

Revista

APORTES

*para el Estado y la
Administración Gubernamental*

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD

José Carlos Escudero (*)

Un anterior número de esta revista se ocupó de la educación, el tema de este número es la salud. Aplicar políticas sociales que mejoren la salud es a la vez más sencillo y más complicado que hacerlo en educación. Es más sencillo porque una buena salud colectiva en lo corporal (la salud mental es otra cosa) puede obtenerse aplicando unas pocas medidas que son en general técnicamente fáciles, de bajo costo y están absolutamente normatizadas. Los cubanos, por ejemplo, hacen esto. Se dan el lujo de tener niveles de salud corporal que son similares a los de EEUU, gastando quizás un vigésimo por habitante por año. De los países centrales, EEUU es un modelo a no seguir. Por aplicar mal y fragmentadamente las medidas sanitarias que efectivamente sirven, gastan 4 000 dólares por habitante por año (el doble que Europa occidental) y exhiben un nivel de salud inferior.

Hasta cierto punto, con independencia de la injusticia social que exista en las sociedades, unas pocas medidas útiles para la salud aplicadas universalmente, ayudarían para obtener una salud buena, lo que posibilitaría usarla como "parche" legitimador en un contexto social horrible (tema fascinante pero que no trataremos aquí). ¿Cuáles son estas medidas? Son simples y bien conocidas: lo que se entiende por "Atención Primaria", la "Medicina Preventiva", más la atención masiva y universal de patologías con buen "costo-beneficio" y la práctica del aborto en adecuadas condiciones médicas.

El conocimiento científico avanza permanentemente. Gran parte de lo que se anuncia como innovación es mediático e irrelevante, pero también se descubren cosas útiles y baratas que pasan a engrosar el arsenal de que disponemos y que nos hacen ser —en esto— optimistas con respecto al futuro. En un país como el nuestro, con un PBI por habitante que supera los 7 000 dólares, cuyo componente de gasto en salud es el más alto de América Latina y que coexiste con niveles de morbimortalidad mediocres en creciente rezago con relación a otros países latinoamericanos que gastan menos pero mejor, describir la salud nacional es ahondar en el tema de la decadencia argentina.

El problema de la educación es sin duda más difícil que el de la salud. Pareciera que no existen unas pocas medidas recortadas que puedan aplicarse para mejorar el nivel educativo. El proceso de aprendizaje no es sencillo, las interacciones entre educador y educando son muy complejas y rozan con elementos de la psicología profunda. Además, sobre salud corporal existe consenso acerca de lo que es deseable; sobre educación mucho menos; y el fuerte papel de ésta como adoctrinadora, legitimadora y mediatizadora en los sistemas políticos, hace que consideraciones que son fundamentalmente ideológicas tiendan a bloquear la aplicación lineal del conocimiento técnico, cuando existe.

Pero la salud tiene su grado de complicación, porque contrariamente a lo que sucede en educación, el poder no está en manos de quienes quieren mejorarla (independientemente del criterio valorativo de la supuesta mejora) sino de quienes sacan beneficio económico de ella. La salud ocupa un lugar cada vez mayor en el imaginario colectivo, ya que se la asocia a la longevidad, el bienestar y —gracias al Viagra y a las cirugías plásticas— al funcionamiento sexual y a las posibilidades de ser deseado, mientras que la educación está dejando de ser un pasaporte para el ascenso social y el bienestar económico, como lo fue durante muchas generaciones en nuestro país. Las posibilidades de ganancia capitalista en la salud son mucho mayores que en la educación, y el alto costo que acompaña a la mayoría de los descubrimientos científicos sanitarios tiende a agrandar esta diferencia. Notemos que lo que se nos muestra en los medios (inclusive los medios científicos) como adelantos recién descubiertos son casi invariablemente caros y de aplicación restringida, con lo cual su impacto para mejorar el perfil epidemiológico de la población general suele ser trivial. Si realmente se deseara mejorar, bastaría aplicar, a la cubana, lo que ya se sabe que sirve, es barato y mano de obra intensivo. Si no se hace es fundamentalmente porque el gran beneficio económico está del lado del alto costo y de quienes pueden pagarlo, o en su defecto, de un Estado que pague las cuentas que le presentan los capitalistas de la salud, cosa imposible en esta Argentina del ajuste permanente.

El mercado mundial de medicamentos es un ejemplo claro. Factura por año 400.000 millones de dólares. Si se aplicara estrictamente el conocimiento científico eliminando los medicamentos que no sirven, restringiendo la introducción de medicamentos nuevos que no son mejores que los que ya existen, y comprando en el mercado internacional con economías de escala medicamentos genéricos, este gasto podría reducirse quizás a la mitad, transfiriendo lo ahorrado a medidas sanitarias como las que mencionamos y mejorando significativamente la salud de la población. Los organismos internacionales de crédito, encabezados por el Banco Mundial, que son tan generosos en sus consejos sobre las ventajas de reemplazar los seguros de retiro solidarios por otros de capitalización individual que generalizan la individuación de los seguros de salud, no dicen palabra sobre cómo reducir el gasto en medicamentos. La explicación es obvia: medicamentos es un área central de inversiones de capital.

¿Qué políticas sociales sirven para mejorar la salud colectiva?

Queda claro que no se hace lo que se sabe que sirve sino lo que resulta de una negociación con poderes fácticos muy poderosos que desean otra cosa, y en la cual los Estados y sociedades civiles débiles (como es el caso argentino) llevan las de perder. La evidencia empírica demuestra que los sistemas nacionales de salud donde el Estado es el único recaudador/pagador (caso Canadá), o donde inclusive es el cuasi único prestador de servicios (caso Gran Bretaña, Cuba, Suecia) son los que tienen menos gastos administrativos, menos iatrogenia (errores generados por el sistema médico), un gasto per cápita más bajo y prestaciones que están mucho más cerca de las necesidades sanitarias de la población. Afirmaciones de esta naturaleza constituyen una herejía para el dogma neoliberal dominante, por eso Argentina se aparta cada vez más de la situación deseable.

Por otra parte, si se hacen consideraciones políticas respecto de cómo pudieron implantarse aquellos sistemas que dificultan el beneficio capitalista, vemos cuán azaroso resulta el proceso. Recordemos que la implantación del *National Health Service* británico, modelo internacional de equidad y eficiencia que ha sobrevivido casi incólume a diecisiete años de thatcherismo, fue posible merced a la particular "ventana" configurada por el Informe Beveridge, el fin de la Segunda Guerra Mundial y el triunfo laborista de 1945. Además, en una época donde el *lobby* de la salud capitalista apenas existía. En contraste, y ante la derrota del plan Clinton de salud en Estados Unidos, las opiniones mayoritarias fueron que se requeriría un cataclismo social en ese país para poder adoptar un sistema como el canadiense, dada la formidable capacidad de veto configurada por aseguradoras, prepagas y la industria de medicamentos y tecnología médica.

Para matizar lo anteriormente dicho, hay que señalar que quienes hacemos política somos voluntaristas y permanentemente formulamos escenarios, por si la aparente e inexorable deriva de Argentina hacia una sociedad cada vez más salvaje se detiene y es posible esbozar políticas sociales activas para aumentar la justicia social. La salud eficaz es una actividad eminentemente mano de obra intensiva, y sucede que Argentina posee –debido en gran parte a un sistema educacional históricamente democrático–, una gran cantidad de trabajadores de la salud que ya han sido capacitados, y que están dispuestos a trabajar por salarios decrecientes en el actual contexto de desempleo y recesión. Si el Estado argentino –este "si" es de dimensiones ciclópeas en la actual Argentina– diera empleo a estos trabajadores, por ejemplo duplicando los horarios de atención en los establecimientos oficiales (lo que supone un gasto de insumos adicionales relativamente pequeño) y esto se pudiera hacer suficientemente rápido, se fortalecería el "actor social" configurado por trabajadores de la salud y se reforzaría la capacidad de presión de la población usuaria del sector público generando un galbraithiano "poder compensatorio" al formidable *lobby* actual conformado por el Banco Mundial, sus consultoras y tecnócratas, la industria del medicamento y las prepagas. En el pensamiento económico abundan los planteos de hacer keynesianismo con los sectores sociales e ir mejorando la situación de nuestra población más desposeída, pero no se hacen consideraciones sobre cómo se puede ayudar a cambiar la correlación de fuerzas políticas. Hay que trabajar esta temática, porque la salud de una población depende de cómo se asigna un excedente de recursos y de conocimiento, lo que de hecho es una cuestión política.

(*) Médico Sanitarista y Sociólogo. Convencional Constituyente de la Reforma de 1994. Vice-Decano y Profesor titular ordinario de la Universidad Nacional de Luján. Profesor titular ordinario de la Universidad Nacional de La Plata e invitado de la U.B.A.