino que colabore para que los municipios lo hagan con mejor técnica, administrativa y económicamente, tomando por ejemplo la posibilidad de que esos créditos u otras inversiones, que son posibles de lograr, sean usados racionalmente por los municipios. La Dirección Nacional de Trabajo con el apoyo de Saneamiento está haciendo reuniones que integran lo que puede llamarse el sector oficial (salud y trabajo) al sector empresario y al sector trabajador.

Respecto de los plaguicidas hay programas con Agricultura; los problemas de plaguicidas son problemas de salud. ¿Cuántas personas, cuántos obreros rurales usan plaguicidas o pesticidas de cualquier tipo sin ningún conocimiento, sin ninguna ayuda? Salud puede contribuir a que ese trabajador reciba entrenamiento adecuado en coordinación con los organismos de trabajo, con los organismos empresarios, llegando al obrero y a su familia.

Otro conjunto importante de graves problemas de salud surgen como consecuencia del emprendimiento de grandes obras. En Salto Grande, por lo menos ya existe una oficina de vigilancia epidemiológica del impacto ambiental, en la cual se ven todos los problemas que hay en la calidad del agua, causados por la represa. Una empresa como la de Salto Grande, que creo que ha gastado 4 mil millones de dólares, ¿no puede gastar unos 60.000 ó 70.000 dólares al año en vigilar un problema que han creado ellos y no pasárselo a Salud para que lo resuelva? Van a hacer Yaciretá, que significa una inversión de unos 12.000 millones de dólares; van a hacer Corpus, todo el Paraná medio... Esto significa que se está cambiando la estructura geográfica del país. ¿No debemos Salud Pública y Saneamiento estar presentes en esos grandes emprendimientos para vigilar todo lo que pueda ocurrir en el ambiente? Estar presentes, prevenir y exigir que inviertan un pequeño porcentaje -ya que ellos ganan mucho dinero- en por lo menos controlar los problemas que ellos mismos crean.

En fin, el campo de Saneamiento es muy amplio y diverso. La contaminación atmosférica y la contaminación hídrica son problemas muy serios. Saneamiento debe moverse y buscar un criterio fundamental según el cual lo primordial sea estudiar la solución de los problemas para que esas soluciones puedan ser implementadas por quien sea, porque nunca Salud Pública va a tener la capacidad de hacer saneamiento, pero sí tiene la capacidad tecnológica para promover el saneamiento, y no con palabras sino con soluciones que deben ser estudiadas por los técnicos.

## VIII. Situación del sector productor de insumos

Dr. Carlos Canitrot (Coordinador del Programa de Tecnología Médica Argentina)

Mi tema de exposición es Tecnología Médica. A manera de presentación, quiero señalar que estamos trabajando con la colaboración y asistencia técnica y financiera de la OPS. Hemos creado una organización que es el Programa Técnico o Programa Médico en Tecnología Argentina, PROTE-MA. Naturalmente, la colaboración de OPS es fundamental para lo que estamos haciendo.

Existen muchas definiciones de Tecnología Médica, y según dónde se ponga el acento se tiene una concepción distinta. Así, se puede hablar de tecnología y dependencia, poniendo énfasis en los procesos de investigación, producción, comercialización, etc., respecto de los cuales la capacidad y la supremacía de los llamados países centrales o altamente desarrollados es cada vez mayor en comparación con los nuestros.

Se puede también hablar de tecnología y ciencia, y dar prioridad a todos los aspectos de generación y difusión del conocimiento tecnológico. La referencia también puede estar centrada en tecnología y organización de la atención médica, poniendo el acento en los costos, la demanda y el uso superfluo de equipos altamente sofisticados.

En verdad la tecnología presenta múltiples fases para su análisis, entre ellas, el papel regulatorio del Estado, la evaluación de calidad, los aspectos éticos, y muchos otros que no es el caso detallar en esta presentación. Yo sólo quiero referirles a ustedes algunos problemas relacionados con el estudio exploratorio que estamos llevando a cabo actualmente.

Voy a arriesgar una definición que en realidad es una simple presentación de los elementos centrales que intervienen en el escenario tecnológico. Para nosotros tecnología es el conjunto de dispositivos y procedimientos usados en la atención médica, así como la organización y los sistemas de apoyo a través de los cuales este cuidado médico es provisto. Es decir que estamos hablando de una tecnología de productos que se traducen en máquinas -ya vamos a ver con más detalle todo esto- y una tecnología de procesos. Un producto típico -ya se ha dicho- es la máquina, pero entre las tecnologías médicas también hay que incluir el instrumental, las prótesis y órtesis, los reactivos *in vitro*, el mobiliario médico, y una serie de insumos de vidrio, caucho, plástico o textiles. Un proceso típico es un *know-how*, es decir, una forma de hacer algo, generalmente patentada. La organización de un sistema, por ejemplo, es una tecnología lógica. Algunas veces a estas tecnologías de proceso o lógicas se las subvalúa frente a la tecnología de productos, como es un tomógrafo computado o una resonancia nuclear magnética; en realidad no debería ser así. Para evaluar la importancia que pueden tener en el futuro de la Salud Pública estas tecnologías lógicas, suelo dar el ejemplo del proceso de descomposición y recomposición del ADN (ácido desoxirribonucleico) que permitirá en un futuro próximo descifrar y leer el código genético para cada persona y constituirse en el cambio más formidable de las sociedades futuras.

¿Cuáles son el origen y el carácter de nuestra investigación?

Naturalmente comienza con el análisis del proceso de desarrollo tecnológico, a través de una investigación colaborativa regional propuesta por la OPS en febrero de 1985. Costa Rica, Cuba, México, Colombia, Uruguay, Brasil y Argentina son los países que, en principio, estarían de acuerdo en desarrollar una metodología en esta materia. En representación de Argentina, nosotros mantenemos contacto con la mayoría de estos países. Nuestro interés central, y esto hace al carácter de la investigación, es estudiar el papel de las organizaciones del Estado en la promoción, formulación, implementación, evaluación y control de las políticas y los programas de tecnología médica. Es decir que lo que nos interesa como resultado último de esta investigación es obtener una serie de propuestas concretas en materia normativa, o de modelos de organización y funcionamiento del Estado, de sistemas de información, de programas de capacitación y de mecanismos de regulación. Abreviando todavía más, pensamos que el interés no está en poner un "paper" o un informe en algún lugar del mundo, sino en buscar la forma de que para 1987-1989 la Argentina tenga un sistema que le permita desarrollar capacidad tecnológica autónoma. Esto es investigación-acción, no es investigación-teoría. Por supuesto que la teoría está presente, pero la idea última es producir una acción concreta en el país. Es preciso saber, en primer lugar, qué papel debe desempeñar el Estado para regular el proceso de desarrollo tecnológico; en segundo lugar, cuáles son los instrumentos idóneos para llevar a cabo una política pública y cómo ponerlos en marcha; en tercer lugar, cuál es la organización más apta para hacer que este desarrollo de la capacidad tecnológica nacional sea viable a corto plazo. Pensamos en un trabajo que no va a durar menos de tres años y en este momento estamos, fundamentalmente, en la fase exploratoria.

A los efectos de estudiar algún fenómeno se suele hablar de tres fases: la fase exploratoria, la analítica y la normativa. En realidad, esta división taxativa sólo sirve a los efectos de ordenar las etapas de trabajo, ya que cuando se explora algo se está proyectando, concomitantemente, la elaboración de una buena base de datos y, de alguna manera, está comenzando el proceso de normatización.

Por lo tanto, yo diría que básicamente estamos en la fase exploratoria, y en los años sucesivos completaremos el análisis de cada aspecto en particular y elaboraremos un cuerpo de normas.

Cuando hablamos de dispositivos médicos incluimos las máquinas, las partes y accesorios de esas máquinas, los insumos que pueden necesitar los equipos -ya sea reactivos, placas, soluciones para diálisis, pastillas de cobalto, etc.-, el instrumental, las prótesis y órtesis, y el mobiliario y equipamiento rodante. Es decir que cuando hablamos de dispositivos como instrumental físico, hacemos referencia no sólo a máquinas o aparatos sino a todo lo necesario para que estas máquinas funcionen. El número de dispositivos que existe en el mundo es del orden de los 8.000 a 10.000, y si se incluye marcas y modelos, del orden de los 40.000, lo que pone de relieve su grado de complejidad. Además de estos 10.000 dispositivos distintos, debe tenerse en cuenta el acelerado ritmo de innovación tecnológica que, según datos de la Office of Technological Assessment (OTA), alcanza a los 5.000-7.000 dispositivos emergentes cada año. Algunos de ellos reemplazan a los viejos y otros crean nuevas capacidades tecnológicas. Este incremento notable de 5.000 a 7.000 dispositivos por año, responde en buena medida a avances que se producen en otras ciencias o para otros fines, y que por diseño industrial estamos usando cada vez más en medicina; no es otra cosa la resonancia nuclear

magnética, sino un singular diseño de ingeniería que aplica conocimientos ya disponibles en el arsenal científico de la sociedad.

Nosotros, para tener estas máquinas, estas partes, accesorios, insumos, instrumental, etc., necesitamos básicamente importarlas. Y si realmente no queremos crear una dependencia muy grande con los demás países, debemos tratar de producirlas y exportarlas. Quiero referirme brevemente al tema de la producción, importación y exportación. ¿Qué está pasando en la Argentina? Se los voy a contar con la experiencia del que fue viendo las cosas. Comenzamos a trabajar en tecnología acuciados por la aparición de todos los nuevos aparatos: 48 tomógrafos computados en el país, y casi todos en la Capital; 90 cámaras Gamma, etc. Empezamos, como se ve, con la altísima tecnología de punta. Después, cuando nos tocó actuar en la Subsecretaría de Regulación y Control, conseguimos, a través de un decreto, que nos dieran la responsabilidad de aprobar en calidad, necesidad y precio, las Declaraciones Juradas de Necesidad de Importación (DJNI) de medicamentos y de tecnologías. Creímos que esas declaraciones juradas iban a referirse fundamentalmente a medicamentos y drogas, porque lo que nos interesaba, en esa etapa, era conocer el precio de referencia frente al precio de transferencia, es decir, averiguar el precio internacional en los grandes países proveedores de drogas (referencia) y el precio de importación que aparecía en la declaración jurada de necesidad de importación (transferencia). Ahí descubrimos una cosa muy importante, que es la sobrefacturación.

Lo que no sabíamos en ese momento era que de cada diez declaraciones juradas de necesidad de importación, la mayoría solicitaban artículos de tecnología médica. Nos encontramos con que lo que se importaba no sólo tenía que ver con la tecnología de Siemens o Toshiba, sino que también se importaban, y esto es lo que llama la atención, cubreobjetos, portaobjetos, hisopos, ligaduras, ataduras, mariposas (el "butterfly"), jeringas descartables, cosas que la Argentina está en condiciones de producir. Para dar un ejemplo, nos tomamos el trabajo de analizar un listado semanal que Comercio Exterior posee de los certificados que se aprueban de DJNI y encontramos que, en la semana que va del 12 al 18 de febrero, se presentaron solicitudes de importación en todas las posiciones arancelarias (30, 38, 48, 70, 90 del NADI -Nomenclatura Arancelaria de Importación-) que corresponden a la tecnología médica, por un total de 3 millones de dólares. En esa semana, que fue elegida totalmente al azar, aparecieron solicitudes de importación de seis ecógrafos ALOKA modelo SCD-260. Lo que llamó la atención es que el precio de importación de esos ecógrafos era de 4.000 dólares cada uno, lo que hace pensar seriamente si no se está subvaluando los equipos para evitar el pago de impuestos y derechos. Además, aparecen once ecógrafos portátiles, lo que significa que solamente en esa semana se solicitó la importación de 17 ecógrafos.

Sin embargo, de esos 3 millones de dólares de certificados de importación para esa semana, 2.800.000 dólares (más del 90%) son para los siguientes rubros: ligaduras, suturas, material para obturaciones dentales, bolsas de colostomía, jeringas, agujas, catéteres, reactivos, "butterflies", otros descartables, sondas, etc., y 200.000 dólares para fibroscopios, lámparas de hendidura, nefroscopios y los ecógrafos a que hice mención antes. Hay dos fenómenos importantes, uno, que estamos ante una suerte de importación ciega; no hay nadie que controle para qué traemos ecógrafos en esa cantidad. Sin duda la importación responde a una política de mercado y de rentabilidad más que a una necesidad de salud.

Lo importante es que la gente que decide sobre esto, no tiene la menor idea de cuáles son las necesidades en materia de salud, porque son gente de comercio, y no tienen por qué entender los aspectos sanitarios. Y el segundo problema que presenta este listado es que 2.800.000 dólares correspondieron a tecnologías de mediana o de baja complejidad que se podría producir en el país. Bolsas de colostomía, jeringas, ligaduras, suturas, no creo que sean artículos que la Argentina no pueda producir. Hemos detectado alrededor de 360 empresas -seguramente hay más-, algunas de las cuales se dedican de manera directa y exclusiva a producción y comercialización de tecnología médica y otras lo hacen en forma tangencial, fundamentalmente aquellas que trabajan en algunos insumos importantes como vidrio, plástico, material textil, caucho (por ejemplo Rigolleau, Pirelli), cuyo interés principal es otro pero, paralelamente, hacen producción de tecnología médica.

Toda aquella empresa o país que alcanzó, a través de la investigación, una capacidad suficiente de desarrollo en materia tecnológica, naturalmente trata de asegurar su ventaja competitiva en el mercado a través de regímenes de patentes, licencias, contratos de know how, marcas, concesiones, etc., proceso que configura un capítulo especial denominado transferencia de tecnología, que recién ahora estamos empezando a conocer.

¿Por qué es importante conocer las condiciones de la transferencia? Porque el secreto industrial y comercial en cierta forma obliga al país a hacer las cosas de una determinada manera y por un número determinado de años. Yo, por ejemplo, puedo adquirir cierta capacidad para hacer partes o ensamblar determinados equipos, pero hago un contrato o adquiero una licencia, por el cual me avengo por un determinado número de años a hacer eso. Y si al año, por ejemplo, gracias a una buena política de desarrollo, ya estuviera en condiciones de producir las partes que importo, no lo podría hacer porque existe ese contrato de por medio.

Hay ejemplos muy interesantes, como el de un producto muy conocido, un medicamento, que aplica un nombre fantasía a la droga y, naturalmente, no está registrado en la farmacopea de ningún país del mundo. Los dueños de este laboratorio no le quieren cambiar el nombre a la droga, y nosotros decimos que no puede ir en el formulario terapéutico un producto cuya droga es fantasía. Es muy probable que sea uno de estos tipos de contrato -recordemos lo de la Coca-Cola y la fórmula privada- el que esté forzando a que no se entregue la fórmula magistral con la cual se hace el producto. El grado de dependencia que puede alcanzar el país es enorme si no empezamos a estudiar esto en serio.

Otro aspecto de la cuestión es quién adquiere la tecnología. Puede ser un profesional, las clínicas, los sanatorios, las obras sociales, el Estado, las empresas productoras y comercializadoras o los distribuidores. Lo que hemos visto muy claramente es que casi el 90% de toda la tecnología de punta va a parar al sector privado y a las grandes áreas metropolitanas: Rosario, Córdoba, La Plata o Buenos Aires. No me quiero extender sobre esto pero algunos recordarán que hace 25 años los sanitarios decíamos que el sector público era más caro porque tenía la alta complejidad. Bueno, ahora el sector público no tiene en absoluto la alta complejidad, que está ubicada en el sector privado, así que se tendrá que estudiar por qué igual sale más caro.

Quiero referirme brevemente a los operativos de trámite. Existe la

declaración jurada de necesidad de importación, la nacionalización, el giro de divisas, carta de crédito, compra nacional, regímenes especiales, regímenes de protección nacional, registro nacional de patentes y marcas, etc., todos requisitos necesarios ya sea para la producción nacional o para la importación/exportación.

Lo que quiero hacer notar es que todas esas instituciones en las que el Estado abre ventanillas, son distintas áreas de competencia de gobierno y, por lo tanto, cada una tiene su propia normativa y, si no, su propio criterio (basado en sus usos y buenas costumbres), sin actuar con un criterio nacional único. Por parte del Estado -sin mencionar las más chicas-, participan nada menos que siete áreas mayores de competencia. Una es Salud, que aprueba las declaraciones juradas de necesidad de importación, excepto las automáticas; otra es Comercio Exterior, que autoriza la importación-exportación; una tercera es Industria y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), en particular, que están ocupados en la parte de producción y registro de transferencias; otra es Comercio Interior, al que le corresponde lealtad comercial y política de precios; otra es Hacienda, y la Aduana, que también depende de Hacienda y es prácticamente la única que sabe realmente cuáles son los despachos a plaza que se hacen; Ciencia y Técnica es otra área de competencia que tiene que ver, como su nombre lo dice, con todos los aspectos de generación de conocimiento y desarrollo tecnológico. Y, por último, la Presidencia misma, que tiene bajo su dependencia la Comisión Nacional de Energía Atómica (CONEA), que es una de las que más hacen en el país en materia de control de radiaciones. Es decir que existen siete áreas de competencia de gobierno, y hasta el momento no tenemos una comisión conjunta ni una normativa común. En cambio, para medicamentos fundamos la COINFAR (Comisión Intersecretaral de Industria Farmoquímica y Farmacéutica) para estos fines.

El resultado de todo esto se puede medir a través de algunas consecuencias. Hay empresas que están produciendo prototipos de tecnologías de alta complejidad (aceleradores lineales) y carecemos de una tecnología propia para fabricar tubos de Rayos X. Muchos de estos prototipos no alcanzan la etapa de producción industrial, porque se carece de una política integrada (programa de desarrollo industrial) para hacerla posible. A su vez, carecemos de un conocimiento preciso del tamaño del mercado nacional y latinoamericano para encarar planes de mayor envergadura. Por último, y para agregar un ejemplo más, hay empresas con capacidad suficiente para producir tecnología de mediana y alta complejidad (equipos radiológicos de 500 MA con seriógrafo, etc.) que trabajan básicamente para la exportación. Mientras tanto, el país debe importar esos mismos equipos para su uso interno.

Se tiene la sensación de que algunas empresas encuentran rentabilidad colocando estas tecnologías en el exterior, pero no para la Argentina. En suma se podría ejemplificar con otros casos, pero lo cierto es que no estamos trabajando de manera armónica e integrada en el desarrollo de una capacidad tecnológica autónoma para el país.

En otro orden de cosas, quien incorpora una determinada mercadería debería hacer una selección. Pero no hay gente que la haga. En algunas provincias -una creo que es Tucumán y la otra Entre Ríos- existe lo que llaman el bioingeniero, que cumple esa función. El problema no es exclusivamente de mantenimiento. En primer lugar, se compran mal los equipos, no hay nadie que sepa decir qué equipo comprar, cómo seleccionarlo, y

que hay que tener en cuenta, por ejemplo, que la fábrica proveedora cuente con servicio posventa, que es uno de los problemas nacionales por cuya causa, en algunos rubros, tenemos el 50% del parque tecnológico en desuso. Selección y desarrollo de esos equipos (es decir, para qué sirven, qué otras prestaciones complementarias pueden brindar, cómo se los puede usar a pleno, etc.), conservación y mantenimiento, etc., son actividades que deberían encararse a través de un nuevo tipo de personal.

Todavía no contamos suficientemente con este recurso; estamos pensando en realizar un taller que reúna a una serie de ingenieros y técnicos, que ya actúan en este campo, con la finalidad de desarrollar esta nueva disciplina y jerarquizarla. Además, para que no tengamos el 50% del parque parado. En otro orden de cosas, el Estado funciona como protector del consumidor, es decir del paciente, que es la razón última de todo esto. En ese sentido es necesario desarrollar sistemas de habilitación, de categorización y de acreditación de equipos de tecnología. Una vez comprados, ¿cómo se los habilita? ¿Qué tipo de pre-mercado (premarketing) va a existir? ¿Cualquier equipo es igual a otro?

En la última reunión en Washington, la Argentina, dirigiéndose a los países más desarrollados, preguntó si las reglas que aplican para el consumo interno también operan para los equipos que exportan. No hubo respuesta. Cuando repetimos la pregunta, dijeron: "para el consumo interno las normas las establecemos en el país de origen, para el consumo externo, las normas debe establecerlas el país de destino". En Argentina, lamentablemente, si el producto tiene una marca japonesa o alemana ya es suficiente y nadie evalúa si viene en condiciones. Lo mismo ocurre en el ámbito de la producción nacional, donde no hacemos ninguna clase de pre-mercado; el control que se realiza con las drogas en los certificados, no se efectúa con los equipos. ¿Quién nos garantiza que un acelerador lineal no tiene problemas serios en materia de seguridad? ¿Quién garantiza que, al no categorizar los equipos, no se corra el riesgo de importar chatarra tecnológica, ya que el Nomenclador Nacional paga el mismo precio por una prestación generada por equipos modernos y obsoletos? ¿Quién garantiza el uso apropiado de estos equipos, ya que finalmente es el profesional actuante quien efectúa la interpretación de las imágenes obtenidas?

Por último, ¿quién garantiza que el número de equipos que importamos responda a las necesidades reales del país y no haya sobre o subequipamiento? Estas dos últimas preguntas están relacionadas con dos aspectos fundamentales para el proceso de desarrollo tecnológico médico. Uno es la acreditación y el otro la fijación de criterios de necesidad. En materia de acreditación, no contamos con un sistema nacional que certifique el nivel del profesional que ejecuta estas prácticas tecnológicas. Algo se hace en el país en materia de habilitación, pero muy poco o nada en materia de evaluación del funcionamiento de estos dispositivos, que es una de las metas perseguidas por la acreditación.

En cuanto al certificado de necesidad, es una medida que no se ha puesto en práctica en el país. Años atrás hubo, en efecto, una resolución que cuando salió, daba cifras que ya estaban largamente superadas. Hablaba de un tomógrafo computado por cada 2 millones de habitantes, y ya había, para esa época, uno cada 560.000 habitantes. El certificado de necesidad existe, por ejemplo, en Estados Unidos (Certificate of Need), donde no se puede instalar un equipo en zonas en las que esté saturado el mercado. Acá ni siquiera hemos estudiado a fondo qué es saturar el

mercado, es decir, cuáles son las tasas de demanda y patologías que pueden acceder a estos equipos. Y nos está empezando a ocurrir con la resonancia nuclear magnética lo que antes nos había sucedido con los tomógrafos computados, es decir, incorporamos al país un número grande de equipos sin el suficiente estudio de necesidad, y las curvas de incorporación parecen responder a criterios de rentabilidad más que a razones de necesidad y eficiencia médica. Esto es grave; deberíamos crear algo equivalente a un certificado de necesidad para poner un tope a cada uno de estos equipos.

Finalmente quiero considerar todo esto desde el punto de vista del usuario. En nuestra preparación de programas y políticas de gobierno nos hemos fijado cinco objetivos fundamentales. Uno es seguridad; en toda intervención médica existe un riesgo que debemos tratar de evitar al máximo a través del control manufacturero, de importación y de evaluación periódica de los equipos. El segundo es eficacia, medida en términos de resultados. En Argentina cualquier equipo que ingrese al país se considera eficaz (acá se usan equipos y medicamentos que están cuestionados en otros países). El tercero es eficiencia, en términos de costo-beneficio. El cuarto es accesibilidad y equidad. Les confieso que, estando todavía en la Secretaría, cuando apareció la resonancia nuclear magnética, tuve un problema personal de definición. La resonancia nuclear magnética creo que con el tiempo va a reemplazar toda la radiología tradicional. Sin embargo, si tenemos que dar las autorizaciones, lo primero que debemos hacer es invertir en algo que pueda servir al país, al sector público y privado, en común acuerdo con todas las provincias. Se plantea un problema de accesibilidad y equidad, es decir, muchos de estos equipos de alta capacidad tecnológica evidentemente están sirviendo a ciertos grupos o clases sociales que tienen una situación económica o una cercanía geográfica que les permite usarlos. Y muchos, asimismo, se están usando algunas veces para fines totalmente secundarios.

Y, por último, el quinto punto que queremos desarrollar en la política nacional es un programa de tecnología apropiada. Hay problemas médico-sanitarios cuya superación requiere de niveles de resolución tecnológica mucho más bajos; en el país tenemos suficiente capacidad para desarrollarlos y no lo hacemos. Estoy pensando en el tétanos del recién nacido, en infecciones del cordón, en aguas arsenicales, en algunas de las parasitosis regionales como el Chagas. Debemos por ejemplo encontrar un mecanismo mucho más adecuado para desarrollar tecnologías aptas para medir los índices de infección en una zona. La pregunta es cómo desarrollar ese nivel de resolución tecnológica básica. En otras palabras, cómo innovar y producir tecnologías que nos sirvan para combatir más eficientemente endemias y otras contingencias que afectan la salud comunitaria. ¿Por qué no gastamos cierto dinero, ingenio, creatividad y energías en desarrollar tecnologías apropiadas de atención primaria? Son proyectos que seguramente van a demandar algo más de tres años, porque no es fácil llevarlos a cabo; hay que recorrer el país, hacer un buen "barriido" para detectar los problemas principales, y después interesar a los distintos equipos de investigación y desarrollo para que empiecen a trabajar sobre ellos.

He intentado mostrar un panorama general. Toda esta temática la hemos dividido en tres grandes subprogramas; el subprograma de políticas, incluyendo el análisis institucional y el marco legislativo; el subprograma de estudios de oferta, que es el estudio económico industrial de que hablamos antes, y el subprograma de uso médico. Pretendemos encarar

estos tres subprogramas, concomitantemente, y cooperar con las autoridades sanitarias del país en la puesta en marcha de una política de innovación, producción, control y evaluación viable, útil y realista en materia de Tecnología Médica. Muchas gracias.

#### Debate

##### Dr. Enrique Tanoni

Quisiera hacer un comentario que sigue la misma línea del Doctor Canitrot sobre el uso de la tecnología. Creo que debemos analizar en profundidad cuáles son las madres de los borregos porque, en algún momento, alguna gente, haciendo un análisis muy superficial, entendió la tecnología como perversa en sí misma. Es decir, que ella misma era la que ocasionaba esta problemática. Ahora estamos haciendo un análisis del uso de la tecnología y estamos tratando, por vía de los mecanismos de control del Estado -la normatización, la regulación, la acreditación o la certificación de la necesidad- de frenar lo irracional en el uso de la tecnología y en la introducción de la tecnología en el país. Creo que debemos ir un poquito más allá y considerar que quienes fabrican y venden la tecnología no solamente conocen cómo generarla, cómo perfeccionarla y hacerla más sofisticada, sino que han exportado a todo el mundo un sistema capaz de comprar esta tecnología, muy por encima de los niveles de necesidad, para mantener el hiperconsumo que les asegure el financiamiento y el poder de fábrica suficientes para mantener la hegemonía mundial. Sueno un poco escéptico en lo que se relaciona con los mecanismos de control que se puedan establecer, pero yo, directamente, mataría el perro para acabar con la rabia. Es decir, mientras en el país persistan los modelos de atención de la salud que se han impuesto en las últimas dos décadas, el hiperconsumo de tecnología y medicamentos va a seguir tranquilamente por su camino. El 60%, y a veces más, del gasto de salud lo ocasiona la tecnología de diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, tendríamos que centrar el peso de la acción estatal y la acción ideológica en el rechazo total de los modelos importados de organización y venta de atención de la enfermedad.

En nuestra provincia decidimos que la tecnología mediana y alta de diagnóstico y tratamiento la administre directamente el Estado, y debemos tener la suficiente agresividad para competir en un mercado que tiene valores éticos y morales en la administración que son bastante bajos. El gran problema es que el Estado, como se ha dicho muchas veces aquí, es ineficiente para administrar este tipo de tecnología; los equipos se rompen con una velocidad asombrosa, no existe posibilidad de recuperación de la aparatología y ésta se vuelve inútil. Pero hay dos cosas que me gustaría que no las aceptemos tan alegremente -esto se ha repetido muchas veces en el transcurso de este seminario-: primero, es mentira que el Estado tenga un alto costo; los costos de la atención médica en los servicios públicos que están medianamente organizados son tres, cuatro y cinco veces menores que los del sector privado hiperconsumista y mercantil. En cuanto a la ineficiencia, depende de la forma; yo creo que no es el Estado el ineficiente, ineficientes e ineficaces son las personas que ocupan los estamentos de gobierno en la operación del Estado. O sea que nosotros hemos adoptado la figura de la constitución de la sociedad del Estado, donde articulamos la seguridad social con el Estado para la adquisición y operación de la tecnología. De frente y sin ningún pudor, porque lo que pasa es que en el país tenemos demasiado pudor y demasiada

vergüenza, los únicos que no tienen vergüenza son los mercachifles; entonces, operamos con sociedad del Estado y compramos la tecnología, compramos el tomógrafo y nuestro tomógrafo tiene un costo de operación bajísimo, incluso cobramos tomografías por debajo de los valores INOS, porque amortizamos el equipo en dos años, mantenemos el costo de operación con rentabilidad cero, por lo tanto, estamos haciendo la tomografía en Salta y para todo el norte, accesible a cualquier ciudadano.

Dr. Carlos Canitrot

¿El Estado se hace cargo de todo lo que es mediana y alta complejidad, de todo lo que es prepago? ¿Puede ocurrir que en Salta algún privado instale un equipo y lo ponga a funcionar?

Dr. Enrique Tanoni

Directamente ese equipo no puede entrar; incluso había un equipo ya embarcado para Salta al que desembalaron en otro lado del país porque llegamos primero nosotros con la tecnología. Si hubiese estado la tecnología instalada ya en los sistemas de prepago, en cualquier sistema privado, nosotros hubiésemos entrado con las mismas pautas éticas y morales con que se manejan ellos, pero en función del bien común, y si había que hacer dumping hacíamos dumping. Ahora no entran porque no resulta rentable, ya que nadie es tan tonto como para pagar tres o cuatro veces más a un tomógrafo comercial, y, aparte, porque no existe ninguna necesidad de hacerlo. Dos tomógrafos estaban ya listos para instalarse en Salta e iban a competir entre ellos pero desistieron y el único que funciona es el nuestro. Igualmente estamos trabajando con ecografías y hemodíalisis y vamos a comenzar a trabajar ahora también con hemodinamia y con la parte de uso de material radiactivo en el diagnóstico. Pero esto necesita una explicitación muy clara, también necesita una defensa política muy clara de las estrategias que se adoptan. Es increíble el apoyo que obtiene este tipo de estrategia cuando se la explicita con claridad, así tal cual lo estamos haciendo. Lo que pasa es que hay mucha gente que insiste -lo escuché recién aquí- en que el Estado es ineficiente, que tiene costos altos, que no puede operar tecnología, y que si ni siquiera puede operar un simple microscopio, cómo va a operar un tomógrafo. Y seguimos repitiendo esas cositas que son las que inventaron los que rifaaron al país, los que importaron el modelo de atención médica que impusieron en el país a contrapelo de la historia, en contra de la voluntad de la mayoría popular en la República Argentina. Entonces, como síntesis, no nos esforcemos tanto en el control de la incorporación de tecnología, el control se va a realizar solo cuando el uso de la tecnología no sea más rentable que poner una fábrica de zapatillas.

Dr. Carlos Canitrot

Una pregunta más. ¿Hay algún cuerpo de legislación o resolución que ampare las medidas que ustedes han tomado con la obra social provincial?

Dr. Enrique Tanoni

La figura jurídica está contemplada en la Constitución de Salta. La

reforma sanitaria de Salta comienza incluso por la reforma de la Constitución de la provincia. Quien pretenda efectuar reformas sin modificar los estamentos legales básicos del país creo que está muy equivocado, hay que empezar la reforma de la Constitución para explicitar derechos y garantías de los ciudadanos que no están suficientemente asegurados, o que si lo estaban se ocuparon de hacerlos volar de las constituciones populares. Después, el cuerpo legal es una serie de leyes, producto de potestades provinciales que van configurando un sistema de salud muy racional y lógico. Uno de ellos es una ley que establece que todos los efectores del Estado son prestadores de servicios a las obras sociales. Es decir, sin ningún tipo de discriminación, del más pequeñito al más grande, y sin ningún tipo de acreditación previa. Al que le guste bien y al que no le guste no importa, porque de todas maneras el sector privado que se instaló en la provincia de Salta tampoco hizo ningún tipo de acreditación previa para funcionar como tal. O sea que usamos el mismo nivel de dureza en la norma técnica y jurídica. Cuando nos atropellaron con esto de que no pueden ser prestadores los servicios públicos porque son malos (según los liberales los servicios públicos son malos, son ineficientes y caros, este es un verso que ya estoy cansado de escuchar en el país, me indigna oír que se sigue repitiendo, y sabemos con qué fines se repite), dijimos bueno, establezcamos la norma pero ley pareja no es rigurosa, se acreditan todos, los privados y los públicos y ahí se acabó todo. Entonces existen leyes que regulan y estos efectores públicos son prestadores de todo el sector privado, de obras sociales, del hospital público con la configuración de la sociedad del Estado. La sociedad del Estado está prevista en la Constitución de la provincia de Salta y tiene otras reglas que van articulando su formación. La que nos está dando buen resultado es la articulación de la obra social provincial con el Estado como socios únicos y mayoritarios de la sociedad del Estado para la administración de tecnología. Y la vamos a utilizar también para instalar la primera "fábrica" de medicamentos; es decir, el Estado, a través de esta sociedad, va a asumir la responsabilidad de fraccionar por lo menos el 70% y comprar el medicamento, fraccionar el medicamento y el 70% de los items del vademécum que también está impuesto por ley en la provincia de Salta. Con esto vamos a reducir los costos de operación del sistema de salud, aproximadamente en un 30%.

#### Comentario

Yo quiero mencionar que mientras escuchaba al Doctor Canitrot pensaba en la oportunidad de la aplicación de los resultados de ciertos estudios e investigaciones y me preocupaba el plazo que él mencionó de tres años para lograr resultados. Me preocupa por la inserción de un programa de construcción de hospitales públicos, a los que hay que equipar, y no solamente en términos del equipo pesado o de instrumental de tecnología para diagnóstico y tratamiento, sino también por los modelos organizacionales que implican toda una tecnología innovadora en el funcionamiento de estos hospitales y que, si no se lo piensa bien, se perdería una gran oportunidad para el nuevo escenario de cambio que queremos lograr cuando estos hospitales estén funcionando. Se me ocurre, también que no debiéramos dejar pasar esta oportunidad de articular las acciones ya que estamos pensando en cosas complementarias o parecidas, de lo contrario estaríamos comportándonos como esos operadores del Estado que mencionaba Tanoni, que hacen que este aparezca como ineficiente, lo cual también es un bleuf, porque sustenta la eficiencia de otro sector que puede operar a costos/beneficios razonables, dado que existe otro que

está solventando otras actividades. Digo lo anterior porque me parece que debiéramos articularnos en la medida en que tengamos que desarrollar tecnología innovadora de organización y un modelo de equipamiento para que el modelo prestador que queremos lograr para el futuro esté racionalmente pensado hacia el cambio en la atención de la enfermedad y atención de la salud.

#### Dr. Carlos Canitrot

Cuando decimos tres años -y ya llevamos uno- lo que nos proponemos es terminar en ese tiempo con una propuesta que puede ser o no una ley, o puede ser parte de distintas leyes, leyes de exportaciones, de comercio nacional, etc.; queremos un tratamiento para lo que es tecnología médica. No queremos que las normas específicas de tecnología médica referidas a comercio exterior o a producción se traten con ligereza. La idea no es solamente que salga la ley; la idea es capacitar a cada uno de los funcionarios que va a tener que actuar en cada una de las áreas, relacionarlo con los demás, compatibilizar el trabajo de uno con otro. Todo eso está en nuestro programa médico y es un punto prioritario. Queremos desarrollar una tipología no sólo de equipos médicos y aparatos, sino de partes y accesorios. Tipología que llamamos ficha médica y técnica, que incluya no solo indicaciones y contraindicaciones clínicas sino un detalle de sus especificaciones técnicas, de la posición NADI por la cual se importan sus partes, de los repuestos que hay en el país, del grado de obsolescencia que puedan poseer, etc.; esto para nosotros es tipificar técnicamente. Cuando terminemos ese trabajo de tipificación, que no va a durar tres años, probablemente estaremos en condiciones de decir con claridad cómo se debe equipar cada hospital.

#### Comentario

Preocupa mucho el hecho de que los llamados a licitación se puedan empezar a armar con mucha prelación al momento de compra del equipo. La falta de tipificación, por ejemplo, o el hecho de no diferenciar un ecógrafo de otro en términos de calidad, en términos de vida útil, de capacidad de service y de acceso a los repuestos, trae aparejado el peligro de construir un programa de equipamiento cuyo impacto en los sistemas de salud provinciales puede llegar a resultar dentro de diez años en que alguien diga exactamente lo mismo respecto de los once hospitales que hoy hay que equipar.

#### Dr. Abraam Sonis

El Dr. Canitrot hablaba hoy de todas las instancias gubernamentales que intervienen en lo que hace a tecnología. A mí lo que me preocupa es la esquizofrenización de la instancia salud en la República Argentina. Cuando escucho a la Licenciada Niremborg, que está en un programa en el cual hay gente de primera línea -y en tecnología también está trabajando gente de primera línea- y escucho lo que acá se dijo, me pregunto si necesitábamos este seminario para que se diga esto; ¿necesitábamos esto en la República Argentina para no hacer once hospitales en los que después nos pase como el famoso ejemplo que recordábamos con Canitrot de un hospital en Venezuela al que proveyeron con una barredora de nieve? Entonces me pregunto cómo se está realizando la compra de equipos, quién la

está determinando, quién la maneja. Por otro lado, toda esa riqueza de información y conceptualizaciones que está surgiendo del trabajo que está haciendo en la OPS el grupo del Dr. Canitrot, y las experiencias en las provincias, como las que comentaba el Dr. Tanoni que se está haciendo en Salta, ¿cómo vamos a hacer para unirlos? ¿Cómo hacemos para no encontrarnos dentro de diez años diciendo lo mismo? Cuando pensamos en esas dos décadas que perdimos, como dice el Dr. Tanoni, no podemos repetir ahora la compra de equipos como se hizo cuando se equipó el Hospital Pediátrico, porque esos equipos se compraron en determinadas condiciones del país, por parte de un grupo que no sabía nada y con un gobierno totalitario, y se movían detrás una serie de intereses totalmente opuestos a los nuestros. Entonces, ¿cómo hacemos para articular esto? Creo que el problema está ahí y este papel de catalizadora que hace la Oficina Sanitaria poniendo en contacto a los distintos grupos nacionales que trabajan en esto es de suma utilidad. Pero ¿cómo hacemos de ahora en adelante? ¿Qué tenemos que hacer? Hoy decía el Ingeniero Muñoz que había ejemplos de tratamientos de determinados servicios en salud ambiental que eran conocidos en otros países y no en la Argentina. ¿Cómo hacemos para conocerlos nosotros? ¿Qué necesitamos? ¿Un fichero con fichas perforadas donde conste lo que se está haciendo? No pensemos en microcomputadoras porque, a lo mejor, es demasiado, pero ¿en qué nivel está la articulación de esto? ¿En los niveles altos, en los intermedios, en los niveles técnicos o en los técnico-políticos?

#### Dr. Henri E. Jouval

Como se decía ayer, se está abriendo una puerta en relación con un área de trabajo, y esa apertura brinda la posibilidad de configurar un cuerpo doctrinario, una línea de trabajo relacionada con este momento del sector salud en la Argentina. Esta reunión puso en evidencia muy claramente que es necesario seguir con una reflexión crítica, teórica, a mediano plazo, integradora. El Dr. Tanoni habló de una línea que sostiene que el Estado tiene que incorporar tecnología más compleja; por otro lado, el área de economía planteó ayer que la opción era si se invertía en grandes hospitales o en pequeñas unidades. Es posible que en este tipo de interrogante económico los economistas estén pensando en un modelo prestador que más o menos coincide con el que ha dibujado el Dr. Tanoni. Pero también puede ser que sea apenas un interrogante, una formulación y una propuesta que parte desde el propio sector salud hacia el área de economía.

Cuando empezamos a discutir regionalización de servicios de salud, lo hicimos a partir de las necesidades básicas de baja tecnología. En ese sentido, quiero dar mi contribución, basada en el programa de la seguridad social de Brasil, en el que se estableció la integración con las provincias. Lo que ocurrió fue que resultó mucho más fácil comenzar a hacer la regionalización a partir de la alta tecnología que de la baja tecnología. Tomamos una población, un área con base poblacional, y teniendo en cuenta las necesidades de inversión que existían en el área, empezamos a hacer los análisis de gastos con los tipos de cobertura, y planificamos la cobertura desde lo más complejo hasta lo menos complejo y no a la inversa. A partir de este tipo de reflexión se pueden empezar a discutir incluso las propuestas clásicas que el sector salud está haciendo desde hace mucho tiempo y que tampoco responden a las inquietudes que el área de economía plantea. No afirmo que el área de economía sostenga que no deben hacerse inversiones de capital intensivo en el sector de salud,

una parte del trabajo, pero lo que hay que ver es qué se puede hacer en un Estado que en este momento está en mal estado, con personal poco calificado, con grandes problemas presupuestarios. Entonces, si hacemos oídos sordos a esa realidad no tiene ningún sentido nuestro esfuerzo. Tal vez el camino que elegimos es bastante más difícil porque nos encontramos con muchas dificultades; sin embargo, nuestro principal objetivo es no hacer la gran revolución normativa sino hacer algo que sea viable, que sea posible.

Dr. Carlos Canitrot

Creo que lo que está faltando en este momento es gente que pueda programar las necesidades de estos hospitales, y las necesidades básicas son tres. En primer lugar, se necesita aptitud para programar; en segundo lugar, aptitud para seleccionar equipos, y en tercer lugar, necesitamos saber qué se debe pedir en una licitación, porque he visto más de un servicio con el parque tecnológico en desuso porque se les olvidó prever que se iban a necesitar repuestos. Algunas veces el equipo ni siquiera fue sacado de sus cajones de envío original.

Dr. José María Paganini

Quiero hacer algunos comentarios. Cuando mencionó el Dr. Canitrot al final de su exposición el tema de la tecnología apropiada, yo estaba esperando que lo hiciese, porque es un tema fundamental. Si pensamos en la extensión de la cobertura, la adecuación del servicio a la necesidad, nos encontramos con que, paradójicamente, los países que están adoptando tecnología apropiada son los países centrales y nos están vendiendo a nosotros la tecnología inapropiada. El caso de radiología simplificada, es un caso clásico y conocido. Ustedes saben que la OMS y la OPS hicieron una experiencia casi única de favorecer el desarrollo de un aparato radiológico que vale tres veces menos que el aparato común, lo maneja un técnico entrenado en una semana, no da radiaciones externas, es decir, se puede instalar incluso en ambientes no protegidos, y resuelve los problemas de la atención del 80% de las necesidades de radiología. Pues bien, casi no hay esos aparatos en Latinoamérica. En Argentina no creo que haya ninguno; teníamos instalados cuatro en Colombia en forma experimental, ahí hicimos la experiencia. No tienen demanda en nuestros países y si los están utilizando los países avanzados. Los tiene Suecia, los tiene una gran cantidad de países, porque resuelven la demanda de la atención ambulatoria, dando respuesta a las necesidades y otorgando calidad a la atención. Sabemos que en este momento no podemos aceptar la extensión de la cobertura sin la calidad mínima de diagnóstico que incluye medicamentos, laboratorio, el otro gran componente del apoyo médico, y radiología. Entonces, el problema del certificado de necesidad, que planteaba el Dr. Canitrot, también debe tener un componente de certificado de propiedad o de apropiado. ¿Cuándo nos vamos a decidir a empezar a trabajar con este tipo de tecnología apropiada masivamente?

Por otro lado, respecto del concepto de tecnología amplio con que se está trabajando, que se superpone en algún momento con otras definiciones, como dijo Canitrot, creo que esa superposición no hace mal sino bien.

Otro aspecto que quiero comentar es sobre la tecnología innovadora

porque no sé si el sector económico recibe informaciones claras sobre los problemas, requerimientos y necesidades del sector salud. Puede ocurrir que el sector salud necesite hacer inversiones de capital intensivo. Por lo menos dentro del sector salud, estos problemas no se están analizando con una profundización y con una proyección más a largo plazo.

No quiero dejar de señalar que hay un trabajo del Congreso Americano que destaca que los diez países centrales, del total de la inversión que hacen en investigación y en tecnología de punta, destinan del 7 al 10% a la tecnología médica o tecnología de medicamentos, y los que realizan la inversión son los propios Estados de esos países. Mi experiencia en la Previdência Social de Brasil, con relación al área de tecnología, es que el tipo de investigación que se ocupaba de las normas de regulación y control por parte del Estado tenía su rol pero era un rol muy poco efectivo frente al problema de controlar la incorporación de tecnología. La Seguridad Social recibía de los sectores económicos indicaciones del monto del cual podría disponer y el listado tecnológico de compras, resultante de los acuerdos macroeconómicos negociados en función de los pagos de la deuda externa, y la alternativa que teníamos era la de elaborar planes sobre esa base. Entiendo que es importante realizar un esfuerzo para evaluar tecnología, para perfeccionar el uso, para mejorar el área de sustitución de tecnología. Pero en el contexto actual de las decisiones en el sector salud, me parece mucho más importante discutir cómo se regionaliza, dónde se incorpora este tipo de tecnología.

Por otro lado, los problemas de los recursos humanos son fundamentales en la consideración de cómo se puede lograr la eficiencia del Estado puesto que es el mismo Estado el que, a causa de la constricción económica, está poniendo un freno en el pago de recursos humanos en el sector estatal global, y por lo tanto en el sector salud. Se debe considerar que el gran costo de la resolutivez por parte de los hospitales tiene que ver con los recursos humanos y no con la tecnología. Eso crea un macroproblema dentro de los planteos del marco económico. ¿Cómo mantener la reducción del gasto público que es necesario desde el punto de vista económico, sin invertir en recursos humanos, en relación a sueldos, dentro del área del sector salud? No hay respuestas para esto. No quiero decir que haya que elegir entre una cosa o la otra, sólo digo que este tipo de reflexión, de profundización, es más que necesario no solamente acá sino en todos los países de América Latina.

Lic. Olga Niremberg

Quiero destacar que frente a la tentación inicial de hacer un trabajo de tipo intelectual, de laboratorio, formular una ley y quedarnos luego muy contentos por haberla hecho, elegimos como metodología un camino diferente y bastante más complejo. Empezamos nuestro trabajo a partir de un reconocimiento de qué están haciendo en este momento distintas áreas de gobierno, qué competencia tienen, qué legislación vigente ampara esa competencia y qué capacidad operativa tienen. Todo lo que se dijo acá lo vimos incluso en relación con otras áreas. El Estado pareciera que es un todo; sin embargo, muchas veces las políticas sectoriales son contradictorias. La Secretaría de Salud es el ámbito propicio para reflexionar sobre eso. El sector salud debe tener una participación activa y el Estado debe regular la tecnología. La cuestión importante es cómo debe intervenir. Porque hacer una ley o establecer una serie de disposiciones es

de organización. Tenemos que empezar a demostrar que nuestros sistemas estatales también son eficientes, también son capaces de dar calidad de atención, también son capaces de asegurar cobertura. Debemos empezar a inundar la literatura médica, la literatura de salud pública, con demostraciones científicas adecuadas de que nuestros sistemas de salud empiezan a dar eficiencia, calidad y costos adecuados. Este es el campo -podría llamársele así- de investigación de tecnología organizacional; también se puede llamar investigación de los sistemas organizaciones de salud.

Y quiero hacer un último comentario acerca de la pregunta del Dr. Sonis, sobre cómo hacer para unir los esfuerzos aislados y quién debe equipar los hospitales. Quizás la respuesta sea muy fácil o casi obvia: preguntemos a las provincias. Hagamos intervenir a quienes los van a recibir, porque ellos son los que conocen su población, conocen su demanda, conocen sus propias necesidades. Quizá la respuesta mía es demasiado obvia, pero me parece que a veces nos olvidamos de lo obvio.

#### Dr. Carlos Canitrot

Indudablemente las provincias tienen que intervenir, no estamos discutiendo esto. Lo que estamos discutiendo es que hay ciertos aspectos críticos, de los cuales yo nombré tres, que son muy pocos los que los pueden resolver, y debería juntarse la capacidad creativa o técnica de todas las provincias para hacerlo de una vez por todas. Dividirnos en 24 jurisdicciones no tiene sentido porque no tenemos 24 grupos profesionales suficientemente competentes para hacer selección de equipos. Entonces, no digo que no participen las provincias, porque es obvio que deben participar y además conozco el programa BID. El problema es hasta qué punto llevamos la descentralización adelante sin dañar la capacidad de ejecutar cosas correctamente. Aquí lo que me parece importante decir es: muy bien, que lo hagan las provincias pero en tres o cuatro cuestiones críticas necesitamos ponernos de acuerdo.

#### Dr. Vicente Galli

Es sumamente interesante y estimulante escuchar la presentación del PROTEMA, el Programa de Tecnología Médica, y, por oficio, no puedo dejar de jugar con las palabras, y me parece que, además, es un pro-tema en relación a una estrategia absolutamente imprescindible y necesaria. Me refiero a lo que hace a la ampliación de las bases de sustentación de todas aquellas actividades y conocimientos que se van desarrollando y que revisan valores legitimados y fetichizados por la cultura socializada imperante. Acá se dijo en varias oportunidades que tenemos diez años de pérdida de tiempo. Creo que no fueron diez años de pérdida de tiempo, fueron diez años de una profunda revolución derechista que cambió valores y marcos de referencia y que creó un imaginario social donde una cantidad de artículos de consumo, no solamente tecnológicos, generan apetencias. Los programas y acciones de salud no son solamente un subproducto de la situación económica y del desarrollo social de un país, sino que pueden ser una palanca fundamental para su transformación social y cultural. La eventualidad de discutir y conocer los resultados de estas investigaciones que desfeticilizan algunos conocimientos convencionales aun entre la gente de salud, abre posibilidades de inversión y de acción a sectores distintos a salud; tal vez hay gente que está buscando dónde poner

sus capitales y no sabe que existe este campo posible, aunque sé que el problema es bastante complicado. Hay experiencias como la de Salta, que muy poca gente conoce en el país, aun dentro del sector salud, donde se trabajó con mucha base consensual para la inclusión de esta parte de salud en la reforma constitucional de la provincia, y esta experiencia está dando resultado y muestra, efectivamente, la importancia de salud como una palanca de transformación social. Tengo la impresión entonces, de que este programa tiene como proto-posibilidad de desarrollo aún mayor, un profundo efecto social y un profundo efecto reculturalizador, aun para la gente del sistema de salud. Por eso hago una propuesta, una propuesta doble: que tengamos la posibilidad de ir conociendo y difundiendo todo este tipo de investigaciones y de resultados, que a su vez nosotros podemos remultiplicarlo e ir dándole más conciencia compartida entre toda la gente del sistema. Y al mismo tiempo, tratemos de enganchar con este programa de tecnología médica, que está apoyado fundamentalmente en la tecnología instrumental y en la tecnología lógica vinculada a la utilización de lo instrumental, algún programa similar en relación con la utilización de tecnología de conocimiento dentro del sector salud, tanto en lo que hace a tecnología educativa, educación permanente y todo ese tipo de cosas, como a aquellas idoneidades que dependen solamente de tecnología de conocimiento; no sólo me refiero al área de salud mental sino al área de articulación de todas las acciones médicas con el campo de lo social. Porque allí también hay una gran cantidad de datos que se podrían utilizar y enganchar en paralelo con los datos de utilización de instrumentos y fetichización de instrumentos y dislates presupuestarios; se podría articular un programa similar y en paralelo en relación con la utilización de tecnología de conocimiento. Pienso que si juntamos estas dos cosas, mucho antes de tres años vamos a generar efectos sociales de multiplicación que van a rebasar los objetivos iniciales de estos programas, sin por eso contrariar sus objetivos definidos o ciclados, de conseguir una transformación específica en la utilización de tecnología, en la regulación del mercado productor interno y en la disminución del mercado de importación.

Dr. Norberto Dotti

Primero quiero decir que soy el Subsecretario de Salud de Mendoza y es la segunda vez que participo en una reunión de esta naturaleza, a pesar de que hace cuatro años que soy Subsecretario de Salud, de modo que este es a la vez un reclamo y un agradecimiento por estar participando ahora. Quiero decir que ha sido de fundamental importancia porque me he enterado acá de cosas realmente importantes, una de las cuales es, por ejemplo, lo que comentaba recién el Dr. Paganini sobre la existencia de equipos de radiología de menor costo. Se trata de un dato sumamente útil en un momento en que nosotros, en la provincia, hemos llamado a licitación para comprar cinco o seis equipos de radio. Por otra parte, estas reuniones también son de utilidad para intercambiar las experiencias de cada uno. Nosotros estamos trabajando en lo que llamamos desconcentración técnica y administrativa de hospitales en área programática. Este trabajo lo empezamos con el Dr. Montero hace tres o cuatro años y lo hemos continuado después, no sé si bien o mal, pero tenemos una experiencia práctica en lo que es desconcentración técnica y administrativa, en lo que es participación de comunidad, en lo que es departamentarización de los efectores de salud. Están funcionando seis áreas programáticas y prácticamente vamos a dejar funcionando desconcentrado en pocos días más el presupuesto de los hospitales de toda la provincia de Mendoza. Quizás,

como decia, con alguna falencia de parte nuestra. Por un lado, hemos des-concentrado el presupuesto de los hospitales, existe un fondo para comprar, pero nos encontramos con problemas técnico-administrativos: no sabemos cómo licitar, no sabemos cómo usar el fondo permanente... Entonces, creo que tendríamos que establecer alguna forma para que estas experiencias puedan ser intercambiadas, es decir, que yo pueda decir lo que hice, bien o mal, y que alguien a su vez haga aportes que permitan que nosotros podamos profundizar y avanzar en lo que estamos haciendo. En definitiva, lo que quiero es recalcar la importancia de intercambiar las opiniones y la participación para que todos podamos enriquecer lo que estamos haciendo.

Dr. Enrique Tanoni

Es imposible intelectualmente no vincular lo que escuchamos ayer en la voz del Dr. Rodolfo Rodríguez, y lo que escuchamos y comentamos hoy. Tenemos que imaginarnos una posición que sustentamos reiteradamente: es decir, cuanto más perfecto, más grande sea el pozo de la solidaridad social y más nutrido el bolsillo de los ciudadanos argentinos, si no se modifica el patrón y el comportamiento del modelo prestador, va a ser una incongruencia muy grande; pienso que los ratones deben estar más contentos cuanto más organizamos nosotros el financiamiento, cuanto más lo ordenamos, cuando pretendemos aportar mayor cantidad de recursos a los sistemas que financian la atención de la salud. Sostenemos la tesis de que cuanto más perfecto y gordo sea el queso, con los ratones así como se comportan hoy, más grande será la fiesta de ellos. Otro tema es pensar si estamos enfocando bien y haciendo todos los esfuerzos que debe realizar el conjunto social, todas las fuerzas políticas y todas las fuerzas sociales de la República Argentina para volver a centrar el tema de salud donde tiene que estar, es decir, en un alto nivel de politización y en un alto nivel de ruido. Lo peor que le puede pasar a nuestra República Argentina es que haya silencio en salud, que nadie discuta, que nadie polemice, que nadie se pelee por el tema de la salud. Cuando hay silencio, sabemos que son los ratones los que se están comiendo muy bien el queso, a mandíbula plena. Ese silencio nos preocupa, creo que hace falta un poco más de ruido para llegar al nivel de la polémica en el tema salud.

Otra reflexión que quiero hacer está emparentada con el tema del gasto en salud. El sistema que nos vendieron, que nos impusieron -incluso, como muchas veces lo dijimos, con el permiso, la anuencia y la ayuda de la universidad argentina que se entregó a ese modelo liberal mercantilista de la salud basado en la protección individual de la persona y no en la solidaridad colectiva- ese modelo ha logrado consumir el 100% de las reservas económicas de la solidaridad social basada en el principio de la solidaridad. Incluso ya está encontrando la forma no de succionar los recursos de los fondos solidarios, ni los recursos del Estado, sino que ha encontrado una forma perfecta increíblemente perversa y afinada en sus sistemas de penetración ideológica, poniendo una cañita, una pajita en los bolsillos de cada ciudadano al montar los sistemas del seguro privado, que succionan en forma individual los recursos de los argentinos creándoles la duda sobre la seguridad y cobertura de su sistema de protección social. Creo que tenemos que centrar la discusión política en esto, y mi primer comentario sobre la organización del seguro nacional de salud no responde a una posición ideológica partidaria; con Rodolfo Rodríguez hemos concertado y hemos concretado durísimas mesas cuando

creíamos en la concertación que por desgracia después se arruinó, o sea que coincidimos en un proyecto. Yo no creo que los proyectos aquí corran por ser justicialistas o radicales, sino que hay proyectos populares y proyectos impopulares de salud. Entonces, quiero hacer solamente estas reflexiones: no hagamos más grande la torta, no le pongamos más moñitos, porque se hace más apetecible. No hagamos más grande el queso, porque se van a llenar más la barriga los ratones. Trabajemos sobre los ratones y sobre la ideología que importó el sistema para que los ratones se coman el queso, y trabajemos sobre cómo polemizar sobre este tema en la República Argentina en todos los ámbitos: parlamentarios, gremiales, políticos, en la Universidad, para denunciar la penetración ideológica que está carcomiendo los sistemas de solidaridad social.

## IX. Situación de recursos humanos

Dr. Carlos A. Vidal

Me toca referirme al tema de recursos humanos, que es la base de todo lo que se ha hablado aquí. El tema es muy amplio y ya se han considerado algunos de sus aspectos. El Dr. Tanoni planteó lo ocurrido con la universidad en la época del modelo militar. Creo que si en algo ha sido verdaderamente perverso el gobierno anterior es en la destrucción sistemática de la universidad argentina. Recuperar la universidad va a ser tanto o más difícil que recuperar los servicios públicos, los servicios de salud, porque ese gobierno no sólo ha destruido laboratorios, bibliotecas, etc., sino que además ha impregnado con su filosofía a muchos de los que todavía ejercen como profesores, que ostentan una configuración mental muy difícil de cambiar.

Voy a hacer un resumen muy ligero de nuestro enfoque del problema. Cuando el Dr. Sonis señala nuestro papel catalizador, yo quisiera que no fuera sólo catalizador sino participativo, como se pone de manifiesto en esta reunión. Este es un proceso participativo, estamos trabajando en conjunto, creamos grupos informales de trabajo, los llamamos así porque nadie representa a nadie, sino que nos sentamos a conversar sobre un determinado tema, tenemos la capacidad de hacerlo, y estos grupos están trabajando de esta manera sobre diferentes aspectos. En estas discusiones y en las que tenemos con la Secretaría acerca del problema de recursos humanos, creemos que se debe tratar el problema no únicamente desde el punto de vista cuantitativo, que suele ser el que más nos apasiona -por ejemplo, la discusión de si son 75.000 o 90.000 los médicos y si llegarán a ser 110.000 dentro de poco tiempo-, sino que es necesario efectuar un análisis profundo de la situación argentina respecto del personal de salud, para tener un conocimiento preciso y no sólo apreciaciones empíricas y un poco emocionales.

Creemos que la fragmentación y la estratificación del modelo prestador no solamente discrimina la atención en razón de grupos sociales determinados por su capacidad económica o de presión política, sino que también configura la estructura del mercado de trabajo en salud, la utilización y las condiciones laborales de los trabajadores. Estoy hablando en forma genérica del problema de salud, del modelo prestador actual. Hemos realizado un estudio para ver cuál era el nivel de desempleo y subempleo que existía entre los 75.000 o 90.000 médicos de que se habla, y nos encontramos con que lo que no existe desde el punto de vista de la Organización Internacional del Trabajo es el subempleo; existe en cambio un múltiple empleo, a diferencia de otras profesiones. Se hizo un muestreo del cual resultó que sólo el 2% de los médicos no trabajan en salud. En el caso de los arquitectos y los abogados, más del 50% no trabajan en sus profesiones. Es decir que el modelo prestador está configurando un múltiple empleo, pero dentro de un mercado fragmentado, muy competitivo y con condiciones de trabajo desfavorables. Y ese es uno de los problemas que estamos tratando de estudiar con la OIT. A veces los propios grupos médicos aceptan que sus relaciones de trabajo con los empleadores tengan esas características desfavorables para conservar su relación de dependencia sin que se les efectúen los descuentos legales de rigor. La OIT por primera vez se preocupa del grupo médico desde este punto de vista. Indudablemente, el múltiple empleo y el alargamiento de las jornadas (es usual que se cumplan más de 70 horas semanales de trabajo)

traieron como consecuencia una baja productividad, porque obligaron a adoptar una serie de mecanismos para compatibilizar los diversos trabajos. Obviamente, esta situación perpetúa los bajos salarios, y donde son más bajos es precisamente en el sector público. Sin embargo, cuando existe una determinación política clara, la situación es muy diferente. Es el caso de algunas provincias que han efectuado una verdadera reforma de su sistema de salud logrando tener, entre otras cosas, un buen número de personal con dedicación exclusiva. Ocurre algo muy distinto cuando el médico ejerce en forma independiente; en este caso los honorarios profesionales se ajustan según el índice de precios.

Quisiera que cuando abordáramos el problema de la cantidad (muchos médicos y pocas enfermeras) lo hiciéramos teniendo en cuenta toda esta magnitud de análisis, y esto no lo podremos hacer únicamente con base en una información empírica. El camino que estamos transitando es el de la investigación en mercados de trabajo; estamos probando grupos, no sólo aquí sino también a nivel provincial, para hacer estudios del mercado interno.

El otro problema que quiero abordar, y que nos tiene realmente preocupados, es el de la calidad. Mejor calidad no es sinónimo de menor número de gente en formación. No quiero pecar de mecanicista y afirmar que si hay mucha gente tenemos poca calidad de formación; esto no es así. La calidad de formación de los médicos que asistieron a la Facultad de Medicina en la época del cupo, que son los que están saliendo en este momento de la Universidad de Buenos Aires, como dijo el Decano de la Facultad de Medicina, es tan baja que uno de cada tres médicos no debería ejercer. Si bien la masificación estudiantil trae problemas, la cuestión de la calidad está inmersa en todo lo que decíamos al comienzo sobre el deterioro de la universidad argentina y, en este caso, en los criterios de formación. Vuelvo a unir aquí el modelo prestador con la capacidad de formación: muy poco se va a poder hacer para cambiar esta calidad si el modelo prestador sigue teniendo las características perversas que aquí se han señalado. Entonces, se requiere un trabajo de búsqueda, de labor conjunta, y en este sentido el problema intersectorial es fundamental. No podemos seguir trabajando en forma aislada entre las instituciones formadoras y el modelo prestador. Y si ahora se nos presenta la posibilidad de trabajar en forma conjunta no debemos desaprovecharla.

También quiero mencionar el problema de las personas que están actualmente trabajando en los servicios de salud en la Argentina; son cerca de 250.000 y no existe un solo programa de educación continuada; los que se imparten en este momento están en función de los intereses corporativos. La Sociedad de Pediatría hace un curso de actualización para pediatras, pero no sabemos si es en función del modelo prestador. Como decía el Dr. Canitrot, existe una metodología para descentralizar los hospitales, pero los hombres que están adentro no están capacitados para llevarla a cabo. Ese es un problema que se debe abordar en forma conjunta, con un criterio de educación permanente donde el trabajo sea la base de la formación y se le dé la real categoría de lugar de aprendizaje. Esta vez se presentan todas las oportunidades para revertir la situación. Creo que el Banco Mundial plantea, entre otras cosas, la posibilidad de crear un programa de educación permanente. Las características de este programa dependerán de la orientación que nosotros queramos darle, es decir, implementar un programa de educación continua requerirá un esfuerzo diferente del que necesitaríamos para esas 250.000 personas que están en los servicios de salud, que precisan una nueva conceptualización de los

problemas que tienen que abordar, fuera de los aspectos tecnológicos. Como vemos, abordar la cuestión de los recursos humanos en la Argentina no es un problema secundario que podamos dejar exclusivamente a la Universidad, sino que es uno de los problemas principales del sector salud. Así lo entendemos y estamos trabajando en este sentido.

Esperamos poder hacer una reunión más amplia porque hay muchas más consideraciones sobre el tema de recursos humanos. Ya estamos dando algunos pasos; creemos que la creación de un grupo interdisciplinario que comience a analizar las posibilidades de la definición intersectorial e interdisciplinaria y la posibilidad de crear una política de recursos humanos en función de la política de salud, son los elementos que ya están en marcha y que seguramente en un futuro cercano la Secretaría podrá presentar.

Disculpen lo desordenado de esta presentación pero veo pasar los minutos y no quiero dejar de mencionar algo que considero importante. ¿Por qué hemos hecho esta reunión de análisis además de esta interrelación entre nuestra Oficina Central y los programas técnicos de infraestructura y nosotros mismos? Hay una serie de programas de la Secretaría que abordan la mayoría de los problemas que se han planteado acá, no digo que se estén llevando adelante, pero sí se están abordando. La cooperación técnica que estamos prestando es en función de estos problemas.

El primero de ellos es enfocar lo que llamamos federalización de sectores. Y dentro de la federalización sectorial, hay un punto al que llamamos cooperación técnica entre provincias; el país está muy necesitado de esta cooperación técnica, de abrir nuevas posibilidades de diálogo.

El segundo de los programas en que estamos trabajando con la Secretaría, es en la formación de un grupo de planificación estratégica. Creo que le va a otorgar un espacio importante de trabajo a la Secretaría para pensar con proyección a quince años, que es el tiempo de estabilidad democrática que se necesita para poder efectuar los cambios que la planificación estratégica requiere. Este grupo de planificación estratégica deberá organizar una Conferencia Nacional de Salud que se va a plantear como un ámbito de trabajo de la Secretaría para desarrollar un Plan Nacional de Salud compatible con el desarrollo económico y social. No sabemos en qué momento se va a hacer, ya que se trata de un trabajo difícil, pero para nosotros, así como para el grupo de planificación estratégica, será una demostración de la capacidad de participación de la gente en salud cuando se la reúne en un diálogo abierto.

El tercero de los programas en que estamos trabajando, que es fundamental y básico, es el de definir qué características va a tener una Secretaría de Salud, su rol y funciones dentro de un país federal y con la incorporación del INOS.

Otro trabajo que se está realizando, es cómo encontrar una posibilidad de coordinación entre programas y servicios de salud; se trata de buscar informaciones globales y tomarlas en función de problemas específicos, y de zonas específicas. En este programa está incluido todo lo que significa apoyo a los recursos humanos; se privilegia lo referente a liderazgo en salud y no sólo formación y salud, y se privilegia también la investigación. El siguiente programa intenta analizar qué hacer con economía, financiamiento y salud dentro del ámbito de la Secretaría, y

promover un diálogo más fluido con el sector económico; Salud tiene que tener una respuesta coherente, una respuesta fundamental, una respuesta no secundaria sino primaria.

Finalmente, está el programa que llamamos de Desarrollo Institucional, en el cual el sistema de información para la gestión es el tema principal. Todos estos programas componen lo que denominamos Infraestructura de los Servicios de la Salud.

Para terminar, sólo me resta agradecer en particular la presencia de los que vinieron de las provincias, y la todos ustedes, que han invertido muchas horas de su tiempo en esta reunión.

## X. Cierre de la Reunión

Dr. Jorge Ahumada (Subsecretario de Recursos en Salud)

No me considero muy apto para cerrar esta reunión después de haber estado nada más que en el momento de la foto y del cierre y haberme perdido, lamentablemente, la mayor parte de las exposiciones, de los debates y las inquietudes. De todas maneras, el objetivo fundamental de esta reunión era que los miembros de OPS de Washington que nos están visitando y que vienen con un nuevo enfoque de la cooperación de OPS, tomaran contacto con ustedes y ustedes con ellos para comenzar a intercambiar ideas y comenzar esta reflexión sobre el replanteo que tenemos que hacer de todo el sector salud. También lamento que la prolongación de cada uno de los temas que se han ido debatiendo nos dejara tan restringido un tema sustancial como es el de recursos humanos porque, indudablemente, en el tema infraestructura creo que el eje central, el principio creador de un nuevo modelo de infraestructura es el recurso humano, no es la instalación de establecimientos, ni siquiera la incorporación de tecnología; al contrario, la mala incorporación de tecnología es uno de los defectos que está iniciado por los recursos humanos. Vale decir que es un tema muy jugoso y es una lástima que no lo hayamos podido tratar en su totalidad, pero, como dice el Dr. Vidal, puede ser motivo de una próxima reunión tal vez más específica. Yo, al mismo tiempo que les pido disculpas porque circunstancias diversas me fueron sacando de esta reunión, les agradezco a todos su participación y deseo que esta reunión sea el inicio para afianzar el nuevo enfoque que la OPS plantea, o, mejor dicho, que los países le han planteado a la OPS en lo que hace a la cooperación técnica y, fundamentalmente, al apoyo que en forma permanente la Organización nos brinda a los países. El producto de esta reunión tenemos que seguir elaborándolo en las etapas futuras. Gracias.

