

ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS MORALES Y POLÍTICAS

“Una salud” en clave de Laudato si y Fratelli tutti

Acad. Dr. Miguel Ángel Schiavone

Rector de la Universidad Católica Argentina

Cuando nos detenemos a contemplar e interpretar todo lo que nos rodea, nos inunda una profunda fascinación, nos genera un asombro estremecedor y nos produce una sensación de inmensidad en donde recordamos nuestra propia pequeñez e ignorancia. Todo lo que existe es expresión de vida: arboles, seres animales, océanos y mares, el día y la noche, el ser humano mismo... Pero hay tres cosas que aprendimos en nuestra breve existencia como personas que transitamos parte de la historia del cosmos: *todo tiene un orden preciso, todo esta interrelacionado y todo proceso evolutivo fue producto de la agregación e integración*. Estos criterios son aplicables desde el nivel subatómico, al celular, luego al tisular y los seres vivientes superiores, hasta finalmente alcanzar al hombre y la cultura. Esta precisión maravillosa no puede ser explicada solo por obra del azar y menos aún por un conjunto de reacciones fisicoquímicas. La mano de un creador estuvo presente desde un principio. En 1930 el sacerdote, matemático y astrónomo belga Georges Lemaitre, difundió un artículo que proponía la idea de un “átomo primitivo”, y en 1931 publicó en la revista *Nature* “El comienzo del mundo desde el punto de vista de la teoría cuántica” afirmando que si el universo está en expansión, en el pasado debió haber ocupado un espacio cada vez más pequeño, proponiendo finalmente la teoría del Big Bang, teoría que se alinea y correlaciona perfectamente con la doctrina cristiana de la creación y revitaliza el dialogo fecundo entre razón y fe. El científico Francis Collins considerado por el propio presidente de EEUU Barack Obama como “uno de los mejores científicos del mundo”, afirmó “no puedo imaginar que la naturaleza, en este caso el universo, se creara por si sola”, el hecho de que el universo tuviera un comienzo implica que alguien tuvo que haberlo comenzado, “y me parece que debió haber sido algo o alguien fuera de la naturaleza”. Si todo lo que hoy conocemos tiene una causa por fuera de sí mismo eso significa que el universo también tiene una causa fuera de sí mismo. San Juan Pablo II en su encíclica *Fides et ratio* afirma que la historia del hombre esta signada por el interrogante sobre el sentido ultimo de las cosas y de su propia existencia. Al tener conciencia de su existencia finita en el mundo terrenal, brotan del pensamiento humano preguntas

de fondo: ¿Quién soy, de donde vengo y a dónde voy? ¿Qué hay detrás de la vida? ¿Son el equilibrio y la agregación factores necesarios?

Sin equilibrio homeostático no hay vida

Todas las funciones del ser humano están controladas y coordinadas por dos grandes sistemas: el Sistema Nervioso y el Sistema Endocrino. Ambos sistemas se interrelacionan para construir mecanismos de control y homeostasis. En los seres vivos, el intracelular está en permanente interacción con el extracelular. Las células interactúan con el medio interno en el que electrolitos y moléculas atraviesan la membrana celular dentro de un complejo marco regulatorio condicionado por neurotransmisores, hormonas, temperatura, Ph y otros. La vida misma depende de un equilibrio estable entre el medio extracelular con el intracelular vinculados a través de la membrana celular. Pero el medio interno de los seres vivos también está en equilibrio con el medio externo. La homeostasis tiende a mantener un ambiente interno estable y relativamente constante. El cuerpo mantiene la homeostasis para muchas variables además de la temperatura. Por ejemplo, la concentración de diversos iones en la sangre debe mantenerse constante, junto con el pH y la concentración de la glucosa. El medio interno intra y extracelular no está desvinculado del medio externo físico, químico y social que circunda a los seres vivos. Las variaciones en el medio externo afectan al medio interno y este a las funciones celulares.

La definición clásica de salud hace referencia al completo bienestar biopsicosocial, a lo que nosotros le agregamos el componente espiritual, condición también necesaria para poder alcanzar un estado de salud. Interpretar esta definición requiere dilucidar el significado de la palabra “bienestar” dentro de ese contexto. Bienestar remite al concepto de equilibrio, que difiere al de adaptación. El equilibrio implica la presencia de un permanente estado de inestabilidad que se va corrigiendo, es un estado de lucha permanente para superarse a si mismo y al medio, mientras que el termino adaptación se lo relaciona con resignación pasiva. Podríamos entonces vincular vida con salud y esta con bienestar, y este último como la búsqueda permanente del equilibrio (homeostasis). *La vida y la salud dependen del equilibrio homeostático entre el ambiente interno de los seres vivos y el externo a ellos.*

El ambiente externo abarca factores fisicoquímicos (humedad, presión, ozono etc.), factores biológicos (que incluyen animales y vegetales interactuando), económicos, psicológicos, culturales, sociales que rodean al ser humano y dan lugar al concepto ecológico de enfermedad, dentro de un sistema dinámico configurado por la triada agente-huésped-medio ambiente. La enfermedad aparece entonces como resultado de un desequilibrio en la interrelación del hombre con el ambiente que lo rodea (el hombre y sus circunstancias en sentido amplio). Este paradigma ecológico no desconoce todos los factores “internos” que también condicionan la presencia de enfermedad y que están en permanente

comunicación con los “externos”. A modo de ejemplo los factores genéticos interactúan con los factores ambientales, donde los genes representan una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo del proceso salud-enfermedad. La genética para expresarse también necesita de condicionantes ambientales.

Sin agregación no hay vida superior

Así como la célula aislada es una estructura biológica débil que se va superando y fortaleciendo al vincularse con otras células pasando del nivel celular al nivel tisular y luego al de aparatos y sistemas para alcanzar la complejidad de un pluricelular complejo; de la misma forma un recién nacido vuelve a replicar esta debilidad. El recién nacido como el unicelular requiere el cuidado y la interacción con otros seres vivientes, conformando así el núcleo más primario del ser humano, la familia. Un recién nacido sin la protección y soporte alimentario y afectivo de la familia como grupo primario de pertenencia no podría subsistir. Es en la familia donde se inscriben los primeros sentimientos, las primeras vivencias, incorporando las principales pautas de comportamiento. La familia es el hábitat natural del hombre, cumpliendo funciones que son *insustituibles* por otros grupos e instituciones. Es la institución social más antigua, que cumple un rol fundamental en la reproducción, crecimiento y desarrollo del ser humano, Cicerón la consideraba “El principio de la ciudad y la semilla del estado”. La familia es el grupo intermediario entre el individuo y el ecosistema biológico y social, en su entorno es en donde se establece por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud individual y colectiva.

Ecología Humana

La ecología humana se interpreta como el ambiente interno y externo en el que vive y se desarrolla el ser humano y que lo condiciona. Una salud (One Health), es un enfoque de la salud que considera que los seres humanos, los animales y el medio ambiente son interdependientes, por lo que promueve la cooperación interdisciplinaria, especialmente entre la medicina humana, la medicina veterinaria y las ciencias ambientales, para trabajar de forma local, nacional y global con el objetivo de una salud para todos. Si bien el concepto de “una salud” tiene su origen en la prevención de epidemias y dentro de ellas las zoonosis, este paradigma no es excluyente del concepto ecológico aplicado a las enfermedades no infecciosas en las que el “ambiente externo” es también un determinante causal. Podemos encontrar factores explicativos del proceso salud-enfermedad dentro del propio individuo o en el ambiente socio-económico-cultural.

Laudato si, equilibrio ecológico y pandemia

El ser humano alimentaba una falsa ilusión: la de creer que dominaba la vida.... No solo su propia vida sino la de todos los seres vivientes de la tierra, y aún más la de todo lo existente sobre ella, incluyendo la

naturaleza. Desafiando y usurpando el poder creador de Dios. Pero en diciembre de 2019 un virus lo obliga a reconocer que es tan débil como lo era en las grandes epidemias de la historia.

El ser humano forma parte del ecosistema “planeta tierra”, compartiendo espacio con otras criaturas vivientes; factores bióticos y abióticos que interactúan y buscan un equilibrio dinámico. Esta armonía se alteró cuando nosotros, los humanos, “viralizamos” el mundo y lo ocupamos en forma pandémica. El equilibrio se alteró y los otros “huéspedes” de la “casa común” (bacterias, virus, animales y plantas), buscando recuperar el espacio perdido, dijeron “yo también quiero vivir”.

Laudato Si' tuvo una importante recepción y reconocimiento en todo el mundo, fue comentada por políticos como Merkel, Obama y tantos otros. Intelectuales, sindicalistas, líderes sociales y sectores no católicos se interesaron por su temática que excede al de un simple manifiesto verde ambientalista. Esta es una Encíclica Social con todas las letras, de alto impacto como fueron en su momento *Rerum Novarum* o *Populorum Progressio*. El lema de *Laudato Si'* es “todo está conectado”. La encíclica inspira y reafirma que el equilibrio, es un requisito para preservar la vida en el planeta y la interacción e integración permiten la superación de lo individual. El desprecio por el medio ambiente y la pérdida u olvido de valorar la vida humana desde el momento de su concepción nos llevan a la autodestrucción. Al igual que en las enfermedades autoinmunes humanas en las que un grupo de células (linfocitos B y linfocitos T helper) que habitualmente protegen al hombre frente a la agresión de agentes externos, elaboran una respuesta inesperada y comienzan a atacar al propio organismo; de la misma forma un conjunto de individuos está llevando a la autodestrucción de la sociedad. *Laudato Si'* lo advertía, pero un virus, invisible al ojo del hombre, amplificó la imagen del camino equivocado y nos obligó a meditar.

¿Es posible relacionar la pandemia con el cambio climático?

La nuestra es una civilización extractiva de los recursos naturales que el Señor puso para nuestro goce, pero no para su destrucción y consumo irracional. En los últimos dos siglos nos encargamos de “extirpar”, término que prefiero al de “extraer”, recursos de las entrañas de la tierra para transformarlos en petróleo, gas y carbón. Al consumo de fósiles se le agrego la deforestación del planeta, la contaminación de las aguas y las siembras de monocultivos. Las especies animales están en extinción y su espacio es ocupado por animales para el consumo humano. En los últimos 40 años las especies que habitan la región de las Américas se han reducido en un 89% afectando la biodiversidad. Las tasas de pérdida de especies actuales son alarmantes. Se habla de tasas de entre 100 y 1.000 veces más de extinciones que las que deberían ocurrir naturalmente.

La temperatura de la tierra está en aumento, con desertificación de los suelos, lluvias acidas y pérdida de la capa de ozono. Perdimos 60% de la superficie del suelo del planeta. El cambio climático provocado por

el calentamiento global y las emisiones de CO₂ alteraron el ciclo del agua y el ecosistema que mantiene el equilibrio del planeta. El efecto invernadero absorbe más agua de la tierra y por este calentamiento las lluvias caen más rápidas y en lugares más concentrados. Inundaciones y sequías, incendios y huracanes son las consecuencias visibles. El cambio climático provocó movimientos de la población y de otras especies; la vida animal y la humana se acercaron como consecuencia del cambio climático y sus virus viajaron junto a ellos. Al fenómeno de que el virus exista, pero no entre en contacto con nuestra especie se lo conoce como “huésped de final del camino” (dead-end host). Diversos estudios sugieren que una mayor diversidad de especies, incrementan las posibilidades de que el virus no llegue nunca a las personas. Un ejemplo se puede ver con la encefalitis del Nilo. La enfermedad es portada por aves, de allí pasa al mosquito y de este, al humano. Un estudio en la prestigiosa revista científica Nature, menciona tres trabajos en los que se observa, que cuando la diversidad general de aves es alta, disminuye la cantidad de especies aptas para portar el virus, en consecuencia, se producen menos contagios en humanos. Por el contrario, cuando la biodiversidad de aves es baja, tienden a dominar el sistema especies capaces de portar el virus aumentando la prevalencia de la enfermedad y la posibilidad de contagio hacia los humanos.

La pérdida de superficie de hábitat natural también provoca que las especies animales tengan mayores probabilidades de encontrarse con el ser humano. Los mercados húmedos y la ingesta de animales exóticos completaron el cuadro de un homo sapiens consumista y depredador.

Fratelli tutti nos enseña a comprender el proceso salud enfermedad: “De los individual a lo colectivo”

Fratelli tutti es una carta que el papa Francisco le regala no solo a los fieles católicos sino a todas las mujeres y hombres que componen la gran familia humana. Firmada por nuestro Pontífice el 3 de octubre de 2020 en Asís, es todo un símbolo, ya que toma de San Francisco las palabras que designan la encíclica: “hermanos todos”. Su contenido profundamente inclusivo trasciende a los cristianos, citando en su texto a autores romanos como Virgilio o Cicerón, notables intelectuales judíos como Hilel el Sabio, o grandes líderes sociales como Mahatma Gandhi, Martin Luther King, Desmond Tutu o el gran imán Ahmad Al-Tayyeb.

El lema “todo está conectado” de Laudato Sí se vincula directamente con *Fratelli tutti* **¡Como podemos pensar en el respeto y cuidado del medio ambiente si no respetamos y cuidamos al otro! a nuestro hermano. Porque el otro somos nosotros, no hay “ellos” ni “otros”, sólo hay “nosotros”**. Como decía Atahualpa al referirse a un amigo: “es uno mismos con otro cuero u otra piel”

¿Cómo impactó la pandemia en los diferentes grupos sociales? ¿Cómo una enfermedad que afecta a unos puede extenderse a todos?

Cuando llego la pandemia a nuestro país, alertamos sobre las inequidades y cómo afectaría la enfermedad a la población vulnerable. Los medios de comunicación masiva reiteraban que había que lavarse las manos y se preocupaban por la falta de alcohol en gel. Pero solo en el conurbano bonaerense hay 1500 villas sin acceso al agua corriente. En todo el país son 3 millones de personas que habitan en barrios carenciados ¿Con qué agua se lavan las manos? ¿Cuántas veces al día? ¿Con qué jabón?

Los comunicadores insistían en que hay que estar a metro y medio de distancia de otra persona, pero en el conurbano bonaerense un 18% de los hogares residen en viviendas precarias. Son más de 2 millones de personas con déficit habitacional. ¿Es posible el aislamiento domiciliario cuando 4 de cada 10 hogares pobres en el conurbano son ocupados por más de 3 personas por cuarto? ¿Cómo mantener distancia donde las personas viven hacinadas compartiendo un colchón en el que duermen varios?

Los medios de comunicación expresaban la preocupación por repatriar a los argentinos que estaban en el exterior, incluyendo algunos que permanecían en cruceros con camarote y comida. Pero qué hacer con 7500 personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires ¿Cómo los repatriamos? ¿Cómo los protegemos del virus?

Evidentemente el virus puede llegar a cualquier persona, pero la exposición al riesgo no es la misma, especialmente cuando se parte de condiciones socioeconómicas distintas. Las crisis como es el caso de las pandemias se encargan de poner delante de nuestros ojos las inequidades en las que estábamos “acostumbrados” a convivir.

También la accesibilidad a los servicios médicos es distinta, un 40% de la población se asistía en Hospitales Públicos ya saturados por la demanda habitual. Se insistía en comprar urgentemente respiradores, pero ¿Con qué enfermeras se operan estos equipos? Faltan enfermeras y de las que hay solo 15% son licenciadas en enfermería. Este recurso no se “compra” de un día para otro como los respiradores que incorporaba el sistema. En cuanto a los médicos son las áreas de terapia las que necesitaban especialistas y no “importar” médicos generalistas para los centros de salud, allí hacían falta enfermeras...

Al comienzo de la pandemia manifestamos enérgicamente “Si el virus se difundiera dentro de estas comunidades del conurbano bonaerense las consecuencias sociosanitarias serán de una magnitud nunca vista en nuestro país”. ¿Surgieron de la nada estos barrios vulnerables, carenciados, de emergencia, precarios? ¿El virus fue solo un catalizador que les dio visibilidad? Esta problemática debió haber sido resuelta antes de la pandemia, fue la oportunidad de remediarlo... pero se comenzó mal, lejos de visibilizar y dar respuesta al problema, para ocultarlo se les dio un nombre cosmético... ahora se llaman barrios populares...

La preocupación por el otro no es un tema que caracteriza a la sociedad actual, pero el miedo a que la enfermedad llegue a todos los hogares tomó una fuerza tal que impulsó al ser humano a ser más solidario. Solo en esos momentos nos dimos cuenta de que la enfermedad del otro puede ser nuestra enfermedad, que el dolor del otro es nuestro dolor, que la existencia del otro en buenas condiciones de salud (entiéndase el concepto amplio de salud) es necesario para nuestra propia vida. Recuerdo que durante la pandemia cuando nos comunicábamos con alguien las dos preguntas ineludibles eran: ¿te vacunaste? ¿te enfermaste? Era un sentimiento de solidaridad, de hermandad o nos preocupaba la enfermedad del otro por temor a nuestra propia salud.

Estilos de vida como determinantes ambientales de las enfermedades no infecciosas

El concepto ecológico de enfermedad es válido tanto para los procesos infecciosos como los no infecciosos, en estos últimos el ambiente actúa como un importante determinante causal. El desarrollo de la civilización llega acompañado de nuevos problemas, la economía industrial necesita del consumismo de las grandes concentraciones poblacionales. La sociedad de consumo le quita al ser humano la posibilidad de elección. Los elementos económicos son absorbidos por la cultura, desapareciendo la distancia entre proceso y finalidad, perdiéndose la perspectiva que le da sentido a las cosas y su propósito final.

Desfamiliarización, deshumanización, hipertecnismo, hiperconsumismo, adiciones, egoísmo, violencia, descarte de los más débiles e inequidades crecientes, conducen a la ausencia de esperanza y el deterioro de la fe, y contribuyen directamente a la pérdida de la dignidad de la vida humana y la anomia social.

A partir de la primera revolución industrial se inicia un proceso de aceleración de la historia. El hipertecnismo domina la economía actual sustentándose en el consumismo de las poblaciones urbanizadas. Estos agentes no infecciosos, al igual que una bacteria o virus en una epidemia, necesitan de medios de transmisión, que faciliten la “difusibilidad” de la enfermedad entre los “susceptibles”. Los medios de comunicación masiva son los “vectores” que contribuyen a la difusibilidad de esta nueva cultura. Estos medios penetraron en el hogar, se sientan en la mesa y reemplazan al diálogo familiar, le arrebatan al ser humano la iniciativa en la dirección y elección de su destino, y le quitan posibilidad de decisión y responsabilidad. Si bien hay individuos susceptibles también los hay inmunes o resistentes, ¿Cuál es el factor que otorga inmunidad? La educación es el factor protector frente a una sociedad tecnificada e invadida por los medios de comunicación que violan intelectualmente al ser humano. Televisión, internet, celulares e inteligencia artificial se aplican tendenciosamente, “exponiendo a riesgo” a los susceptibles. Estamos en una verdadera guerra entre la educación y la deshumanización de la cultura que atenta contra la vida misma. La vida es el primer valor humano, y esta puede ser analizada a partir de diferentes

relaciones: la vida con relación a nosotros mismos, a los demás, a las estructuras sociales, a la familia, a la escuela, a la comunidad, a la ecología y a la trascendencia.

Políticas Públicas como respuesta social

Todos seguramente esperamos vivir en un país que respete la dignidad de la vida humana, que preserve las instituciones y el estado de derecho, que promueva la equidad, que impulse al desarrollo integral y sustentable, que respete las diferencias y promueva el dialogo. Pero error, olvido, cambios de rumbo y falta de una imagen objetivo clara caracterizaron a diferentes gobiernos de los últimos cincuenta años, alejándonos de estos propósitos. Para alcanzarlos se requiere que los máximos niveles de conducción del país reúnan cuatro requisitos básicos: Legalidad, legitimidad, idoneidad, honestidad. Solo los niveles de conducción que acrediten estos atributos podrán gestionar eficientemente las políticas públicas.

Conceptualizamos a las políticas públicas como la búsqueda de soluciones a los problemas que enfrenta una sociedad, mediante procesos de planificación definiendo una visión a largo plazo. Las mismas estarán enfocadas en temas de derechos humanos, ambientales, poblacionales, en las dolorosas inequidades, en temas educacionales, laborales, seguridad y otros. Las políticas públicas son un instrumento orientado a la acción que luego los funcionarios deberían efectivizar a través de la gestión pública. En este proceso de búsqueda de soluciones todos deberíamos participar y comprometernos ya que el fin último, el propósito de las políticas públicas, es construir un mundo y un futuro mejor para todos. Para lograr los cambios sociales es necesario que estas políticas públicas además de ser participativas fortaleciendo el trabajo y las relaciones de cooperación en la sociedad, deben ser adaptables al contexto en el cual se van a implementar, flexibles y fundamentalmente innovadoras. Es necesario eliminar el “olor a naftalina” de los despachos de los funcionarios públicos que tienen responsabilidad en la planificación y ejecución de estas políticas.

La formulación de una política pública requiere como primer paso la investigación, identificando las verdaderas necesidades de la población, no solo las exteriorizadas como demanda, sino aquellas que existen pero que no se expresan. En este sentido la Universidad Católica Argentina está trabajando desde hace 20 años a través del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA). Sin diagnóstico el tratamiento será dudoso y sospechosamente negativo. Una vez concluida la etapa diagnostica será necesario priorizar los diferentes problemas identificados. La vida humana y su dignidad es el primer valor por priorizar. Luego habrá que elaborar programas que definan propósitos, metas y objetivos, establecer las acciones, asegurar la financiación asignando los recursos y evaluar el impacto.

Salud Humana

El concepto de salud fue cambiando a través del tiempo, desde la “ausencia de enfermedad”, pasando por “el completo bienestar” (no sólo ausencia de enfermedad), luego como “el proceso salud – enfermedad” (entendida como algo dinámico) para finalmente definirla más ampliamente “la salud como producto social”.

Si bien la salud “per se” no es un derecho legal o constitucional, sí lo es el acceso al sistema de atención de la salud. Como derecho fundamental de toda persona el acceso a la atención de la salud debería estar garantizado, por lo que el sistema debe organizarse de tal manera que dicho acceso quede asegurado en términos de universalidad y equidad. Pero, para poder progresar en la consecución de un nivel de salud cada vez mejor, no basta con reorientar el sistema sanitario, además se necesita de la colaboración y coordinación de distintos sectores, siendo necesario propiciar la intersectorialidad. La reducción de las tasas de morbilidad de diversas enfermedades obedeció más a modificación de factores medioambientales y de las condiciones de vida que a las acciones específicas del sistema sanitario.- Así el bacilo de Koch, existía desde hacía miles de años, pero hizo falta la concentración de masas campesinas en las ciudades, el hacinamiento, la desnutrición, y la carencia de medidas higiénico-dietéticas durante la revolución industrial, para que la tuberculosis adquiriera dimensiones epidémicas. De igual manera la disminución en la morbilidad por tuberculosis se produce antes de la aparición de los medicamentos tuberculostáticos, con el solo hecho de haber mejorado dichas condiciones socio-económico-sanitarias.- La educación, los cambios de conductas, hábitos y estilos de vida han modificado la historia natural de muchas enfermedades en las que el sistema de atención médica poco había podido hacer.-

Aplicando una visión holística, deberíamos reflexionar sobre tres puntos fundamentales: a) la salud de las poblaciones no es un problema que puedan resolver exclusivamente los profesionales del sector salud, b) un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas, por más eficaz y eficiente que sea, puede resultar insuficiente al momento de impactar en la salud de la comunidad en términos colectivos c) las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que contribuyen en un 43% en el desarrollo de las enfermedades como lo demuestra el estudio de Marc Lalonde. Este ministro de salud de Canadá identificó y midió cuatro determinantes en el proceso salud-enfermedad, a los que denominó “campos de la salud”: a) la biología humana que contribuye en un 27%, b) el medio ambiente al que le asignó un 19%, c) el sistema de atención médica que aporta tan solo un 11% y c) el más importante son los hábitos y estilos de vida que influyen en un 43% en el desarrollo de las enfermedades.

Salud como bien social y su contribución al desarrollo humano

La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo. Sin salud no hay capacidad productiva ni creativa. Diferentes estudios prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con una mayor productividad, así como en el rendimiento escolar.

El desarrollo humano es un proceso omnicomprendido y totalizador por medio del cual se amplían las oportunidades del ser humano. Estas oportunidades pueden ser tan amplias e infinitas como cambiantes en el tiempo según el devenir en la historia del hombre. Cuando algunos logros se obtienen otras oportunidades emergen como necesarias y deseables de alcanzar. En estos momentos existe consenso en que las cuatro necesidades esenciales son a) disfrutar de una vida prolongada y saludable, b) adquirir conocimientos, c) tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente y d) el respeto por la dignidad de la vida humana y el medio ambiente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras altamente valoradas por muchas personas continuarán siendo inaccesibles. Así podríamos incluir dentro de las potencialidades a alcanzar otras oportunidades que van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo y el disfrute de la garantía de derechos humanos.

La verdadera riqueza de una nación está en su recurso humano. Esta puede parecer una verdad obvia, aunque con frecuencia se olvida debido a la preocupación inmediata de acumular bienes de consumo y riqueza financiera.

La idea de que los beneficios sociales deben juzgarse según la medida en que promuevan el "bienestar humano" se remonta por lo menos a Aristóteles, que advirtió que las sociedades no debían juzgarse simplemente por patrones tales como el ingreso y la riqueza, que no se buscan por sí mismos, sino que se desean como medios para alcanzar otros fines. Aristóteles diferenciaba entre un buen acto político y uno malo, estos podían medirse en términos de sus éxitos y fracasos en desarrollar la capacidad de las personas de llevar una "vida próspera". El ser humano como fin real de todas las actividades es un tema recurrente en los escritos de la mayoría de los filósofos que se extiende a nuestros días. **La pregunta esencial es si el desarrollo es un medio o un fin en sí mismo.**

La Salud humana y el sistema de atención de la salud argentino

En `primer lugar es necesario recordar que sistema de salud no es lo mismo que sistema de atención médica o atención de la salud. Como todos conocen, Argentina tiene un sistema de atención de la salud segmentado y fragmentado con subsistemas paralelos y mecanismos múltiples y superpuestos de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios, lo que se traduce en ineficiencia e inequidad. Esta situación crónica reconocida por todos los sanitaristas y referentes del sector seguramente requiere de una reforma, esto nadie lo discute, pero debe ser motivo de un profundo debate. Se requiere un buen

diagnóstico técnico del tema y un consenso amplio de todos los actores del sistema para dar respuesta a necesidades humanas crecientes y recursos escasos. Podríamos enumerar tres alternativas:

1. Restringir la demanda con barreras burocráticas para el acceso o barreras económicas (copagos y/o bonos moderadores). Alternativa esta moralmente inaceptable, que solo conduce a mayor dolor y sufrimiento humano.
2. Incrementar el presupuesto destinado al sector salud. Algo similar a lo que se decidió para el sector educación. Alternativa que solo es conducente si se complementa con la siguiente.
3. Mayor eficiencia y efectividad del gasto en el sector salud.

El débil desarrollo de los sistemas de información de salud es un impedimento importante para cualquier proceso de reforma, por lo que si queremos hacer bien el bien hay que comenzar por disponer de información oportuna, confiable y accesible.

La seguridad social: cubre 16 millones de personas (OS sindicales), más 5 millones (PAMI) y 7 millones (OS Provinciales) Tiene un déficit crónico de recursos necesarios para garantizar la atención de sus afiliados. El sistema se financia con aportes y contribuciones por lo que este déficit está vinculado a una mayor desocupación, al trabajo informal, a la evasión impositiva, a la incorporación de monotributistas cuya contribución al financiamiento de la seguridad social es menor al resto del universo de aportantes, al envejecimiento poblacional, así como al incremento de los costos de las prestaciones médicas, la incorporación de nuevos fármacos y tecnología médica, el financiamiento de las prestaciones educativas que no competen al sector salud, o la incorporación de prestaciones al PMO sin su financiamiento o la obligación de cobertura de prestaciones que promueven grupos de presión.

Durante años, estas distorsiones se fueron abordando con parches, subsidios y redistribuciones del fondo solidario (APE, SUMA y SANO, entre otros), pero nunca se impulsó una reforma integral del sistema.

Una verdadera reforma requiere varios puntos:

1. Mejorar los sistemas de información.
2. Actualizar y sincerar el PMO.
3. Profundizar la libre elección dentro del sistema de la seguridad social incluyendo todo el universo de obras sociales (nacionales, provinciales, PAMI, otras), incorporando a las empresas de medicina prepaga.
4. Generar un reaseguro dentro del conjunto de la seguridad social para la cobertura de las prestaciones de alto costo y baja incidencia, estableciendo protocolos unificados, compras conjuntas, disminuir los costos y mejorar el acceso a tratamientos.

5. Modificar el financiamiento del sistema a través de una “cuota parte única” ajustada por edad y sexo. Este último componente, que daría equidad al sector de la seguridad social, es clave en cualquier proceso de reforma que se pretenda implementar,

6. Incorporar una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias que permita evaluar costo-efectividad de las tecnologías sanitarias. Definiendo que tecnologías está obligado a cubrir el sistema, con que indicaciones y a qué precio.

El subsector de la medicina prepaga (EMP) cubre al 14% de la población (6,3 millones de personas) siendo uno de los más concentrados de la economía argentina: cinco empresas embolsan el 75% de la facturación. El 40% de los afiliados paga sus cuotas directamente y el 60% restante son “desregulados” de las obras sociales con planes superadores. Estos últimos afiliados deberían trasladar al subsector privado solo la “cuota parte única” que mencionamos precedentemente y no los aportes y contribuciones realizados sobre su base salarial, de lo contrario se acentúa el “descrime” como lo vimos durante las dos últimas décadas.

Pero también este subsector requiere de una revisión de la carga tributaria, que resulta injusta teniendo en cuenta que el sistema es voluntario y que sus afiliados optan por no atenderse en el sistema público por el que pagan sus impuestos, y en caso de atenderse en el sector público, las prepagas abonan el arancel correspondiente por esas prestaciones, cuando estas son facturadas.

Asimismo, debería reconsiderarse la regulación de carencias y preexistencia definidas en la Ley 26.682. Desde la sanción de esta ley en 2011, los aranceles estuvieron regulados por el Estado a través de las Secretarías de Comercio y la Superintendencias de Servicios de Salud de turno. El costo del PMO y el de los medicamentos de alto costo, así como el IPC (INDEC) crecieron mucho más que el incremento aprobado por el estado para las EMP. Estamos entonces en presencia de un mercado privado, pero regulado.

El subsector público, cubre al 36% de la población (16,2 millones de personas), también requiere una profunda reconversión, con nuevas formas de planificación, gestión, integración, regionalización y otras estrategias ampliamente difundidas en publicaciones de expertos nacionales. La complejidad de este subsector se profundiza al considerar la estructura federal de nuestro país. Consideremos que hay 4,9 millones con doble cobertura incluidas en estos datos y que las realidades jurisdiccionales son muy diferentes tanto en cobertura como en calidad de atención.

Finalmente estamos de acuerdo en una reforma integral del sector salud, siempre y cuando no se atente contra lo que funciona bien para proteger los privilegios de los sectores ineficientes que no aseguran calidad en sus servicios.

Desafíos en el sector salud en búsqueda de la equidad, eficiencia y calidad

El primer desafío es plantearse desafíos. En un mundo globalizado, cambiante, dinámico, incierto e innovador nuestra cultura es “tanguera”, siempre dando vueltas en la pista y girando sobre los mismos problemas. Basta de repetir que nuestro sistema está fragmentado y segmentado, este es un diagnóstico que cualquier alumno de Salud Pública conoce en el primer día de clase. La segmentación perdura porque nadie asume el desafío del cambio, porque la segmentación garantiza y perpetua las inequidades (subsectores con diferentes coberturas y calidad de atención). Si segmentamos a la población según ingresos, según nivel educativo, o según cobertura de salud encontramos que los cuartiles de estas tres variables son coincidentes.

Innovación tecnológica, mayor conciencia sobre costos y gasto sanitario, interés en la efectividad y seguridad de las prácticas médicas, mayor peso de las expectativas y opiniones de los pacientes, interés en la calidad de los servicios brindados, mayor equidad en el acceso, mayor disponibilidad y acceso a datos e información, y una sociedad que exige cada vez más una rendición de cuentas obligan moralmente a los gestores de políticas públicas en salud a plantearse los desafíos del cambio.

El segundo desafío es reconocer el peso de los valores del suprasistema. El sistema de salud está inmerso dentro del suprasistema sociopolítico económico cultural. Ningún cambio en el sector salud es posible si no hay cambios en el suprasistema, en los que se reconozca como valor al trabajo, la idoneidad, la eficiencia, la calidad y la honestidad. No esperemos encontrar en el sector salud lo que en el resto de la sociedad está ausente. Virchow afirmaba, la política no es más que medicina en gran escala y el médico es el abogado natural de los pobres. El paradigma explicativo del proceso salud-enfermedad ya no es bacteriológico ni ecológico, es político determinativo. Son las decisiones políticas las que definen si una población se enferma o no: de que se enferma y cuál es su esperanza de vida.

El tercer desafío es reconocer que no existe un sistema de salud perfecto. Los sistemas económicos, educativos y de salud son construcciones humanas. Si el ser humano es imperfecto por naturaleza, todo lo que construye o crea es tan imperfecto como el mismo. En algunos casos las barreras son económicas y en otros son las listas de espera. Pero sistemas tan imperfectos como el nuestro es difícil de encontrar. Se dice que hay tres modelos de sistemas de salud: el Bismarck de la seguridad social, el Beveridge como sistema nacional de salud, las HMO de Estados Unidos y el extraño caso del sistema argentino. Nuestro sistema de salud reúne ineficiencia con baja calidad y ambas terminan por garantizar inequidad.

El cuarto desafío es mejorar la eficiencia. El gasto en salud de Argentina se mantuvo en los últimos años en torno al 9-10% del PBI. En términos porcentuales es uno de los más altos de la región, pero en términos nominales representa según el Banco Mundial U\$S 946 por habitante año, frente a U\$S 1.376 de Chile y U\$S 1.661 de Uruguay. El promedio en América Latina es de 953 y en países de altos ingresos de U\$S 9.224.

Pero además el gasto en Argentina no se correlaciona con buenos resultados en los indicadores de salud. La esperanza de vida al nacer en Chile es de 80 años, en Uruguay de 79 y Argentina 77. La tasa de mortalidad de menos de 5 años de Chile es 7 por mil nacidos vivos, Uruguay 8 y Argentina 10 por mil (OMS). El “gasto” en salud comprende la suma del gasto público (aportes y contribuciones de las obras sociales más impuestos nacionales y provinciales) y el gasto privado (cuotas de medicina prepaga más gasto de bolsillo). Argentina es el país con el mayor gasto de bolsillo (copagos, coseguros, pago de medicamentos en mostrador) de América Latina, este gasto es el más inequitativo.

El boom tecnológico de las últimas décadas obliga a evaluar las tecnologías médicas que el sistema está en condiciones de incorporar. Se requiere evaluar la seguridad, eficacia, efectividad y calidad de estas tecnologías (tareas asumidas por el ANMAT), pero también es necesario considerar el costo beneficio de las mismas (cobertura, indicaciones y costos). La creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias es una de las tantas deudas pendientes del sector que daría respuesta a estas últimas evaluaciones y reduciría la litigiosidad.

El quinto desafío es reducir las brechas y las inequidades en salud. Si bien el derecho a la salud es un concepto diferente al derecho al acceso al sistema de atención médica, en nuestro país el primero no está garantizado y el segundo adolece de equidad en el acceso y en la calidad de los servicios. Los indicadores básicos elaborados por el Ministerio de Salud documentan estas diferencias que duelen y avergüenzan. En términos de tasa de mortalidad materna las brechas van de 2,7 (CABA) y 3.3 (San Luis) a 19,1 (Santiago del Estero) y 13.9 (Chaco). Considerando la tasa de mortalidad infantil encontramos valores de 4,6 (CABA) y 4,8 (Neuquén) que contrastan con 11,6 (Formosa) y 11,3 (Corrientes).

El sexto desafío es explicitar una política clara en la formación de recursos humanos: Mientras que el sector educación forma al recurso humano, el sector salud es el que lo emplea. Esta primera observación obliga a una articulación entre ambos Ministerios que en la práctica no se evidencia. La “producción” de recurso humano en términos cuanti y cualitativo no se vincula con la demanda del mercado de la salud y menos aún con las necesidades reales de la población. La retórica dialéctica repite que “es necesario fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud”, pero el sistema termina por no demandar el recurso humano necesario para su efectiva implementación. Especialización y súper especialización son los cargos que reciben mayor remuneración y por ende elegidos por los futuros egresados. La distribución geográfica también es motivo de consideración, en un país con la extensión geográfica de Argentina existen regiones con plétora de profesionales y otras con demanda insatisfecha. Argentina tiene un médico cada 253 habitantes, mientras que CABA concentra un médico cada 30 habitantes y Chaco un médico cada 1000. La OCDE registra un médico cada 330 habitantes. En cuanto a las residencias

médicas, medicina familiar, atención primaria, neonatología, terapia intensiva y otras no se cubren por falta de incentivos. Las más demandadas son cirugía general, y anestesiología.

En cuanto al personal de enfermería también hay carencias cuantitativas y cualitativas. Argentina tiene 180 mil enfermeros, pero el 45% son auxiliares, las enfermeras universitarias son el 40% y las licenciadas solo alcanzan al 15%. La relación enfermeras/médico es de 0,7; pero si se establece la relación solamente con las enfermeras profesionales más las licenciadas la relación es de 1,92. La distribución geográfica también sigue el mismo patrón que el de los médicos.

El séptimo desafío es modificar el modelo de atención. El actual modelo sigue siendo hospital-céntrico y desarticulado. Es necesario la construcción de un modelo con niveles crecientes de complejidad, articulado en redes de servicios, jerarquizando el primer nivel de atención, con referencia y contra-referencia, con normas y guías clínicas que garanticen calidad.

El mayor desafío será articular la eficiencia con la calidad y esta con la equidad. Podrá considerarse que esto es imposible en nuestro país, pero una utopía no es algo irrealizable, es algo que en este momento no está presente, pero es posible en un futuro. La vida es un conjunto de utopías y el sueño de que un nuevo renacimiento está por venir en nuestra sociedad, solo en la medida que todos contribuyamos a una sana transformación en búsqueda del bien común.