

SALUD: AÑOS DE NAVEGAR A LA DERIVA Y SIN RUMBOS



Por Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com

Desde el reinicio de la democracia hemos discutido sobre el Estado y sus funciones. Sin poder avanzar demasiado en profundizar sobre qué y cuáles funciones deberían ser asumidas por el Estado. Nunca nos preocupamos demasiado por el cómo se debían desempeñar esas funciones y esto tiene que ver con el accionar de la intervención estatal de manera acrítica como si no existieran fallas del Estado conviviendo con las fallas del mercado.

El Estado en la Argentina ha sido considerado históricamente como espacio de poder desde donde perpetuarse políticamente antes que como una respuesta a las fallas del mercado. Esta fue muchas veces la excusa para intervenir y quedarse a expandir y amarrar negocios dentro del Estado.

Los conservadores, el radicalismo, los militares, el peronismo y los nuevos partidos que surgieron mantienen ese gen tan argentino de la búsqueda del poder por el poder, quizás ligado a una historia de caudillismo, feudalismo, discrecionalidad y autoritarismo. Recordando a un político italiano Giulio Andreotti "El poder desgasta a quien no lo tiene".

La tentación es permanecer en el poder de manera indefinida para poder controlar y vivir del Estado. Con mayor o menor intensidad esa característica acompañó el ejercicio de la política en la Nación y ni que hablar de las provincias y municipios. Una democracia se hace con demócratas y este es un país que todavía debe superar ciertas lecciones. Ser una democracia no simplemente es ir a votar y que se vayan del poder los que pierden las elecciones, es también transparencia en el manejo de la cosa pública.

Al mismo tiempo los diferentes gobiernos no han hecho demasiado por mejorar el funcionamiento del Estado solo apelaron a medidas macroeconómicas por cuestión de déficits en algunas circunstancias, pero nunca ha tenido presencia en la agenda política una reforma de la gestión pública que permita pensar al Estado como un complemento necesario e imprescindible de una economía capitalista competitiva e integrada al mundo.

El ingreso del Estado para involucrarse con la salud fue diferen-

te a la presencia definida en educación, donde formó parte de un proyecto político y social muy relevante. Después de la segunda guerra mundial los países comienzan a organizar sus sistemas sanitarios.

En la Argentina este proceso fue concomitante con diez años del primer peronismo que llegaba manteniendo en su seno una fuerte contradicción en materia de salud, por un lado un ministro como Carrillo que incluso se anticipaba al NHS y proponía un sistema sanitario universal y público y por el otro los sindicatos que ya tenían cierta presencia no tan extendida pero habían comenzado a plantearse jugar un rol relevante en la salud de los trabajadores (ferroviarios era quizás el ejemplo más desarrollado de lo que menciono) y al mismo tiempo el estado paralelo que fue creando la fundación Eva Perón con una serie de inversiones en infraestructura sanitaria y con caja propia fuera de la estructura fiscal del Estado.

Existió ya en esos tiempos un sistema de recaudación paralela al Estado y un presupuesto propio que asignaba recursos de manera complementaria y por supuesto discrecional basado en la política de construir popularidad para Perón.

Esa situación histórica si se quiere condicionó a futuro el rol del Estado en materia de salud y tendió a segmentar y diversificar la cobertura según el lugar que la persona tenía en la sociedad. Esa mirada corporativa vivamente apoyada por la Iglesia Católica y las Fuerzas Armadas ayudó a construir un sistema de seguridad social dominado por las obras sociales que se vieron fortalecidas a partir de 1970 cuando se aprueba la Ley 18.610 que financia de manera obligatoria las mismas.

En 1972 se aprueba la ley de creación del PAMI también con otro objetivo político de los militares que estaban en el poder de ganarse a los jubilados y pensionados. Con el tiempo se fue convirtiendo en una caja manejada desde el Poder Ejecutivo Nacional. ⁽¹⁾

En el Estado nacional y provincial a cargo de la salud pública fueron quedando los pobres, los desocupados y los indigentes. En el sistema de salud se consolidó la segmentación y la salud ya nunca más se pensó como una política universal que abarcará a todos los habitantes sino por el contrario, sálvese quien pueda y cómo pueda.

Algunas organizaciones sindicales hicieron los primeros esfuerzos por organizarse y luego se apropiaron de la función salud dado que se dieron cuenta de la relevancia política y social de la misma para la población.

Incluso el intento de reforma de la salud de Alfonsín que tenía un viso de política universalista careció por acción y omisión del poder político y de la convicción para poderse imponer con un sentido no corporativo. También es cierto que el radicalismo y el país no tenía los recursos humanos necesarios para gestionar una reforma como se proponía.

A la primera dificultad se negoció con los sindicatos. Los diputados nacionales del radicalismo y el resto, encargados de construir las leyes sabían muy poco de salud como sucedió con algunas excepciones en todo el período democrático que vivimos. Gran desconocimiento de los legisladores de las cuestiones que legislan, permeabilidad a los lobbies más de lo normal y falta de convicción sobre los proyectos a defender y sostener.



Lo que sucede es que en este momento era importante porque el proyecto de ley se presentó en el Congreso y existía la vocación de que pasará por ese ámbito. Luego de ese intento que se coronó en 1988 cuando se aprueban las dos leyes 23.660 y 23.661 nunca más se volvió a discutir de manera integral un sistema de salud. Los poderes ejecutivos que tuvimos siempre actuaron de manera parcial sobre los subsectores sin poder contar con éxitos.

En el medio también tuvimos un crecimiento importante de lo que inicialmente fue el PROFE y luego Incluir Salud, que incluye a los beneficiarios de las pensiones no contributivas. Que llegaron a ser 1 millón de personas y ahora son 700.000 mil que tienen un seguro público de salud. Las provincias no terminaron asumiendo la función salud como propia y darle la jerarquía y la importancia no solo en términos de recursos sino de formación y capacitación de sus cuadros directivos en los ministerios y las obras sociales provinciales.

Pero vayamos a hora hablar con mayor profundidad del Estado y su presencia en Salud. En primer lugar, cuáles son las funciones clásicas:

1. **Regulación:** definir reglas de juego (planes de beneficio, precios de referencia, estándares de calidad).
2. **Fiscalización y control:** auditar el cumplimiento y sancionar desviaciones.
3. **Financiamiento:** garantizar que existan recursos y corregir inequidades.
4. **Provisión directa:** cubrir vacíos de mercado o garantizar derechos en zonas críticas.

Durante estos años de democracia se puede observar que lo primero se degradó, lo segundo se relajó, lo tercero se volvió deficitario, y lo cuarto se expandió sin capacidad real de gestión. El proceso de degradación institucional de la salud se puede graficar de la siguiente manera:

1. **Falta de profesionalización:** la gestión pública de salud sigue con estructuras de los 70-80, sin incorporar herramientas modernas de management ni incentivos.
2. **Desvalorización del capital humano:** bajos salarios, carrera administrativa sin reconocimiento, fuga de talento.
3. **Captura regulatoria:** agencias como ANMAT que fueron referencial regional, terminaron permeadas por intereses privados y con controles laxos (ej. escándalo fentanilo).
4. **Pérdida de controles internos:** organismos de contralor debilitados, con mínima trazabilidad y accountability.

La paradoja política y de clase que se puede constatar en los gobiernos no solo en la Argentina sino en la región es que los sectores que defienden un **Estado fuerte en la provisión** no impulsaron reformas serias de gestión pública (como sí lo hicieron países que modernizaron su sector público con NPM, agencias autónomas, rendición de cuentas).

La política ha sido tolerar un “Estado ficcional” o discursivo sobre la salud: importa más la **apariciencia de acceso** que la calidad efectiva de la atención. Aquí es cuando uno nota una componente de clase o una brecha no marxista sino populista: los decisores (funcionarios, sindicalistas, élites políticas) envían a sus hijos a colegios privados y se atienden con prepagas u obras sociales y el sector público es marginal para ellos. No ponen su cuerpo ni el de su familia haciéndose atender en lugares que no cumplirían normas mínimas de seguridad del paciente.

Los sistemas que se transforman se renuevan y cambian es porque tienen presión social para mejorarlo público. En la Argentina los pobres, los indigentes y los desocupados se atienden en el sector público y no tienen poder de presión política y social como para obligar a los gobiernos a tomarse en serio esa tarea. La consecuencia es la degradación.

Pero cuidado cuando la misma llega a través de la corrupción y la coima a las funciones de fiscalización y regulación allí todo el mundo puede ser afectado. Si miramos no obstante de donde son los muertos por el fentanilo y la cobertura de salud que tienen esas personas observaremos claramente esto que estamos diciendo.

Vivimos en un sistema que está fuertemente segmentado desde el punto de vista cultural y organizacional.

- ✓ **Prepagas:** funcionan como mercado privado, con lógica de competencia y diferenciación.
- ✓ **Obras sociales:** mejoraron algo en gestión (informatización, auditorías, compras conjuntas), pero el marco regulatorio sigue débil.
- ✓ **Sector público:** presupuestos rígidos, sindicatos corporativos, poca innovación, sin norte estratégico, “mirándose el ombligo”.

Cada subsistema cultiva su cultura sin diálogo: **no hay vasos comunicantes ni sinergias** y eso se va a ir notando cada vez más. Las consecuencias de esta falta de UNIDAD en la gobernanza del sistema tienen consecuencias serias que son:

- **Estado caro e ineficiente:** mucho gasto con pocos resultados sanitarios.
- **Desconfianza social:** quienes pueden se fugan a prepagas; quienes no, se resignan a la ficción del acceso.
- **Bloqueo al cambio:** gremios fuertes, burocracias inerciales y élites políticas que no usan el sistema que administran.

Si hacemos el ejercicio de compararnos con otros sistemas de salud para ver que podemos aprender y compartir. Podemos observar que si nos comparamos con **países con sistemas públicos fuertes (Reino Unido, España, Italia, Uruguay):** la política se concentra en **mejorar lo público**, con reformas permanentes (NHS trusts, SSN empresas sanitarias, SNIS con aseguramiento único). En países con **sistemas mixtos (Chile, Colombia):** existe una fuerte regulación, competencia administrada y definición clara del rol del Estado.

La Argentina queda mal parada por la ausencia de una dirección conjunta y sinérgica de los subsistemas. Cada uno juega su propio partido, y no se prestan jugadores ni el estadio ni la infraestructura. El que queda peor parado es el Estado que termina prestando servicios sin capacidad, regulando poco y financiando mal. Sin presión política y social para cambiar porque las élites tienen asegurado el acceso y la calidad pagando por los planes de salud que compran en el privado y los trabajadores formales tienen las obras sociales.

Hacia donde debería ir la Argentina en materia de salud coordinando nación, provincias y municipios y definiendo que hace cada uno:

- ✓ **Reforma del Estado como condición previa:** no se puede hablar de plan de seguridad del paciente, calidad hospitalaria o integración de redes sin antes profesionalizar gestión, salarios, carrera administrativa y control.
- ✓ **Estado inteligente (no elefantiásico):** regular y controlar con agencias profesionales, financiar con criterio de equidad, y proveer solo donde el mercado falla o la equidad lo exige.
- ✓ **Transparencia radical:** datos abiertos sobre gasto, calidad y resultados.
- ✓ **Cultura de servicio público:** recuperar la vocación por la gestión profesional, premiar el mérito y el buen desempeño.

“En la Argentina el Estado se expandió como prestador sin modernizarse como gestor, se degradó como regulador y quedó capturado por intereses; el resultado es un sistema que finge acceso universal pero no garantiza calidad ni equidad”. ■

Bibliografía:

- 1) Poco después, *The Economist* explicaba el apoyo sindical a Onganía diciendo que “a pesar de todas sus diferencias, los militares y los peronistas están unidos en el rechazo del comunismo y de la democracia liberal parlamentaria”. – Eduardo Anguita y Martín Caparrós, *La Voluntad 1. El Valor Del Cambio* (1998)

(*) **Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) www.ideblatam.org**