

Despreciar la vida

La agonía de la salud pública en América Latina

https://elpais.com/elpais/2018/09/28/contrapuntos/1538089812_019598.html



[Ampliar](#)

fotoLlanto, Garimpo de Quixabam Bahia, 2018. FRANCISCO PRONER FARPA



PABLO GENTILI Nació en Buenos Aires y ha pasado los últimos 20 años de su vida ejerciendo la docencia y la investigación social en Río de Janeiro. Ha escrito diversos libros sobre reformas educativas en América Latina y ha sido uno de los fundadores del Foro Mundial de

Rio de Janeiro **28 SEP 2018 - 08:27 CEST**

La salud pública en América Latina está en ruinas.

El derecho a una vida digna se vuelve un privilegio para miles de ciudadanos y ciudadanas que mueren por enfermedades que podrían ser atendidas con cuidados médicos básicos o con instalaciones hospitalarias adecuadas. Una expresión más del altísimo grado de injusticia social en la región que vuelve a ser la más desigual del planeta.

En una conmovedora [carta](#), Irene Montero y Pablo Iglesias, agradecían recientemente a la sociedad española y a su sistema de salud pública que sus dos pequeños hijos habían pasado la etapa más crítica del cuidado y la atención médica que exigió su nacimiento prematuro. “*Todo ha sido posible gracias a un equipo de profesionales de la sanidad pública además del cariño y apoyo de nuestra gente – [sostuvieron](#). Muchos prematuros como ellos, en otros lugares del mundo, no tienen la misma suerte. Nuestros hijos tienen hoy dos meses porque nacieron en un país que cuenta con algo mucho más importante que cualquier himno o bandera: un sistema sanitario universal. Les contaremos que nada merece más lealtad que eso. Su vida y su salud no sólo son el resultado de los avances médicos y científicos, sino también de una sociedad que todavía asegura los mejores cuidados para cualquier persona independientemente de su posición social. Muy pocos niños recibirían lo que necesitan y merecen si la salud estuviera sometida a las leyes de la oferta y la demanda. Explicaremos a nuestros hijos por qué vamos a ser siempre leales a lo que les permitió vivir: lo común.*”

La salud pública en España, esa conquista colectiva que consiguió resistir a los embates de ajuste, privatización y corrupción de 15 años de administraciones del Partido Popular, constituye un patrimonio democrático defendido por la sociedad y por movimientos que, como la [Marea Blanca](#), han permitido que millones de españoles y españolas celebren la vida no sólo como un milagro, sino también como un derecho que se alcanza y se defiende cada día.

ADVERTISING

[inRead invented by Teads](#)

Argentina: cambiar para que todo empeore

El 3 de septiembre pasado, el mismo día en que Irene Montero y Pablo Iglesias publicaron su carta, el presidente argentino, [Mauricio Macri. extinguió por decreto el Ministerio de Salud Pública](#). También lo hizo con el Ministerio de Trabajo, el de Ciencias y Tecnología y el de Cultura, entre otros. Nadie, en su sano juicio, consideró que la medida estaba destinada a volver más eficiente el gasto público, como prometió el presidente, sino a reducirlo en ámbitos especialmente sensibles a criterios de eficiencia y productividad empresarial como pueden ser la salud o la educación de los más pobres. En América Latina, con excepción de Cuba, el sistema público de salud atiende a los sectores de menores ingresos, obligando a las clases medias, e inclusive a segmentos de los sectores populares, a pagar por su atención sanitaria básica, la cual, además de cara, es muchas veces también precaria, obsoleta e ineficiente.

Como en casi todos los países de la región, el [sistema de salud argentino está segmentado y fragmentado](#), además de atravesado por una lógica privatizadora que sistemáticamente fragiliza, estigmatiza y degrada la atención pública. La promesa de extinguir el Ministerio de Salud Pública para mejorar la eficiencia del gasto público, se contradice con la decisión del gobierno Macri de reducir los recursos para el sector en el presupuesto de 2018. En efecto, el presupuesto destinado a salud pública para el presente año se contrajo 1% con relación al año anterior. Una reducción que oculta cortes mayores en programas preventivos o de enorme importancia, [como el Programa Madre y Niño, cuya reducción, con relación al año anterior, fue de más del 12%](#). Lo dramático es que este recorte presupuestario se estableció sobre una previsión inflacionaria anual del 15,7% (altísima para cualquier país del mundo). Sin embargo, la inflación de este año superará el 40% en Argentina, reduciendo exponencialmente el gasto en salud del gobierno que llegó al poder proponiendo un cambio en las formas de hacer política y para defender los intereses ciudadanos frente a la amenaza populista.

La reducción del presupuesto público de salud no sólo se vio afectada por los recortes en las partidas asignadas y por la altísima tasa de inflación, sino por el hecho de que muchos de sus insumos son consignados en dólares. Argentina lidera casi todos los rankings de desvalorización de la moneda nacional durante el 2018. Con relación al dólar, la moneda argentina se ha desvalorizado más de 100% en los primeros 9 meses del año. Así, los recursos previstos para el campo de la salud, se redujeron más de 3 veces con relación a la previsión inflacionaria y no menos de 6 a 7 veces con relación al precio del dólar. En suma, menos recursos y, ahora, un Ministerio menos.

Una semana más tarde del decreto presidencial que ponía fin al Ministerio de Salud, [la crisis estalló en diversos hospitales públicos de referencia nacional](#). En uno de ellos, el [Hospital Posadas](#), creado por la Fundación Eva Perón y proyectado por Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la República Argentina y uno de los grandes responsables por lo que, en algún momento, fue la aspiración democrática de universalizar el derecho a la salud a todos los argentinos. El Hospital Posadas logró transformarse en un centro de referencia regional en atención de alta complejidad, particularmente infantil.

Es curioso que Mariano Rajoy, Pablo Casado o Albert Rivera sientan admiración por un presidente como Mauricio Macri, que despide, a pocos días de cerrar el Ministerio de Salud, más de 40 profesionales de un centro referencia en atención pediátrica, desmontando, en otros, su Centro de Cirugía Cardiovascular Infantil. Si fueran argentinos, no podrían haber felicitado a

Irene Montero y a Pablo Iglesias por la inmensa dicha que poseen hoy al estar junto a sus dos hijos.

ADVERTISING

[inRead invented by Teads](#)

El gobierno del presidente Macri, además, ha sometido al país a un intenso y progresivo proceso de endeudamiento externo, comprometiendo rigurosas metas fiscales con el Fondo Monetario Internacional. Lo de siempre: el Estado gasta mucho y, para dinamizar la economía, cumpliendo con los compromisos externos, en vez de cobrar impuestos más altos a los ricos, o de reducir la evasión tributaria, controlar la evasión de divisas y los privilegios que preservan a sí mismas unas élites corruptas e indolentes, hay que reducir el gasto público. En agosto, el FMI exigió a la Argentina detener la ejecución presupuestaria. En el campo de la salud esto supondrá la subejecución de 90% de los recursos presupuestados en 2018 para el programa de acceso gratuito a medicamentos; no gastar 70% de lo presupuestado en el Plan de Lucha contra el Sida y Enfermedad de Transmisión Sexual e Infección Contagiosa; así como, la ejecución de una cuarta parte (el 26,17%) de lo previsto en materia de salud reproductiva.

La crisis del sistema de salud argentino no la sufren sólo los más pobres, sino las mismas clases medias y buena parte de los sectores empresariales que votaron a Mauricio Macri. El costo de la salud privada no ha parado de crecer, pero el costo de la atención también, haciendo con que el presidente de la asociación que reúne a las principales empresas privadas de atención médica haya afirmado que el “[el sector de la salud se encuentra en su peor hora, en una crisis peor que la del 2001](#)”. Aquel año marcará uno de los momentos más dramáticos de la historia contemporánea argentina, cuando el país se encontraba sumido en una de sus más graves crisis sociales y políticas.

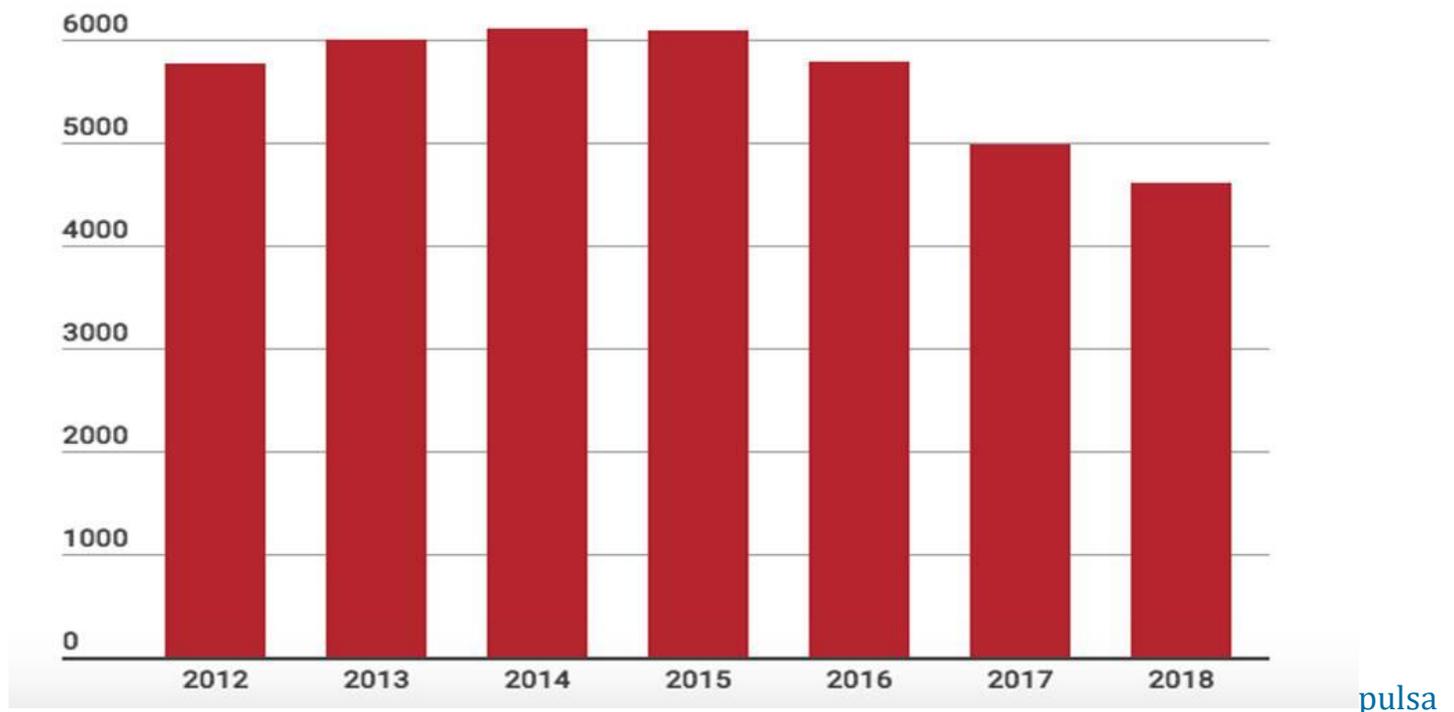
Colombia y México: sistemas de salud en quiebra

“México está en bancarrota”, sostuvo hace unos días Andrés Manuel López Obrador, futuro presidente del país. La afirmación generó gran indignación entre los responsables del abismo económico y social en el que se encuentra sumergida una nación en la que la vida de los más pobres nunca ha valido demasiado. [Sólo en el primer semestre de este año han muerto asesinadas 16 mil personas, 74% más que el 2015](#). Los pobres mexicanos mueren a borbotones, en una sociedad donde más del 20% sufre la falta de acceso a la alimentación, y casi la mitad de

los ciudadanos y ciudadanas están por debajo de la línea de la pobreza o sufre condiciones de vulnerabilidad. Los que no comen, sufren enfermedades endémicas. Los que comen, también. Uno de cada tres niños mexicanos es obeso, una enfermedad que alcanza a más del 70% de los adultos. [Así, la diabetes matará más de 100 mil personas en México este año](#). ¿Por qué tanta indignación cuando su futuro presidente afirma que el país está en bancarrota?

De hecho, [el sistema público de salud mexicano, fragmentado y progresivamente desfinanciado, también lo está](#). México es el tercer país de la OCDE con [menor inversión en salud](#), después de Turquía y Letonia (5,8% del PIB), aunque lidera el ranking de menor inversión pública, con 3% del PIB. Esto quiere decir que casi la mitad del gasto en salud corresponde al sector privado, [siendo el 91% del mismo sustentado por las propias familias](#). No sorprende, por lo tanto, que México también registre el mayor número de muertes materno-infantiles, así como de muertes por enfermedades crónicas entre los países de la OCDE.

Gasto público en salud en México 2012-2018 (valores constantes)



en la fotoIMCO, México, 2018

En mayo de este año, el ministro de salud mexicano, [José Narro Robles](#), sostuvo que “la salud es un derecho, un igualador social, un componente del desarrollo personal, pero también del colectivo (...) un elemento de inclusión y de estabilidad social, una de las inversiones más valiosas que una sociedad puede hacer.” Vale destacar que para Narro, la referencia a la salud como una “inversión valiosa” no constituye una metáfora humanista, sino una cruel constatación economicista: las muertes por enfermedades crónicas “generan pérdidas en la productividad y afectan al sistema económico”. ¿Alguien se habrá preguntado alguna vez en España cuánto aumenta el PIB del país por cada niño o niña que salvan al nacer sus excelentes equipos médicos en los hospitales públicos?

Pensar que el derecho a la vida merece ser defendido porque es un buen negocio, es una evidencia de la brutalidad y de la impunidad en la que se ha sumergido buena parte de la clase política latinoamericana.

En Colombia, el sistema de salud también está ruinas. [Según el propio Ministerio de Hacienda, el 22% de los hospitales públicos está en situación de “riesgo fiscal y financiero”](#). Allí se atiende la población más pobre del país. De los 1.800 clínicas y hospitales existentes, sólo el 2% posee estándares internacionales de calidad en la atención y prestación del servicio (o sea, 37 instituciones).

Los medicamentos, en Colombia, suelen costar, como en buena parte de América Latina, mucho más caros que en los países más desarrollados del mundo, sin que existan planes públicos para permitir el acceso gratuito a los mismos. Lo habitual: los pobres mueren antes. La desidia y la indiferencia pública constituyen la principal causa, no las enfermedades que podrían ser prevenidas o curadas.

Pensar que el derecho a la vida merece ser defendido porque es un buen negocio, es una evidencia de la brutalidad y de la impunidad en la que se ha sumergido buena parte de la clase política latinoamericana.

Recientemente, se ha denunciado la reducción de servicios materno infantiles, como consecuencia de la crisis financiera del sistema. [En Antioquia, las camas de obstetricia pasaron de 1.049 en 2012, a 913 este año. La reducción fue progresiva. En el año 2016, el sector de cuidados intensivos neonatales, de ese departamento, contaba con 140 camas, en 2018 con 124](#). El caso de un [bebé que falleció quemado en una incubadora](#), puso en evidencia que, en la ciudad de Bogotá,

mientras debía existir una enfermera cada 3 incubadoras, la falta de inversión obligaba a que hubiera una cada 8 o 10.

México y Colombia tienen sus sistemas públicos de salud en bancarrota. No se trata sólo de un problema económico, sino político y social, o sea, ético. Miles de ciudadanos y ciudadanas que podrían vivir si el sistema funcionara, simplemente mueren, porque la vida se ha vuelto un privilegio. Y la muerte, el eufemismo de la indiferencia.

Brasil: golpe a la salud

La Constitución de 1988 consagró que la salud es un derecho de todos los brasileños y un deber del Estado. De ella derivó la conformación de uno de los más amplios y ambiciosos sistemas públicos de salud del mundo, conquista de décadas de lucha y resistencia contra los sucesivos gobiernos militares, de una dictadura que se prolongó por más de dos décadas y de un amplio debate público que se consolidó desde la transición democrática en la década del 80 y a comienzos de los años 90. Allí surgió el [Sistema Único de Salud](#), una gran promesa de igualdad y justicia social que la sociedad brasileña comenzó a vislumbrar como una política pública efectiva a partir de los gobiernos de Luiz Inácio Lula da Silva y de Dilma Rousseff.

[En los 14 años de gobierno del Partido de los Trabajadores, la mortalidad infantil cayó 45%, llegando, en las zonas más pobres del país, a disminuir 53%.](#) La cobertura médica básica se amplió exponencialmente, creciendo 64% gracias a la implementación de iniciativas que alcanzaron proyección internacional, como el Programa Beca Familia (Bolsa Familia), el Programa Más Médicos, la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra y el Programa de Salud de la Familia, que redujo casi en 60% los casos de desnutrición infantil y amplió en casi 40% el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron 7 o más consultas médicas prenatales. Este avance oculta un impacto regional mucho más notable en las áreas rurales o con mayor incidencia de la pobreza, donde llegó a crecer más del 80%. La ampliación de la atención médica alcanzó también a los niños y niñas con menos de un año, cuyo abandono sanitario era una de las principales causas de mortalidad infantil, ampliándose 58% en el Norte del país y 68% en el Nordeste. Además, la atención pediátrica, en niños y niñas con edades entre 1 y 4 años, creció de forma acelerada, permitiendo que millones de pequeños y pequeñas pudieran tener su primera visita médica, en lo que es una de las 10 naciones económicamente más poderosas del planeta. La atención básica de salud para la infancia aumentó 182% en el Norte y 127% en el Centro-Oeste del país.

La vida se ha vuelto un privilegio. Y la muerte, el eufemismo de la indiferencia.

Uno de los mayores impactos en la vida cotidiana de los brasileños más pobres, lo tuvo el Programa Más Médicos, que permitió contratar casi 20 mil nuevos médicos, muchos de ellos extranjeros, los que se distribuyeron a lo largo de todo el territorio nacional. El programa fue fustigado por las corporaciones médicas que criticaron duramente al gobierno de Dilma Rousseff, iniciando acciones legales para declararlo inconstitucional. [El presidente del Consejo Nacional de Medicina, Mario Luiz de Britto Ribeiro, a comienzos de este año, lamentaba que la Suprema Corte de Justicia hubiera considerado que Más Médicos es una iniciativa legal, ya que, para esa entidad, “no era más que un programa electoralista”.](#) Quizás sea esta una de las expresiones más elocuentes del grado de barbarie, de clasismo colonial y de racismo que vive un país como Brasil, cuando nada menos que el órgano que, por atribuciones constitucionales, debe fiscalizar y normativizar la práctica médica, cuestiona la legalidad de un programa que permite, en muchos casos por primera vez, el acceso a la atención primaria de salud a más de 65 millones de personas. Para el Consejo Nacional de Medicina brasileño, no es nada más que “una gran acción de marketing, al servicio de intereses políticos”. El Dr. Britto Ribeiro, haciendo gala de una sensibilidad social propia de un skinhead, considera que, aunque el Programa Más Médicos haya conseguido atender un contingente de brasileños y brasileñas muy pobres, que sumados superan al total de habitantes que poseen países como Argentina, Uruguay y Chile, está lejos de “defender los intereses de la ciudadanía”, tratándose de una farsa.

Los gobiernos de Lula y Dilma duplicaron en una década la inversión en salud, que pasó de 49 mil millones de reales (€ 10.250 millones) a más de 100 mil millones (€ 21.000 millones).

El golpe institucional que destituyó a Dilma Rousseff desmontó de forma calculada y sistemática todas estas conquistas. El desfinanciamiento público redujo de forma casi inmediata el impacto de algunos de los programas más efectivos. Al asumir, el gobierno de Michel Temer aprobó la Propuesta de Enmienda Constitucional 95, que congela el gasto público por 20 años, con consecuencias desastrosas para la inversión en salud y educación. [Se calcula que, en 20 años, dejarán de ser invertidos en salud más de 433 mil millones de reales \(€ 90.581 millones\).](#) O sea, en 20 años, se perderá casi 5 veces lo que invertía Brasil en salud cuando se produjo el golpe.

Pero los efectos del ajuste no tardaron mucho tiempo en hacerse notar, comenzaron a sentirse en los primeros meses de un gobierno usurpador que instituía un estado de excepción autoritario y

violento. [Todos los programas sociales, pero especialmente los de destinados a la atención básica de salud, sufrieron fuertes recortes presupuestarios](#). Una estimación reciente, indica que, en 2019, el presupuesto en salud sufrirá un recorte de 9.500 millones de reales (€ 1.970 millones). Las consecuencias del ajuste sobre la población más pobres han sido [el aumento de la desnutrición, así como de la mortalidad infantil y materna](#). Las tasas de mortalidad infantil y materna venían cayendo progresivamente desde los años 90. El último año del gobierno Dilma Rousseff, antes del inicio de su destitución, en 2015, la tasa de mortalidad infantil alcanzó el nivel más bajo en la historia del país. Desde el golpe, no paró de crecer. [También crecieron el hambre y la pobreza](#), particularmente, la [pobreza extrema](#). Los cortes presupuestarios y el desmonte del sistema universal de acceso a la salud, cuyos precarios cimientos recién comenzaban a consolidarse en la última década, agudizaron la falta de médicos y de profesionales de la salud en todas las especialidades, el desabastecimiento de insumos básicos en los hospitales públicos, la falta de camas y la desactivación de unidades, especialmente, las de cuidados intensivos, la reducción del aporte de leche para los programas de cuidado materno-infantil, entre tantas otras acciones que quizás desconozcan los representantes de la derecha española que celebraron el golpe en Brasil como una expresión de solidez y madurez de las instituciones democráticas en el país.

Una situación dramática que contrasta con los buenos augurios del ex ministro de salud del gobierno Temer, Ricardo Barros, para quien, la Propuesta de Enmienda Constitucional 95 “[no traería problemas a la salud y la educación](#)”. Barros, un especialista en decir tonterías, llegó a sostener que los hombres se atienden menos en el sistema de salud público que las mujeres, “porque trabajan más”. O que [la gente iba al hospital público “inventando enfermedades”](#). La cuestión generó polémica y el ex ministro aclaró que lo que pretendía decir es que “la mayoría de las personas va a los puestos de salud con efectos psicosomáticos”. Ricardo Barros es, además de verborágico, ingeniero civil y empresario. Pertenece a un linaje de políticos conservadores y golpistas. Su único conocimiento sobre el campo de la salud, antes de ser ministro, era haber ido ocasionalmente al médico.

El sistema público de salud en Brasil está en ruinas. Y esta no es sólo una metáfora.



Soledad. Cementerio de Pechincha, tumbas de indigentes, Río de Janeiro FRANCISCO PRONER FARPA

¿Qué hacer?

Solucionar de forma inmediata la crisis de la salud pública en América Latina constituye un imperativo político y ético democrático. Constituimos la región más violenta del mundo, con el mayor número de asesinatos por arma de fuego del planeta; corremos el riesgo de volver a ser la región más desigual, sólo superada por el África Subsahariana; la pobreza y, particularmente, la pobreza extrema vuelve a crecer exponencialmente; y somos una región donde la violación del más básico derecho a una atención médica primaria, les cuesta la vida a millones de personas

cada año. Una región donde la única posibilidad de tener acceso a servicios de salud mínimamente estables, aunque no siempre de calidad, supone pagar por ellos.

América Latina cuenta con centenares de especialistas en el campo de la salud pública que podrían aportar ideas, soluciones y alternativas a la crisis que vive el sector.

Entre tanto, cualquier decisión técnica no puede sustraerse del problema central que explica por qué, casi siempre, el derecho a la salud no ha sido más que una vana promesa para las sociedades latinoamericanas. Darcy Ribeiro, uno de los más grandes intelectuales brasileños del siglo XX, sostenía que “la crisis de la educación no es una crisis, es un proyecto”. Lo mismo podemos decir de la crisis de la salud pública: su descalabro no es una anomalía, es parte de un proyecto de dominación y subalternización de los sectores populares y de las clases medias, un proyecto de reducción de derechos y de precarización del acceso a los bienes y servicios que garantizan el ejercicio de la ciudadanía, de una vida justa y digna.

El caos y la decadencia del sistema público de salud no es producto, por lo tanto, de ninguna fatalidad, sino una decisión política de las élites que han gobernado históricamente nuestros países, secuestrando derechos ciudadanos y fragilizando las condiciones de vida de los más pobres. Un sistema de salud incapaz de proteger la vida de los más débiles, especialmente de los niños y de las niñas que acaban de nacer y de sus madres, es uno de los más eficaces mecanismos de reproducción de la injusticia social y de precarización de las clases populares, cristalizando el miedo y la inseguridad que los acompañará a lo largo de toda su vida. La crisis de la salud pública siempre ha sido una decisión política. Y la decisión de que el sistema público de atención sanitaria funcione también será, siempre e indefectiblemente, política.

Los gobiernos hacen opciones. Y, para mejorar las condiciones de vida de los más pobres, deberían cambiar las opciones realizadas hasta ahora. Hacerlo, es posible.

Por ejemplo, [Argentina](#) posee algo más que 215.000 médicos matriculados (3,9 cada 1.000 habitantes). [México](#) posee más de 343.000 médicos (2,9 cada 1.000 habitantes). [Colombia](#), más de 92.000 (1,8 cada 1.000 habitantes). [Brasil](#), más de 450.000 (2,2 cada 1.000 habitantes). Argentina es uno de los países de la región con mayor número de médicos por habitantes, aunque se encuentra muy distante de la tasa de Cuba, que posee 7,5 médicos cada 1.000 habitantes, una de las tasas más altas del mundo.

En los cuatro países mencionados, la distribución de los profesionales de salud es muy desigual entre las áreas urbanas y rurales, así como entre las grandes y las pequeñas ciudades. Una distribución del personal médico que se corresponde casi sin ambigüedades con las tasas de pobreza y los altos niveles de desigualdad social existentes: cuanto más pobre la región o la ciudad, menor el número de médicos. Mientras que Buenos Aires, la Ciudad de México, Bogotá y San Pablo tienen tasas de médico por habitante muy semejantes a algunos de los países más desarrollados del mundo, las áreas rurales o las ciudades más pobres de Argentina, México, Colombia y Brasil poseen tasas de personal sanitario semejantes a la de algunos países africanos.

Para que haya un mejor sistema de salud pública, evidentemente, no alcanza con que haya más médicos, sino que su distribución sea más equilibrada y justa. Entre tanto, y más allá de esto, si Argentina, México, Colombia y Brasil tuvieran más médicos, podría mejorar significativamente la atención sanitaria básica. Además de formarlos, habría que contratarlos. ¿Cómo hacerlo frente a la crisis fiscal que enfrentan estas naciones?

La solución, una vez más, está en la política.

Si Argentina, por ejemplo, redujera a la mitad la evasión fiscal de las empresas, podría contratar más de 120.000 nuevos médicos. Y, si la redujera totalmente, doblaría el número de médicos existentes, contratando más de 240.000 (hoy, posee 215.000). Además, si el gobierno argentino eliminara los beneficios o privilegios fiscales de las empresas, podría contratar casi 160.000 nuevos médicos más, superando ampliamente a Cuba en el número de médicos por cada 1.000 habitantes.

Del mismo modo, si Colombia eliminara la evasión fiscal de las empresas, podría contratar más de 415.000 nuevos médicos, cuatro veces más de los que posee actualmente, siendo uno de los países de la OCDE con menor número de médicos por habitante. Además, si eliminara las ventajas fiscales que benefician a las empresas, dejando de recibir tributos que podrían beneficiar a todos los ciudadanos y ciudadanas colombianos, podrían contratar 1.532.839 nuevos médicos, transformando al país en la nación del mundo con mayor número de profesionales en el campo de la salud. Recordemos que hoy, Colombia, posee menos de 100.000 médicos, 15 veces menos que los que podría tener si se eliminaran privilegios fiscales al sector privado.

México, podría contratar más de 350.000 nuevos médicos si controlara la evasión fiscal de las empresas. O sea, duplicaría su plantel sanitario. Si, además, eliminara los beneficios fiscales que

empobrecen al erario público, podría contratar 228.000 médicos más, los que podrían garantizar acceso universal a la salud al conjunto de la población rural e indígena.

Finalmente, si Brasil redujera a la mitad la evasión fiscal, podría contratar más de 200.000 nuevos médicos. Y, si redujera a la mitad los beneficios fiscales de las empresas, 180.000 médicos más. O sea, sólo reduciendo a la mitad la evasión y los privilegios fiscales casi duplicaría el número de médicos contratados por el sistema público de salud. Si los eliminara, podría contratar más de 720.000 nuevos médicos.

Los datos, obtenidos gracias a las excelentes simulaciones y cálculos disponibles en la plataforma [Dataigualdad](#), elaborada por [Oxfam](#), [Latinidadd](#) y el [Icefi](#), ponen en evidencia que la decisión de resolver el problema de la salud, como tantos otros, no es simple, pero es posible, [si nuestros gobiernos tomaran la decisión de hacerlo](#).

Quizás haya buenos motivos para sospechar que decisiones como éstas no las tomaran gobiernos conservadores y neoliberales como los que administran hoy Argentina, Colombia, México o Brasil. Aunque sí hay algunas buenas razones para pensar que nuestras sociedades, entre golpes y tropiezos, han comenzado a aprender la lección que Pablo Iglesias e Irene Montero han prometido enseñarles a sus hijos: sólo se conquistan los derechos ciudadanos, cuando somos capaces de luchar juntos por aquello que nos pertenece, aquello que es común y nunca debería mercantilizarse. La sociedad mexicana ha dado un gran paso al elegir a Andrés Manuel López Obrador. Brasil lo dará al elegir a Fernando Haddad y Manuela d'Avila. Argentina, lo dará el año que viene, al reconstruir las bases sociales y políticas de un gobierno popular. Y los colombianos, que han avanzado muchísimo al llevar casi a la presidencia de la república a Gustavo Petro, lo darán dentro de unos pocos años. Como siempre, el destino de nuestras naciones seguirá estando iluminado por las esperanzas y las luchas de los que sueñan con construir sociedades en las todos seamos tratados y vivamos como iguales.