



# Ginés González García (1945-2024)

Del Remediar a la pandemia

## El legado sanitario de un pensador y conductor político

Por Federico Tobar

Licenciado en Sociología de la UBA, experto en Economía de la Salud y actual asesor en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

“Algunos médicos triunfan.  
Otros sólo llegan a ministro”  
Ginés González García

Un ministro de Salud debe ser como un director de orquesta que, coordinando la acción de los diferentes músicos y sincronizando sus partituras, logra que la música resultante sea mejor que cada instrumento cuando es interpretado por los músicos en forma aislada. Considero que Ginés hizo eso. Quiero, en estas líneas, dar testimonio de ello refiriéndome a sus dos gestiones en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sobre la primera gestión analizaré algo que conozco de primera mano, el Programa Remediar. Sobre la segunda gestión ministerial de Ginés me referiré a la respuesta a la pandemia, la cual abordaré refiriéndome a fuentes secundarias.

En febrero de 2001, la demanda de medicamentos en Argentina había caído 42% (comparada con el mismo mes del año anterior). El Banco Mundial hizo entonces una encuesta que detectaba que más del 60% de los argentinos había perdido su cobertura de seguro de salud. El 23% de los hogares informaba que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. De ellos un 44% afirmó que la razón era “falta de dinero” para pagar los medicamentos<sup>1</sup>. Remediar, proveyendo medicamentos genéricos en centros de atención primaria, recuperó el acceso, aumentó la resolutivez en el primer nivel, mejoró la prevención primaria y secundaria. Redujo el coeficiente de Gini del gasto de

los hogares en medicamentos en un 60%.

Cuando el paradigma hegemónico a nivel internacional en políticas de salud rezaba financiar la demanda, el programa Remediar avanzaba a contramano fortaleciendo la oferta. El impacto sobre el funcionamiento en red fue notable. En seis meses logró aumentar las consultas ambulatorias en los centros de Atención Primaria de Salud en un 25%. Y el giro hacia la atención primaria permanece dos décadas después. Una hazaña que pocas reformas de salud en el mundo conquistaron. Los logros e impactos del Programa Remediar fueron evaluados y documentados por organismos nacionales<sup>2 3 4 5 6</sup> e internacionales<sup>7 8</sup> y dieron lugar a múltiples tesis e investigaciones<sup>9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22</sup>

Tuve el privilegio de ser quien formulara y condujera la implementación de Remediar. Luego el BID y el Banco Mundial me contrataron para intentar replicar respuestas similares en más de diez países. En todos ellos hubo avances, pero ninguno logró una transformación tan profunda como la de Argentina. El motivo es simple: no tenían a Ginés para consolidar la política.

¿Por qué en otros países soluciones similares no registraron el mismo impacto? Mark Moore, de la escuela de Gobierno J F Kennedy, de la Universidad de Harvard, formuló una Teoría del Valor Público que puede aportar luz para entender esos resultados<sup>23</sup>. Según Moore, el valor de una respuesta pública deriva de un adecuado equilibrio en un triángulo con tres vértices. En el superior se destaca la gestión política que, entre otras funciones, es responsable por

generar condiciones de viabilidad y sostenibilidad de la respuesta. En la base del triángulo está la gestión programática, que debe garantizar su eficacia (es decir que la política resuelva el problema para la cual es implementada) y la gestión operativa, que debe garantizar la eficiencia (un uso correcto y adecuado de los recursos). En síntesis, hacer bien lo correcto (ser eficiente y eficaz) nunca es suficiente para concretar un cambio duradero desde las políticas públicas. Hace falta que alguien defienda esa respuesta. Eso es lo que hizo Ginés.

En segundo lugar, quiero referirme a la gestión de la pandemia. El más controversial aspecto en la trayectoria de Ginés. Y que corresponde a su segunda gestión en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Algunos dijeron que una gestión incompetente le costó la vida a más de 100.000 argentinos. Intentaré demostrar que fue todo lo contrario.

Al 10 de diciembre de 2023, se registraban en Argentina un total de 130.682 personas cuya causa de fallecimiento fue COVID-19. ¿Cuál es la forma adecuada de interpretar esta cifra? En epidemiología, la ciencia que estudia las epidemias, se considera el impacto de un brote a través del exceso de mortalidad. El cual se define como la diferencia entre el número de muertes totales registrado durante el período de crisis sanitaria comparado con el número de muertes que se esperaba que ocurrieran en situaciones habituales (basado en estadísticas de los años inmediatamente anteriores al lapso en estudio para un país o región). Esto es más preciso que considerar aquellas 130.000 muertes directamente atribuibles al diagnóstico de COVID 19 porque también capta las muertes indirectas. Es decir, aquellas que ocurrieron por deficiencia de atención debidas a disrupciones del sistema de salud.

Considerando el período 2020 a 2022 el exceso de mortalidad registrado en Argentina totalizó 160.676 muertes<sup>24</sup>. El mayor pico se registró en entre abril y junio de 2021. El número de por sí es impresionante, aunque es menor si se compara con Estados Unidos donde fue casi 8 veces mayor, o con Brasil donde fue casi cinco veces mayor.

Para dimensionar el exceso de mortalidad lo adecuado es llevarlo a tasa. Es decir, dividirlo por la po-

blación del país. Un estudio publicado en la edición de marzo de este año en *The Lancet* realiza ese análisis para 204 países tomando el bienio 2020-2021<sup>25</sup>. Se concluyó que el exceso de mortalidad vinculado a la pandemia en el mundo fue de 104 por cien mil habitantes. En Argentina el valor fue de 85 por cada cien mil habitantes. Valor, incluso, inferior al promedio de los países de altos ingresos. En algunas regiones la mortalidad por COVID-19 fue sustancialmente mayor: por ejemplo, el estudio estima que en Europa del Este el exceso de mortalidad fue de 333 por cien mil habitantes; en Europa Central 254; en Latinoamérica y el Caribe 199; en Asia Central 146; en el Norte de África y Medio Oriente 133; en el Sur de Asia 128; en el Sur de África 113. Solo el promedio de Europa Occidental registra el mismo exceso de mortalidad que Argentina (85). Y es inferior en el Este de Asia y Oceanía (24). En América Latina solo Uruguay (49), Costa Rica (74) y Panamá (81) registraron mejor performance que Argentina.

Según la evaluación de una red mundial de epidemiólogos especializados (publicada en *The Lancet*) si en Argentina se hubiera registrado la misma performance ante la pandemia del promedio de América Latina hubiéramos padecido 376 mil muertes (es decir más del doble de las que hubo). Si hubiéramos tenido la misma respuesta que Estados Unidos habríamos alcanzado las 300 mil muertes (casi el doble de las muertes que tuvo la Argentina). Si hubiéramos tenido la respuesta del sistema de salud de Brasil, Argentina habría registrado 257 mil muertes. Si hubiéramos alcanzado la respuesta de España o Gran Bretaña habríamos registrado 194 mil muertes.

Aquella que algunos desinformados llamaron “una gestión incompetente” les salvó la vida a decenas de miles de argentinos. Un director que consiguió coordinar oportunamente una magnífica orquesta, con miles de trabajadores de la salud bien calificados, con servicios públicos y privados brindando una de las mejores respuestas del mundo (según la evaluación del *Lancet*) en uno de los más difíciles momentos de la historia de la salud mundial.

Se podrían escribir muchas páginas reuniendo evidencias científicas y testimonios de aciertos de

las diferentes gestiones sanitarias de Ginés. Muchas más que las que relatarían sus probables errores o desaciertos. Pero, no nos ha tocado vivir en un tiempo en el que se privilegie buscar la verdad.

“...cuando mis brazos se vayan habrá miles de brazos sustituyéndolos en la lucha. Toda mi vida dije que los mejores dirigentes son los que dejan una barra que los supera con ventaja”.

Pepe Mugica “Hasta siempre, les doy mi corazón” 19 de octubre de 2024.

## Referencias

- 1 Fiszbein, Ariel; Giovagnoli, Paula & Adúriz, Isidro. La crisis Argentina y su Impacto sobre los hogares. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. **Documento de trabajo N° 1/02**. Buenos Aires. Noviembre de 2002.
- 2 Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, República Argentina. Evaluación de Remediar de medio término. 2004. Hallado en: <http://www.siempro.gov.ar/index.html>
- 3 Falbo, R., 2003, “Impacto Redistributivos del Programa Remediar”, en El Futuro del Acceso a los Medicamentos en la Argentina, Ministerio de Salud - Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria.
- 4 Anabel Fernandez Prieto, Leticia Cerezo, Guadalupe Rezzonico y Paula Luque (2015). Evaluación del Programa Remediar: acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA) e impacto redistributivo entre la población beneficiaria. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Universidad Nacional de Cuyo. Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6307/cerezoPONMesa31.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6307/cerezoPONMesa31.pdf)
- 5 Gaglio R. Impacto de un programa de capacitación en la práctica profesional de médicos del Primer Nivel de Atención: El caso del Programa en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa Remediar. Ministerio de Salud. Buenos Aires. 2014
- 6 Área Programación, Subgerencia de Operaciones de Remediar. Estimación de la Eficiencia en la Compra de Medicamentos del Programa Remediar. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS- Remediar 2004;15(2):14-(1)5.
- 7 Tobar, F. Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. **Nota técnica de discusión de salud 002/2004** Banco Interamericano de Desarrollo Departamento de Desarrollo Sostenible División de Programas Sociales Washington D.C. Enero 2004. Disponible en: [La Política de Distribución de Medicamentos en Argentina: El caso del Remediar](http://www.iadb.org/publications/spanish/viewer/An%C3%A1lisis-del-programa-REMEDIAR-Notas-sobre-evaluaci%C3%B3n-y-seguimiento.pdf)
- 8 Maceira Daniel; Apella I, Barbieri “Análisis del Programa REMEDIAR Notas sobre Evaluación y Seguimiento”. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE). Washington, D.C. Septiembre 2005. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/An%C3%A1lisis-del-programa-REMEDIAR-Notas-sobre-evaluaci%C3%B3n-y-seguimiento.pdf>
- 9 Sánchez Cabezas A. “Remediar lo político, politizar los medicamentos. Diseño y formulación del Plan Remediar. Argentina 2002.” Tesis en Ciencias Políticas. Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- 10 Homedes, N. y Ugalde, A. (2006). Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina. Oxford Journals Medicine Health Policy and Planning. ;21:123-131.
- 11 Bernztein R& Drake I.. Uso de aspirina en el primer nivel de atención pública. Experiencia del Programa Remediar, Argentina. 2010, Revista Argentina de Cardiología Vol 78 N° 4 / Julio-Agosto. 2010
- 12 Hospital Italiano de Buenos Aires. “Utilización del Programa Remediar según la necesidad de cuidado antihipertensivo de la población mayor de 65 años del Gran Buenos Aires”: Análisis de equidad. Área de Epidemiología Departamento de Información Hospitalaria. Abril 2009
- 13 Medici, A. “Acceso a medicamentos esenciales en América Latina: as dificultades para alcanzar as metas establecidas”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 44-57, jan./abr. 2006.
- 14 Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Univ. De Bs As en colaboración con la Secretaría de Extensión Universitaria, Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata “*Política actual de medicamentos en nuestro país. Un análisis del Programa Remediar*”
- 15 Alomar A: “El remedio a la Política Nacional de Medicamentos”. Tesis de Grado de la Licenciatura en Economía, Universidad Nacional del Sur, Dpto. de Economía, 2005.
- 16 Medrano Carmody J. “Innovación del Proceso de Compras Innovación de Procesos aplicada a la Compra de Medicamentos en la Secretaría de Salud de Bahía Blanca. Universidad Nacional del Sur. Departamento De Ciencias De La Administración Licenciatura En Administración. 2009
- 17 Valsecia ME\*, Morales SD\*, Gerometta PH\*, Carrara C, Malgor LA\*, (\*) Cátedra Farmacología Facultad de Medicina Universidad Nacional del Noreste Corrientes (Argentina), *Accesibilidad a medicamentos y Plan Remediar en Corrientes, Argentina*, 2004.
- 18 Oteo, H.. Crisis de medicamentos en Argentina. Boletín Fármacos. Noticias de Argentina. Boletín Farmacos;5(1):8-9. Disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org>
- 19 Ugalde, A.; Homedes, N. y Orchueta, J. (2006). ¿Producir o Remediar?: La experiencia Argentina en la provisión pública de medicamentos desde un análisis cualitativo. (To produce or to distribute: the argentinean experience in public production of pharmaceuticals – a qualitative analysis). 257-280. In M.L. Magalhã Bosi and F.J. Mercado, eds. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde*. Enfoques Emergentes. Petrópolis: Editora Vozes;
- 20 Tobar, F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Pública de México*. 50(4):463-469. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
- 21 Tobar, F. (2008a). Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. ;23(1):59–67. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?sc>.
- 22 Tobar, F. (2008b). Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Pública de México*. 50(4):463-469. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
- 23 Tobar, F. y Sanchez, D. El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR. Montevideo: CIESU. CEALCI. 2005 Disponible en [https://www.fundacioncarolina.es/wpcontent/uploads/2014/07/Avance\\_Investigacion\\_12.pdf](https://www.fundacioncarolina.es/wpcontent/uploads/2014/07/Avance_Investigacion_12.pdf)
- 24 Moore; Mark. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público, Barcelona, Paidós, 1998.
- 25 Mariani J & Macchia A. “Exceso de muertes en argentina durante la pandemia por covid-19: análisis de la mortalidad entre 2020 y 2022” **MEDICINA** (Buenos Aires) 2024; 84: 0000> Disponible en: [https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol84-24/destacado/revision\\_8171.pdf](https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol84-24/destacado/revision_8171.pdf)
- 25 Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 **The Lancet**, Volume 403, Issue 10440, 1989 – 2056. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/fulltext)