



# Consecuencias sanitarias por la falta de acceso

## Una tragedia silenciosa

Carlos Javier Regazzoni

*Médico, doctor en Medicina, extitular del PAMI.*

### Resumen

Sostenemos que los problemas de acceso a la salud no son económicos, sino políticos. Propondremos ideas sobre las causas políticas de dicha falta y su relación con nuestro desarrollo económico y comunitario. El acceso a la salud es una acción indispensable para regenerar nuestra comunidad política y promover el desarrollo de la economía. El empobrecimiento de la población violenta sus expectativas, amenaza nuestro ideal como país y nos aísla de la gran corriente civilizatoria global. Las comunidades pueden quedar apresadas en trampas de pobreza, una de cuyas causas es la mala salud. Pobreza y enfermedad se potencian en un círculo vicioso que compromete nuestro desarrollo y el futuro de las nuevas generaciones, que quedan cautivas en trampas de mortalidad. El acceso igualitario a la salud de calidad es un imperativo de la comunidad política; solo puede ser abordado desde el Estado, y es el prerequisite de la revitalización de nuestra sociedad y de su convivencia política, así como de su desarrollo.

**Palabras claves:** salud; enfermedad; pobreza; democracia.

### Abstract

*We maintain that the problems of access to health are not economic, but political. We will propose ideas about the political causes of this lack and its relationship with our economic and community development. Access to health is an indispensable action to regenerate our political community and promote economic development. The impoverishment of the population violates their expectations, threatens our ideal as a country and isolates us from the great global civilizational current. Communities can be trapped in poverty traps, one of the causes of which is poor health. Poverty and disease are enhanced in a vicious circle that compromises our development and the future of the new generations, trapped in mortality traps. Equal access to quality health is an imperative of the political community; it can only be addressed from the State, and it is the prerequisite for the revitalization of our society and its political coexistence, as well as its development.*

**Keywords:** health; disease; poverty; democracy.

## Introducción

Decía Marco Aurelio (2021) en sus *Meditaciones* que ocuparse del ser humano es también parte de ser humano. En Utopía, sostiene Santo Tomás Moro que lo propio de la humanidad es «... para el hombre el traer salud y solaz al hombre...» (1992, p. 85). De ello se trata la salud, de ocuparse del ser humano en su hora decisiva. Ahora bien, ocuparse del ser humano es una misión individual a veces (indudable), pero efectivamente colectiva las más de las veces. Ocuparse del otro demanda la cooperación propia del ámbito público, comprendida en la definición de *política*. Los humanos se ocupan de manera efectiva de sus semejantes al actuar en comunidad. Igual con la salud.

Esta política de la cooperación comunitaria implica en paralelo la dinámica del poder. Lamentablemente y como decía Lyndon Johnson en una entrevista concedida al diario *El País* en 2020: «Es poder allí donde el poder va» (Güimil, 2020), separado así de la política como cooperación comunitaria en el ámbito de lo público y amparado en acciones secretas. Esta dinámica del poder termina ignorando al ser humano. Y origina otra nueva «política» fuertemente alejada de las formas arquitectónicas de la cooperación. Esta otra política ha triunfado incluso sobre la economía (Forrester, 2000). Se trata de una política de poder a espaldas de la comunidad, que ha sido capaz de evitar la materialización de aquel viejo anhelo del orden económico; una sociedad sin poder y una ciudad despolitizada (Mangabeira-Unger, citado en Gobierno de Salta, 2010). Esta «política» —que señalamos— reina hoy indisputable por sobre la economía y las mismas bases del espíritu comunitario.

Luego, sostenemos que los problemas de acceso a la salud no son económicos, sino políticos, y propondremos ideas en torno a las causas políticas de la falta de este acceso y sus poderosos lazos con nuestro desarrollo económico y comunitario. Consideramos el acceso a la salud como una acción indispensable para volver la política a los cauces de lo humano, y, así, reivindicar a la propia economía.

### 1. Trampas de pobreza

Coincidimos con Mangabeira-Unger en relación a que el acontecimiento social más importante de las últimas décadas es el surgimiento, al lado de la clase media tradicional, de una nueva clase media de millones de personas que vienen de abajo, que luchan para abrir pequeños emprendimientos, que estudian a la noche y que inauguran una cultura de autoayuda e iniciativa. Esta nueva clase media ya está en el comando del imaginario popular (Mangabeira-Unger, 2011). Su empobrecimiento violenta las expectativas de la población, amenaza nuestro ideal como país, y arriesga nuestra inserción en el gran proyecto de modernidad de la civilización actual.

El empobrecimiento en términos relativos es un hecho. El desempleo joven<sup>1</sup> llega al 22 % para el total de nuestro país<sup>2</sup>. Según la consultora McKinsey, en los países desarrollados

<sup>1</sup> 18 a 25 años de edad.

<sup>2</sup> Cf. <https://centrocepa.com.ar/informes/162-jovenes-y-empleo-en-numeros>

la generación más joven corre riesgos de terminar más pobre que sus padres (Dobbs *et al.*, 2016). Los ingresos del 70 % de los adultos jóvenes se estancaron o redujeron durante la década 2002-2012, especialmente en aquellos con menor educación. Dos de cada cinco encuestados refirieron que su posición económica se había deteriorado. La mitad de los jóvenes del Reino Unido, Estados Unidos, Italia, Suecia, Holanda y Francia dicen estar estancados o peor que diez años atrás.

Mucho podría atribuirse a la automatización y la robótica, pero nuevamente aquí entra la política. Culpar a la máquina ignora que «... en esencia el poder de la máquina es sólo el poder del hombre almacenado y concentrado...» (Marcuse, 1994, p. 33). La máquina no tiene culpa; ella es la proyección del poder del capital, sus dueños y sus administradores, y de las decisiones que el poder político tome en correspondencia. No es forzoso que la máquina desplace o empobrezca al hombre.

La pobreza aumenta en nuestra comunidad por varias razones: tasas de fertilidad más altas entre las familias humildes; luego casi la mitad de los nuevos nacimientos acontecen en hogares pobres; caen los ingresos de las familias de clase media por debajo de la canasta familiar, y fallan los mecanismos de movilidad social ascendente. Llegados a este punto, aparece un concepto central de nuestra discusión: se forman trampas de pobreza.

Sintéticamente, la teoría de la «trampa de pobreza» sostiene que, entrada la familia en situación de pobreza, resulta extremadamente difícil salir de ella (Ghatak, 2015). Habría procesos que refuerzan el ciclo: una familia en situación de pobreza vive en barrios con mala infraestructura, baja calidad educativa, mayor carga de enfermedad, violencia y exclusión progresiva del mercado laboral. Visitemos las barriadas pobres de la zona sur del Gran Buenos Aires y podremos constatar fehacientemente el círculo no virtuoso descrito. La consecuencia es el denominado empobrecimiento estructural.

Los hechos muestran que, durante los últimos ochenta años, sacar a las familias de la situación de pobreza ha resultado extremadamente difícil para las naciones. Esta dificultad se refleja en el *Growth Report* del 2008, realizado, a instancias del Banco Mundial, por algunos de los economistas más prestigiosos del mundo (incluidos los dos Premio Nobel de economía: Robert Solow y Michael Spence), quienes conforman la Commission on Growth and Development. En las últimas siete décadas, únicamente doce naciones lograron salir del estatus de subdesarrollo. La tarea exige estrategias más allá del «crecimiento económico»<sup>3</sup>, y el acceso a la salud debe ser pensado en esta lógica.

Tampoco debe culparse al tamaño del Estado en la dinámica de las trampas de pobreza. El 1 % de la población de mayores ingresos se lleva el 13 % del ingreso nacional en Alemania o Suecia, dos países con amplio estado de bienestar. Lo mismo sucede en Estados Unidos, con intervención pública relativamente baja. El peso y volumen del Estado viene aumentando en todos esos países tanto como las desigualdades. El aumento del Estado puede haber servido para mitigar las desigualdades crecientes, pero de ninguna manera

---

<sup>3</sup> Es el subtítulo del libro de los recientemente galardonados Premios Nobel de Economía Abhijit, V. Banerjee y Esther Duflo: *Poor economics. A radical rethinking of the way to fight global poverty*. (2011). New York: PublicAffairs.

las resuelve. En la Argentina, por su parte, la participación del Estado en la economía no dejó de crecer en la última década. El 1 % superior percibe el 17 % del ingreso nacional (y posee más del 30 % de toda la riqueza). La pobreza no deja de aumentar.

En nuestro país, los 870.000 hogares con más ingresos perciben lo mismo que 1.700.000 hogares que siguen en la escala. El desafío para el Estado es cumplir su función igualadora con educación, salud, infraestructura y seguridad de forma eficiente e independientemente de su tamaño<sup>4</sup>. Hablamos de ética pública, combate del clientelismo, representatividad democrática, independencia de poderes, empoderamiento de la ciudadanía con educación y salud universales, y libertad de expresión. Las causas de las desigualdades son políticas (Piketty, 2019); también su resolución. Y la salud es precisamente una de las tareas centrales del cambio requerido.

## 2. Salud y desarrollo

La salud y el desarrollo económico están profundamente solapados, y la posición socioeconómica individual y comunitaria se relaciona causalmente con los niveles de salud (Marmot, 2005). Las condiciones de vida temprana (posición socioeconómica de los padres) influyen sobre la salud del individuo a lo largo de toda su vida (Hayward y Gorman, 2004). Y cabe preguntarse si, por contrapartida, la mejora de la salud poblacional impacta sobre la economía (Bulczak y Gugushvili, 2022).

Según Bhargava, Jamison, Lau y Murray (2001), los modelos econométricos han mostrado, para los países de bajos ingresos, efectos significativos de la tasa de supervivencia de adultos<sup>5</sup> sobre el crecimiento económico. Para los países más pobres, un incremento del 1 % en la tasa de supervivencia de su población adulta se asoció con un aumento aproximado del 0,05 % en la tasa de crecimiento económico. El efecto es inmenso; en dichos modelos, un aumento similar del 1 % en la relación inversión/PIB se asoció con un aumento del 0,014 % en la tasa de crecimiento. La mejora en la salud propulsó el crecimiento económico tres veces más que la tasa de inversión. Al evaluar 64 estudios de todo el mundo, se observó un efecto positivo de la salud sobre el crecimiento económico (Ridhwan, Nijkamp, Ismail y Irsyad, 2022). Además, una esperanza de vida lo suficientemente alta es el desencadenante de la transición hacia el crecimiento sostenido de los ingresos (Cervellati y Sunde, 2011).

Admitamos que otros autores encontraron lo opuesto. En sus estudios, los cambios en la esperanza de vida tienen un gran efecto sobre la población; un aumento del 1 % en

---

<sup>4</sup> Para profundizar esta idea, leer: Bouton, S.; Cis, D.; Mendonca, L.; Pohl, H.; Remes, J.; Ritchie, H. & Woetzel, J. (1999). *How to make a city great*. McKinsey Cities Special Initiative. McKinsey & Company, [https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/how%20to%20make%20a%20city%20great/how\\_to\\_make\\_a\\_city\\_great.pdf](https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/how%20to%20make%20a%20city%20great/how_to_make_a_city_great.pdf)

<sup>5</sup> La tasa de supervivencia de la vida adulta es una medida agregada de los niveles de salud de la población. La tasa de supervivencia entre los 15 y los 60 años representa el complemento de la tasa de mortalidad entre los 15 y los 60 años (1-tasa de mortalidad). La tasa de mortalidad adulta (15-60) es la probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir 60 años.

la esperanza de vida conduce a un aumento de la población de alrededor del 1,5 %. Sin embargo, el efecto de la esperanza de vida sería mucho menor en el PIB total. Para estos autores, los esfuerzos globales para combatir las malas condiciones de salud en los países menos desarrollados pueden ser muy efectivos en sí mismos, pero sería dudoso su efecto sobre la pobreza. Aquí las ganancias de la expectativa de vida en términos de años de productividad y aumento del capital humano serían pequeñas, y la salud aportaría poco al crecimiento económico.

La controversia existe, aunque la abrumadora evidencia y la opinión de expertos respaldan la idea de que mejorar la salud promueve por sí mismo el desarrollo económico de las naciones. Como último ejemplo, la inversión en investigación médica produce fuertes retornos económicos a la comunidad (Grant y Buxton, 2018), debido al mejoramiento de la longevidad y de la calidad de vida de la fuerza laboral y a otros efectos indirectos de la investigación biomédica sobre el desarrollo económico. Se estima que, por cada libra esterlina gastada en investigación médica en el Reino Unido, dicho país ha venido recibiendo beneficios en aumentos del PIB y beneficios económicos derivados del mejoramiento de la calidad de vida, equivalentes a 25 peniques al año (es decir, un retorno anual a la inversión del 25 %).

### **3. Trampas de mortalidad**

Ahora bien, así como tenemos trampas de pobreza, existen las denominadas trampas de mortalidad (Bloom y Canning, 2014). La distribución de la salud en el mundo y su progreso a lo largo de las décadas han venido siendo bimodales, con un grupo de países saludables de baja mortalidad, que evoluciona con reducción sostenida de esta, y un grupo de países no saludables y con alta mortalidad, cuya evolución es tórpida. Consecuentemente, el proceso de convergencia en salud es desigual; muy pocos países con alta mortalidad hacen una transición rápida hacia una baja mortalidad, mientras que otros países de alta mortalidad parecen estar atrapados de manera persistente en una «trampa de mortalidad». Más aún, existiría una especie de valor umbral de salud que debe alcanzarse para producir el cambio de régimen de alta a baja mortalidad. Los países con una esperanza de vida mayor a 55 años en 1963 persistieron en un régimen de reducción progresiva de la mortalidad y se han mantenido en el clúster de baja mortalidad. Mientras que aquellos con una esperanza de vida de menos de 55 años en 1963, en su mayoría, no transicionaron hacia un régimen de baja mortalidad y hoy persisten con mala salud. El modelo sugiere un umbral, un nivel de salud inicial o en una combinación de variables vinculadas, a partir del cual los países pueden saltar al régimen de buena salud. Por debajo del umbral, los países se encuentran en una trampa de mortalidad. Dentro de los países, también hay áreas geográficas o sectores sociales alcanzados por estas trampas.

El punto central para nuestro trabajo es que las trampas de mortalidad se correlacionan casi exactamente con las trampas de pobreza. Las trampas de mortalidad parecerían superarse mediante incrementos simultáneos en los niveles de educación e ingreso de las

comunidades, aunque no se descarta obviamente un efecto de la difusión de tecnologías médicas y de la infraestructura urbana básica. Y, yendo al acceso a la salud, su carencia se correlaciona absolutamente con las áreas de mayor mortalidad en la Argentina.

#### **4. En la Argentina, también la salud depende de la condición socioeconómica**

En nuestro país, existen fuertes desigualdades en salud (Macchia, Mariani, Nul, Grancelli, Tognoni y Doval, 2020), similar a las trampas de mortalidad descriptas. Aunque las tasas de muerte general y prematura tienden a disminuir en la mayor parte del mundo, incluidos los países de ingresos medios y bajos, este comportamiento promedio oculta fuertes desigualdades en el interior de las naciones. Tales promedios enmascaran profundas diferencias sociales en la tasa de mortalidad existentes dentro de cada sociedad. En la Argentina, desde 1990 hasta 2017 se redujo significativamente la tasa de mortalidad promedio estandarizada por edad y sexo. Pero, en los bienios 2002-3 y 2016-7, hubo un aumento de la mortalidad en relación con el bienio anterior. Ambos picos corresponden a crisis económicas. Además, la velocidad de reducción de muerte prematura (< 75 años) también mostró una disminución progresiva. El aumento de la mortalidad general se debió al aumento tanto de la muerte prematura como de la muerte en ancianos. La mortalidad general aumenta cuando se reduce el financiamiento público de la atención a la salud ( $P = 0,002$ ); los años en que el Estado destinó más dinero a la asistencia tuvieron menor mortalidad. Se observó también que, a mayor número de necesidades básicas insatisfechas, mayor la probabilidad de morir antes de los 75 años.

Al mismo tiempo, dentro de una misma ciudad, existen trampas de mortalidad. Por ejemplo, en la comuna 8 de la ciudad de Buenos Aires (Lugano) la muerte ocurre, en promedio, entre los 71 y 69 años de edad; mientras que, en la comuna 2 (Barrio Norte), ello sucede entre los 79 y 78 años (Regazzoni, 2008). Se ha visto que las personas con mayor capital social en la Argentina tienden a reportar mejor situación de su salud personal que aquellas personas más carenciadas (Ronconi, Brown y Scheffler, 2012). Esta correlación es particularmente fuerte con el nivel educativo: una escolaridad incompleta se asocia fuertemente a la falta de acceso a la salud en nuestro país (Nievas, Moyano y Gandini, 2021). De hecho, la prevalencia de obesidad en las mujeres, para dar un ejemplo, aumenta cuando disminuye la escolarización (Boissonnet y otros, 2011), independientemente de otros factores.

Esta relación entre determinantes sociales y enfermedad se describe también para la lepra y la tuberculosis. Cuando en Brasil se analizó la influencia de determinantes sociales en la mortalidad por tuberculosis en Foz de Iguazú<sup>6</sup>, las personas de menores ingresos, color de piel morena y que vivían en vecindarios más pobres y hacinados sufrieron mayor mortalidad por esta enfermedad. En el caso de la tuberculosis, existen modelos que han

---

<sup>6</sup> Ver: Arcoverde, M. A. M. *et al.* (Jun 26, 2018). How do social-economic differences in urban areas affect tuberculosis mortality in a city in the tri-border region of Brazil, Paraguay and Argentina. *BMC Public Health*, 18(1),795. doi: 10.1186/s12889-018-5623-2.

encontrado, en reiteradas oportunidades, esta relación entre enfermedad, mortalidad y condición social del paciente (Pedrazzoli y otros, 2017). Una relación similar se observó con la lepra<sup>7</sup> en la Argentina, el Paraguay y el Brasil.

## 5. Acceso a la salud y democracia

Es importante comprender que la relación entre trampas de mortalidad y trampas de pobreza es recíproca, y ambas son emergentes de vectores políticos antes que económicos. Por ello, creemos que el acceso a la salud constituye una parte sustancial de la propia vida democrática. Sabemos que la salud no puede ser producida por el sector salud por sí solo, y que es la resultante de una transformación social, cuya causa principal es el cambio político. La salud depende en gran medida de cómo vivimos, y la forma como vivimos depende del modo en que nos organizamos como comunidad. Esta es la base de las relaciones entre salud, pobreza, y política.

En primer lugar, el acceso a la salud mejora la sobrevivencia de las personas, uno de los objetivos centrales de la vida en común que la democracia pretende organizar de manera arquetípica. Los seres humanos vivimos en común para vivir vidas más largas y felices, o no tiene sentido agruparnos. En un análisis longitudinal de 27.794 personas mayores de 65 años en la China continental realizado entre 2002 y 2014<sup>8</sup>, se utilizaron modelos estadísticos para estimar las diferencias en la esperanza de vida asociadas con el acceso adecuado versus el inadecuado a la atención médica. Como resultado, y después de ajustar por variables confundidoras, se observó que el acceso reportado como adecuado a la atención médica aumentó, en promedio para hombres y mujeres, 1,5 años la expectativa de vida a los 65 años de edad, y 0,6 años a los 85 años de edad. En las mujeres, el aumento neto de la esperanza de vida atribuible al acceso adecuado a la atención médica fue de 6 % y 8 % a los 65 y 85 años, respectivamente. En los hombres, los aumentos netos en la esperanza de vida fueron del 10 % al 14 %. Los autores concluyeron que el acceso adecuado a la atención médica se asoció con una mayor esperanza de vida entre los adultos mayores en China.

Pero, además, ocuparse de la salud de la ciudadanía dice mucho respecto de los valores democráticos de los gobiernos. Es decir que el problema tiene una dimensión ética. Muchos trabajos han demostrado que un bajo nivel de gobernanza —es decir, un gobierno poco efectivo—, con bajo imperio de la ley y altos niveles de corrupción, se asocian a una peor salud de la población (Menon-Johansson, 2005). En un modelo<sup>9</sup> que describe el comportamiento de un gobierno con respecto a las inversiones en salud de la población bajo diferentes regímenes políticos, se observó que los gobiernos democráticos

<sup>7</sup> Ver: Simionato de Assis, I et al. (April 6, 2018). Social determinants, their relationship with leprosy risk and temporal trends in a tri-border region in Latin America. *PLoS Negl Trop Dis.*, 12(4), e0006407. doi: 10.1371/journal.pntd.0006407.

<sup>8</sup> Ver: Hao et al. (2020). Adequate access to healthcare and added life expectancy among older adults in China. *BMC Geriatrics*, 20(129). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01524-9>

<sup>9</sup> Ver: Roessler, M. & Schmitt, J. (2021). Health system efficiency and democracy: A public choice perspective. *PLoS ONE*, 16(9), e0256737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256737>

se esfuerzan más en reducir la malversación del gasto en salud, respecto de los gobiernos no democráticos. Analizando un amplio conjunto de datos de 158 países durante el período 1995-2015, se vio que la democracia favorece sistemas de salud más eficientes.

La mayoría de las investigaciones muestran que el desarrollo y la democratización constituyen factores esenciales en la promoción de la felicidad de los pueblos, y ambos se asocian a mejorías en la salud. Los reportes de bienestar subjetivo aumentan junto con la promoción económica y el avance de la democracia en los pueblos (Inglehart, Foa, Peterson y Welzel, 2008), y nuevamente la salud es central en ambas dimensiones. En síntesis, la democracia no puede eludir su obligación esencial para con la salud de los ciudadanos; el acceso entonces va de suyo.

## 6. Pobre Estado, pobre salud y países pobres

La falta de acceso a la salud pone de manifiesto una falta grave de capacidades del Estado. Paradigmáticamente, un Estado será débil si no puede proteger la vida de los ciudadanos, y esto caracteriza a los países pobres (Deaton, 2015). Las familias de menores recursos necesitan que los gobiernos colaboren con ellas en su camino hacia una mejor vida; dejar al margen a los gobiernos dejaría sin resolver el problema de pobreza, que en nuestro país adopta dimensiones épicas. No podemos ayudar a las personas de menores recursos si se debilitan aún más sus ya frágiles gobiernos. Fortalecer el acceso a la salud es una manera de potenciar las capacidades públicas, mejorar las condiciones de vida de la población, y asegurar un futuro mejor y más equitativo.

El acceso igualitario a la salud constituye una herramienta formidable para luchar contra las desigualdades. Todos los estudios serios de prospectiva coinciden en que la creciente inequidad global será una de las principales causas de inestabilidad política y social para el futuro cercano, en prácticamente todas las naciones de la tierra<sup>10</sup>. Esta predicción no hace más que ratificar aquello que hace más de dos mil años afirmaba Aristóteles (2005) en *La Política*, cuando sostenía que, en todas partes, la sublevación tiene por causa la desigualdad, hecho que ha sido validado incontables veces a lo largo de la historia humana; en definitiva, una sucesión interminable de «... conflictos desiguales entre quienes tienen y quienes no...» (Diamond, 1999, p. 93).

La Argentina debe encaminarse denodadamente hacia una mejor democracia, una sociedad más igualitaria e inclusiva y, por ende, más feliz. La mejora en el acceso a la salud es una dimensión central de este deseado desarrollo, que nos llenará de esperanza y optimismo. Optimismo indispensable en cualquier planteo de país. Recordemos que, cuando se le pregunta a la Madre Teresa de Calcuta cuál es la mejor medicina, la santa responde que «... es el optimismo, porque cura todas las enfermedades...» (Comastri, 2016, p. 21).

---

<sup>10</sup> Véase: Development, Concepts and Doctrine Centre (DCDC) (Jan. 12, 2010). *Strategic trends program. Strategic trends-out to 2040 (4th ed.)*. UK: Ministry of Defense.

## Conclusiones

El Estado, como comunidad política, es la forma natural mediante la cual los seres humanos existimos como especie. La vida humana se transmite de generación en generación dentro de organizaciones de humanos a las que denominamos comunidad política. Muchos árboles familiares (ellos mismos pequeñas comunidades) se combinan entre sí en la procreación de nuevos seres y crean diversidad genética con renovada fortaleza y aptitudes en las nuevas generaciones. El fenómeno se eleva al plano social en lo que denominamos convivencia. En la convivencia, los humanos colaboramos para garantizarnos una vida feliz. Dirá Aristóteles que los hombres «... no han formado una comunidad sólo para vivir, sino para vivir bien» (Ha-Joon Chang, 2014, p. 134). Y si bien desde lo hipotético nada impide una comunidad universal, históricamente existe la enemistad y la extranjería, lo que vincula en un sentido formidable a las comunidades políticas con un lugar geográfico y una tradición histórica; es un hecho que la abrumadora mayoría de los seres humanos nacemos en una nacionalidad como atributo de una ciudadanía determinada (Galbraith, 2016). De aquí que la comunidad humana es, además, local.

Coincidimos con Runcinam cuando afirma que «... el Estado moderno existe cuando el soberano y los súbditos mantienen una relación de representación, y deja de existir cuando esa relación se rompe...» (2014, p. 39). Consideremos entonces los riesgos de seguir aceptando las espeluznantes desigualdades en salud que venimos de describir. Damos demasiado por sentada la persistencia del Estado argentino; no es así. El propio Rousseau (2001) advertía que el cuerpo político comienza a morir a partir de su nacimiento y porta en él la causa de su destrucción. Paradójicamente, la inatención de la salud, que conlleva la destrucción evitable de tantas vidas, podría acelerar la descomposición del propio cuerpo social. De todos modos, el ímpetu político se orienta hacia la duración, y «... un Estado debería estar tan firmemente fundado que pudiera vivir para siempre» (Cicerón, 1951).

Atender a la salud es urgente y únicamente puede ser abordado desde el Estado. No podremos negar que, en los países constituidos, el actor económico más importante es siempre e invariablemente el Estado (Ha-Joon Chang, 2014, p. 134); ¿Cómo podemos aceptar que el Estado no sea entonces el principal y más importante actor sanitario? Volver a la salud es la única manera de sincerar la cooperación indispensable para la vida misma de la nación.

## Referencias

Aristóteles (2005). *La Política*. Madrid, España: Istmo Ediciones.

Arcoverde, M. A. M.; Berra, T. Z.; Alves, L. S.; Santos, D. T. D.; Belchior, A. S. Ramos, A. C. V.; Arroyo, L. H.; Assis, I. S.; Alves, J. D.; Queiroz, A. A. R.; Yamamura, M.; Palha, P. F.; Neto, F. C.; Silva-Sobrinho, R. A.; Nihei, O. K. & Arcêncio, R. A. (2018). How do social-economic

- differences in urban areas affect tuberculosis mortality in a city in the tri-border region of Brazil, Paraguay & Argentina. *BMC Public Health*, 18(1), 795. doi: 10.1186/s12889-018-5623-2.
- Bhargava, A.; Jamison, D. T.; Lau, L. J. & Murray, C. J. (2001). Modeling the effects of health on economic growth. *J. Health Econ.*, 20(3), 423-440. doi: 10.1016/s0167-6296(01)00073-x. PMID: 11373839.
- Bloom, D. & Canning, D. (2014). Mortality Traps & the Dynamics of Health Transitions. *Journal of Political Economy*, 122(6). <https://doi.org/10.1086/677189>
- Bulczak, G. & Gugushvili, A. (2022). Downward income mobility among individuals with poor initial health is linked with higher cardiometabolic risk. *PNAS Nexus*. 1, 1–9. <https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgac012>
- Boissonnet, C.; Schargrodsy, H.; Pellegrini, F.; Macchia, A.; Marcet Champagne, B.; Wilson, E. & Tognoni, G. (2011). Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, & metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 18(4), 550-556. doi: 10.1177/1741826710389418.
- Cervellati, M. & Sunde, U. (2011). Life Expectancy & Economic Growth: The Role of the Demographic Transition. IZA (Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit). Discussion Paper, 16, 99-133. doi: 10.1007/s10887-011-9065-2.
- Cicerón (1951). *La cosa pública, del pueblo* (traducido del latín: *Cicero, XVI, De Re Publica De Legibus*. Loeb Classical Library. Cambridge (s/f), Harvard University Press.
- Comastri, A. (2016). *Ho conosciuto una Santa*. Milano, Italia: San Paolo.
- Commission on Growth and Development (2008). *The Growth Report. Strategies for Sustained Growth and Inclusive Development*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington, DC.
- Deaton, A. (12 de octubre de 2015). Estados débiles, países pobres. *Project-Syndicate*. Recuperado de: <https://www.project-syndicate.org/commentary/economic-development-requires-effective-governments-by-angus-deaton/spanish>
- Development, Concepts and Doctrine Centre (DCDC) (Jan. 12, 2010). *Strategic trends program. Strategic trends-out to 2040 (4th ed.)*. UK: Ministry of Defense.
- Diamond, J. (1999). History's haves & have-nots. In *Guns, germs, & Steel*. New York, USA: Norton & co.
- Dobbs, R. *et al.* (July 13, 2016). Poorer than their parents? Flat or falling incomes in advanced economies. McKinsey Institute. <https://www.mckinsey.com/featured-insights/employment-and-growth/poorer-than-their-parents-a-new-perspective-on-income-inequality>
- Forrester, V. (2000). *La dictature du profit*. Paris: Fayard.
- Ghatak, M. (2015). Theories of Poverty Traps & Anti-Poverty Policies. *The World Bank Economic Review*, 29 (1), 77-105. <https://doi.org/10.1093/wber/lhv021>.
- Galbraith, J. (2016). *Inequality*. New York: Oxford University Press.

- Mangabeira-Unger (26 de junio de 2011). Surgió una segunda clase media. *El Litoral*. <https://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2011/06/26/politica/POLI-06.html>
- Grant, J. & Buxton, M. J. (2018). Economic returns to medical research funding. *BMJ Open*, 8(9). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022131.
- Güimil, E. (29 de noviembre de 2020). Así fue Lyndon Johnson, el excéntrico presidente obsesionado con su pene que hace «normal» a Trump. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/icon/actualidad/2020-11-29/democrata-sucesor-de-kennedy-y-obsesionado-con-su-pene-este-fue-lyndon-johnson-el-excentrico-presidente-que-hace-bueno-a-trump.html>
- Ha-Joon Chang (2014). Chapter 5: Dramatis Personae. Who are the economic actors? In *Economics: The user's guide*. New York: Bloomsbury.
- Hao et al. (2020). Adequate access to healthcare & added life expectancy among older adults in China. *BMC Geriatrics*, 20(129). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01524-9>
- Hayward, M. D. & Gorman, B. K. (2004). The long arm of childhood: the influence of early-life social conditions on men's mortality. *Demography*, 41, 87–107.
- Inglehart, R.; Foa, R.; Peterson, C. & Welzel, C. (2008). Development, Freedom, & Rising Happiness. A Global Perspective. *Perspectives On Psychological Science*, 4(3), 264-285.
- Macchia, A.; Mariani, J.; Nul, D.; Grancelli, H.; Tognoni, G. & Doval, H. C. (2020). An analysis of death trends in Argentina, 1990-2017, with emphasis on the effects of economic crises. *J. Glob Health*, 10(2). doi: 10.7189/jogh-10-020441.
- Marco Aurelio (2021). *Meditaciones*. Daniel Ochoa Editor.
- Marcuse, H. (1994). Las nuevas formas de control. En *El hombre unidimensional* (pp. 31-48). Buenos Aires, Argentina: Ariel.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464),1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Menon-Johansson, A. (April 25, 2005). Good governance & good health: the role of societal structures in the human immunodeficiency virus pandemic. *BMC International Health & Human Rights*, 5(1), 4.
- Moro, T. (1992). *Utopia, Book II*, New York. Everyman's Library.
- Nievas, C. M.; Moyano, D. L. y Gandini, J. B. (2021). Determinantes sociales y de género relacionados a las inequidades de salud en una comunidad de Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba*. 78(2), pp. 103-109. DOI: 10.31053/1853.0605.v78.n2.29769. PMID: 34181842; PMCID: PMC8628826.
- Pedrazzoli, D.; Boccia, D.; Dodd, P. J.; Lönnroth, K.; Dowdy, D. W.; Siroka, A.; Kimerling, M. E.; White, R. G. & Houben, R. (2017). Modelling the social & structural determinants of tuberculosis: opportunities & challenges. *The international journal of tuberculosis & lung disease*, 21(9), 957–964. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0906>
- Piketty, T. (2019). *Capital e ideología*. Bilbao: Ediciones Deusto

- Regazzoni, C. (22 de mayo de 2008). Salud al Sur. *La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/salud-al-sur-nid1014494/>
- Ridhwan, M.; Nijkamp, P.; Ismail, A. & Irsyad, L. (2022). The effect of health on economic growth: a meta-regression analysis. *Empir Econ.*, 11, 1-41. doi: 10.1007/s00181-022-02226-4. Epub ahead of print. PMID: 35431414; PMCID: PMC8995891.
- Roessler, M. & Schmitt, J. (2021). Health system efficiency & democracy: A public choice perspective. *PLoS ONE*, 16(9), e0256737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256737>
- Ronconi, L.; Brown, T. T. & Scheffler, R. M. (2012). Social capital & self-rated health in Argentina. *Health Econ.*, 21(2), 201-208. doi: 10.1002/hec.1696. Epub 2010 Dec 8. PMID: 22223562.
- Rousseau J-J. (2001). *Du contrat social*. Paris: Flammarion.
- Runcinam, D. (2014). *Política*. Madrid: Turner.
- Simionato de Assis, I.; Arcoverde, M. A. M.; Ramos, A. C. V.; Alves, L. S.; Berra, T. Z.; Arroyo, L. H.; Queiroz, A. A. R.; Santos, D. T. D.; Belchior, A. S.; Alves, J. D.; Pieri, F. M.; Silva-Sobrinho, R. A.; Pinto, I. C.; Tavares, C. M.; Yamamura, M.; Frade, M. A. C.; Palha, P. F.; Chiaravalloti-Neto, F. & Arcêncio, R. A. (2018). Social determinants, their relationship with leprosy risk & temporal trends in a tri-border region in Latin America. *PLoS Negl Trop Dis*, 12(4). doi: 10.1371/journal.pntd.0006407.