

El pensamiento sanitario de Ginés González García



Por Federico Tobar*

Los grandes sanitaristas no se definen únicamente por las políticas que impulsan, sino por las ideas que dejan instaladas. Las políticas cambian con los gobiernos; las ideas, cuando son sólidas, sobreviven a sus autores y continúan orientando decisiones mucho tiempo después

Ginés González García fue, sin duda, uno de los principales constructores del pensamiento sanitario argentino y latinoamericano de las últimas décadas. Médico, docente, ministro, diplomático y formador de generaciones de profesionales, combinó una notable capacidad de gestión con una reflexión permanente sobre el funcionamiento de los sistemas de salud. Buena parte de sus aportes trascendieron las coyunturas políticas y terminó por configurar una forma particular de entender la relación entre Estado, mercado y ciudadanía en materia sanitaria.

Este artículo no pretende reconstruir cronológicamente su trayectoria ni realizar un balance de sus gestiones. Tampoco busca presentar una biografía intelectual exhaustiva. Su propósito es más modesto, pero quizás más útil: identificar cinco ideas que atravesaron de manera consistente su producción académica, sus intervenciones públicas y las principales políticas que impulsó.

Más que de políticas específicas, se trata de principios organizadores de un pensamiento sanitario que

mantuvo una notable coherencia a lo largo de varias décadas. En conjunto, estos cinco legados conforman una visión en la que la salud deja de ser concebida como un gasto asistencial para convertirse en un componente central del desarrollo, en la que el Estado asume la responsabilidad de corregir las fallas del mercado, garantizar derechos y conducir un sistema inevitablemente complejo.

PRIMER LEGADO

La salud como inversión para el desarrollo

Quizás ninguna idea sintetice mejor el pensamiento de Ginés que una afirmación repetida innumerables veces, desde que creó la Asociación de Economía de la Salud (en 1991) hasta sus últimos discursos:

«La salud no es un gasto; es una inversión».

La frase puede parecer hoy casi evidente. Sin embargo, cuando comenzó a instalarla, predominaba una visión que concebía el gasto sanitario principalmente

*El autor es asesor regional de Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

como una carga fiscal cuya expansión debía contenerse.

El corolario de este axioma es que la gestión sanitaria debe priorizar la maximización de resultados antes que la reducción de gastos. Por ello, sería un error afirmar hoy que aquel eslogan representa una batalla ganada. Porque tanto en el norte de este hemisferio como aquí en el sur, se reinstaura un criterio de gobierno que proclama los recortes presupuestarios como una conquista sanitaria.

Ginés invirtió esa lógica. Sostuvo que invertir en salud genera retornos económicos y sociales que exceden ampliamente los del propio sector sanitario. Una población más sana estudia más años, trabaja con mayor productividad, reduce el ausentismo laboral, incrementa la participación económica de las mujeres y fortalece el capital humano sobre el cual descansa el crecimiento de un país.

Esta perspectiva anticipó enfoques que, décadas más tarde, serían desarrollados por organismos internacionales bajo el concepto de inversión en capital humano. Antes de que la literatura económica comenzara a cuantificar sistemáticamente los retornos de la inversión sanitaria, Ginés defendía políticamente esa idea.

Su mirada trascendía la discusión presupuestaria. Para él, el verdadero interrogante no era cuánto costaba la salud, sino cuánto le costaba al desarrollo prescindir de ella. Siguiendo este legado de Ginés deberíamos plantearnos preguntas como: *¿cuánto le cuesta a la Argentina desproteger a los discapacitados? ¿Cuál es el costo de oportunidad de desmontar el Plan Enia de prevención del embarazo adolescente y la política de salud reproductiva?*

*«La salud es demasiado importante para dejarla solo en manos de los médicos.
La salud es demasiado importante para dejarla en manos de los economistas».*

GGG. Más salud por el mismo dinero, 1997

SEGUNDO LEGADO

El medicamento como bien social

Si existe un tema inseparable del nombre de Ginés, casi un sello distintivo de su gestión y prédica es la política de medicamentos. Su aporte consistió en

cuestionar una premisa implícita que durante décadas había dominado el debate sanitario: considerar al medicamento simplemente como otro bien transable dentro del mercado.

Ginés proponía exactamente lo contrario. El medicamento posee una naturaleza dual. Es, simultáneamente, un producto industrial y un insumo indispensable para garantizar un derecho humano. Esa condición obliga al Estado a intervenir para corregir las profundas fallas de mercado que caracterizan al sector farmacéutico: asimetrías de información, poder monopólico, demanda inducida, barreras regulatorias y fuerte concentración empresarial.

Durante su gestión en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1988 a 1991) incorporó el Programa de Genéricos Bonaerenses, cuyos principales componentes fueron:

1. Prescripción por nombre genérico en los servicios públicos provinciales, reduciendo la dependencia de marcas comerciales.
2. Compras centralizadas de medicamentos, aprovechando el poder de negociación del Estado para reducir precios.
3. Uso de medicamentos esenciales, limitando la oferta a un vademécum basado en criterios de eficacia, seguridad y costo-efectividad.
4. Provisión pública de medicamentos genéricos.
5. Educación de médicos y farmacéuticos para fomentar la prescripción racional y disminuir la influencia del marketing farmacéutico.

El objetivo no era simplemente abaratar los medicamentos, sino cambiar la lógica del mercado farmacéutico: desplazar la competencia de las marcas a los principios activos y fortalecer la capacidad regulatoria del Estado. Esa filosofía sería luego la base de la política nacional de medicamentos implementada entre 2002 y 2007, que incluyó la Ley Nacional 25.649 de Prescripción por Nombre Genérico de 2002 y el Programa Remediar (2001 a 2024).

Mientras la economía neoclásica suele asumir mercados competitivos, Ginés fue un divulgador de la visión que sostenía que el mercado farmacéutico presenta casi todas las fallas posibles:

- asimetrías de información;
- competencia imperfecta y poder monopólico;

- demanda inducida (el médico decide, el paciente consume y un tercero suele pagar);
- barreras de entrada derivadas de patentes y regulación;
- baja elasticidad de la demanda.

«Lo que está adentro del frasco no vale nada. Es mucho más caro lo que lo envuelve, y más aún, el marketing».

GGG. “Entrevista en Página 12”. 17 de marzo de 2002.

Por eso, defendió que el medicamento debía considerarse un bien social y no simplemente una mercancía. En ese sentido, el Programa Genéricos Bonaerenses fue mucho más que una medida de ahorro: fue la primera expresión práctica de una visión económica y sanitaria que luego se consolidaría a nivel nacional.

Desde esa perspectiva, cobraron sentido políticas por la utilización por nombre genérico, la provisión pública, la transparencia de precios, la promoción del uso racional de medicamentos y el fortalecimiento de la capacidad regulatoria del Estado. Más que una política farmacéutica, Ginés construyó una verdadera economía política del medicamento.

Ginés González García solía recordar una máxima atribuida a Jacques Attali:

«En salud, el Estado que no regula, regala; y el mercado sin Estado es mercado negro».

TERCER LEGADO

El Estado como rector de un sistema fragmentado

Argentina nunca tuvo un sistema nacional de salud integrado. Conviven jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales, obras sociales de distinta naturaleza, empresas privadas y múltiples programas verticales. Muchos interpretaron esa fragmentación como un problema exclusivamente financiero. Pero Ginés sostenía algo diferente: el principal desafío era construir la rectoría en salud.

La función del Ministerio de Salud no consistía únicamente en administrar hospitales o ejecutar programas, sino en conducir el conjunto del sistema, establecer reglas comunes, coordinar actores con incentivos diversos y generar consensos. Esta visión recuperaba una función esencial del Estado que con frecuencia

queda eclipsada por la discusión presupuestaria: gobernar un sistema complejo. Su concepción de la rectoría nunca implicó estatizar la provisión ni desplazar a otros actores. Significaba ejercer liderazgo institucional para que la diversidad organizacional no derivara en inequidad.

En un contexto de alta turbulencia social y crisis económica (2001). Su consigna al asumir la cartera de salud nacional fue que la crisis no es política. Por el contrario, la política era la respuesta a un desmembramiento social. El acuerdo, el pacto, las mesas de diálogo y el escuchar a todos los actores involucrados constituyeron entonces su modelo de gestión ministerial.

La capacidad del Estado para actuar en situaciones de crisis se concreta a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 486/2002, que declaró la Emergencia Sanitaria Nacional, firmado por el presidente Eduardo Duhalde el 12 de marzo de 2002. Se convirtió en una pieza central de la política sanitaria. No se limitó a declarar una emergencia: constituyó el marco jurídico que permitió desplegar una profunda reforma de la política de medicamentos y garantizar el acceso a prestaciones básicas. También aportó una narrativa y un fundamento para la intervención del Estado en el ámbito sanitario. Entre sus principales medidas se encontraban:

- Declarar la Emergencia Sanitaria Nacional hasta el 31 de diciembre de 2002.
- Garantizar el suministro de medicamentos e insumos en hospitales públicos.
- Asegurar medicamentos ambulatorios para personas en situación de vulnerabilidad.
- Crear el Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos, que luego se materializaría en el Programa Remediar.
- Establecer precios de referencia para medicamentos.
- Impulsar la prescripción por nombre genérico y la sustitución en farmacia.
- Fortalecer la garantía de prestaciones básicas del sistema de obras sociales y del PAMI.

En cierto sentido, el DNU 486/2002 puede leerse como el manifiesto programático de la política sanitaria de Ginés. Muchas de las iniciativas que hoy asociamos con su gestión -la Ley de Genéricos, Remediar, la

política de medicamentos esenciales y el monitoreo de precios- ya estaban anticipadas en ese decreto. Desde mi interpretación aportó una narrativa, un fundamento de la intervención del Estado en el ámbito sanitario, que incorporara una inercia tan grande que dificultó luego el retorno a un modo normal” del funcionamiento del sistema de salud. De hecho, una de las características más llamativas de esa emergencia es que perduró durante casi dos décadas mediante sucesivas prórrogas legislativas y reglamentarias¹.

La emergencia opaca el Plan Federal de Salud (2004-2007). Aunque todos los ministros provinciales de salud lo suscribieran en la Casa del Acuerdo de San Nicolás, en un gesto simbólico que buscaba recrear la creación del federalismo argentino. El Plan no logró adquirir fuerza programática y terminó constituyendo un fuerte impulso a los programas verticales organizados y financiados desde la jurisdicción nacional hacia las provincias y los municipios.

CUARTO LEGADO

La evidencia como fundamento de la política sanitaria

Otra característica distintiva del pensamiento de Ginés fue su confianza en la evidencia como herramienta de gobierno. Durante su gestión se fortalecieron capacidades técnicas poco frecuentes en la región: Cuentas Nacionales de Salud, estudios de gasto, investigaciones sobre medicamentos, análisis económicos, evaluación de tecnologías sanitarias y sistemas de información para la toma de decisiones.

No concebía la economía de la salud como un instrumento para restringir derechos, sino como una disciplina destinada a asignar mejor los recursos, siempre escasos. Su aproximación combinaba rigurosidad técnica con sensibilidad política. La evidencia no reemplazaba a la decisión política, pero permitía que esa

1. El DNU 486/2002 extendía la emergencia hasta el 31 de diciembre de ese año. Luego, el DNU 2724 lo prorroga hasta fin de 2003; el 1210 a fin del 2004; la Ley 25.972 hasta fin de 2005; la Ley 26.077 hasta fin del 2006; la Ley 26.204 hasta fin del 2007; la Ley 26.339 hasta fin del 2008; la Ley 26.456 hasta fin del 2009; la Ley 26.563 hasta fin del 2011; la Ley 26.729 hasta fin del 2013; la Ley 26.896 hasta fin del 2015; la Ley 27.200 hasta fin del 2016; la Ley 27.345 hasta fin del 2017; la Ley 27.341 hasta fin del 2019; y luego la Ley 27.541 la vuelve prorrogar,



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento, distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



SCIENZA

www.scienza.com

OSR

technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.

decisión fuera más transparente, más eficiente y más equitativa. En tiempos en que la evidencia aún ocupaba un lugar marginal en muchas decisiones públicas, Ginés contribuyó decisivamente a instaurar una cultura de evaluación en el sistema sanitario argentino.

Más que terminar esta sección con una cita quiero narrar una anécdota que sintetiza, en mi modo de ver, cómo Ginés concebía la relevancia de la evidencia:

Estuve a cargo de la formulación e implementación del Programa Remediar y lo abordé casi como una tesis. Relevé varios antecedentes de políticas internacionales de provisión pública y definí un modelo de intervención. El Banco Interamericano de Desarrollo actuaba como el jurado de esa tesis y me exigía permanentemente justificar y demostrar cada detalle de la política.

Cuando el programa ya estaba por ser lanzado formalmente, Ginés me llamó y me dijo que llevara un botiquín con remedios al Congreso de la Nación. Allí visitamos, uno por uno, a todos los diputados y senadores de las comisiones de salud. Ginés se tomó el trabajo de explicarle, a cada uno, como funcionaba el programa y pedirles que nos apoyaran para que nadie interfiriera en el funcionamiento de Remediar en el terreno. Al salir del Congreso le reclame a Ginés por todo lo que yo me había dedicado a revisar evidencias para la formulación de Remediar para que al final la política de salud termine siendo pura negociación. Él me respondió:

“No te equivoques. Si vale la pena tomarse el trabajo de dar pelea, es porque estamos seguros de que tenemos una propuesta sólida. Una no sirve sin la otra”.

QUINTO LEGADO

La equidad como criterio para juzgar un sistema de salud

Todas las ideas anteriores convergen finalmente en una preocupación permanente: la equidad. Ginés entendía que el verdadero desempeño de un sistema sanitario no debía medirse únicamente por la complejidad tecnológica alcanzada, la cantidad de hospitales construidos o el gasto ejecutado. El crite-

rio fundamental era otro: su capacidad para reducir desigualdades.

Esta preocupación explica la prioridad otorgada a la atención primaria, la salud sexual y reproductiva, la prevención, el acceso gratuito a medicamentos esenciales y las políticas dirigidas a poblaciones vulnerables. La equidad no aparecía como un resultado accidental del crecimiento económico. Era un objetivo deliberado de las políticas públicas.

Desde esta perspectiva, el Estado no intervenía para sustituir al mercado, sino para corregir las desigualdades que éste inevitablemente produce cuando se trata de bienes tan particulares como la salud. Para Ginés, la equidad no era solamente un criterio técnico para distribuir servicios o recursos sanitarios. Era la expresión concreta de la justicia social en el campo de la salud. Por eso sostenía que la salud debía convertirse en...

«Una vía troncal para alcanzar la justicia social para todas las argentinas y todos los argentinos».

Reflexión final

Considero que el mayor legado intelectual de Ginés González García no reside en una política específica sino en haber logrado articular una visión coherente de la salud pública para la Argentina democrática. Esa visión puede resumirse en una idea sencilla: la salud constituye simultáneamente un derecho ciudadano, una inversión para el desarrollo, un espacio donde los mercados requieren regulación y un campo donde el Estado debe ejercer liderazgo apoyándose en evidencia científica.

En un contexto internacional marcado por el envejecimiento poblacional, la innovación tecnológica, las restricciones fiscales y el crecimiento de las desigualdades, estos principios conservan una vigencia notable.

Como ocurre con todo gran pensamiento sanitario, muchas de sus respuestas deberán adaptarse a nuevos desafíos. Pero las preguntas fundamentales que Ginés ayudó a formular –cómo garantizar el acceso, cómo financiar con equidad, cómo regular mercados imperfectos y cómo convertir la salud en motor del desarrollo– continúan definiendo buena parte de la agenda sanitaria contemporánea.

Ese es, probablemente, el mejor indicador de la perdurabilidad de su legado. 