

CAPÍTULO 10

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

La salud como bien es de interés público. No en el sentido de la filosofía utilitarista sino en el sentido que es útil: útil para el conjunto social, porque una población más sana es a su vez más productiva y útil a cada uno de los ciudadanos, porque la innovación tecnológica ha incorporado costos imposibles de afrontar individualmente.

Por ello se sigue la lógica de dilución del riesgo con el concepto de seguro.

Si analizamos desde cierta perspectiva podríamos decir que enfrentamos como todo dilema económico, “recursos escasos frente a demandas infinitas”. Pero si uno analiza la composición del gasto sanitario vemos con sorpresa que casi el 45% del mismo lo pone la gente de su bolsillo¹. (En realidad todo el dinero que se dice “social” lo ponen los ciudadanos)¹

Y lo que quiero expresar es que los recursos terminan por no ser tan escasos (si nos comparamos con otros países de la región Argentina es el país de mayor gasto cápita/habitante/año) y sin embargo nuestros resultados sanitarios dejan mucho que desear.

Demás está decir que las consecuencias las pagan en mayor medida – tanto en los resultados, como en la correlación gasto directo/ingresos – los más vulnerables: los que menos tienen, que precisamente frente a quienes el discurso político se edulcora cuando dice que responde a aquellos a quienes quiere proteger y se inflama en la manifestación de “derechos”, que luego incumple.

Todos sabemos que el sistema de aseguramiento tiene dos componentes: los seguros sociales y los seguros privados (también conocidos como seguros de medicina pre-paga). Pero un 35% de la población en nuestro país carece de cobertura. Se dirá que en nuestro país “...todo el mundo finalmente termina por ser atendido...” Pero ello no quiere decir que todo el mundo esté asegurado. De hecho los servicios público-estatales brindan asistencia a todo aquel la requiere, pero no en las condiciones de un seguro, que implica ser comprendido en un padrón,

1 El gasto de bolsillo (o “directo”) estimado fue para el año 2012 del 45% y se proyecta en alza.

tener la cobertura explícita de la asistencia a recibir y establecer los medios de financiamiento que correspondan.

En los servicios público-estatales no sucede ni lo uno, ni lo otro: no existe un padrón de beneficiarios, no existe cobertura explícita y la prestación queda sujeta a la prescripción (ya sea conducente y correcta o no) y el financiamiento en cualquier medida y forma queda atado a la provisión de recursos por parte del estado, lo que constituye una verdadera forma de subsidio a la oferta y sus decisiones.

A su vez de esta forma el estado en vez de cumplir con el principio de subsidiariedad, asume gastos innecesarios.

Simplificando nuestro sistema de salud sabemos tiene tres subsistemas: el público-estatal, el de los seguros sociales y el de los seguros pre-pagos.

El primero es un sistema de integración vertical en el que el que financia está vinculado, en general no por un contrato, sino por una relación de dependencia con los prestadores de servicios. No existe separación de procesos de financiamiento y provisión.

La misma circunstancia alcanza a varios de los otros subsistemas y cada uno quiere ser financiador y a su vez proveedor de servicios, para sus afiliados y para otros eventuales. Se trata de una cuestión de mercado inducida por las actuales circunstancias del sistema.

Y lo anterior se refiere precisamente a que nuestro Estado gasta mucho pero no precisamente donde debe: percibe de todos ingentes recursos (por diferentes vías impositivas, incluyendo el más perverso: la inflación) y su gasto (hoy mayor al 45% del PBI e incluso con un déficit del 7%) no parece ser – por lo menos en salud – el que se puede pensar necesario, ya que como sabemos representa el 10% del PBI y casi la mitad es gasto directo.

Es decir si comparamos gasto/resultados: somos el país de América Latina cuyo gasto/cápita en salud es el mayor y cuyos resultados están lejos de serlo.

Ya en este punto todos sabemos que el gasto/resultados es una ecuación dependiente de dos variables centrales, que son: su organización y las acciones básicas de mayor costo/beneficio (a nivel poblacional) como podrían ser por ejemplo las de Atención Primaria de la Salud. De ambas carecemos.

Nos referimos en cuanto a reformas a la organización del sistema de salud, cuya fragmentación (existen más de 900 cajas financiadoras) incorpora grandes costos de transacción y subsidios cruzados. (Sin mencionar otras cuestiones de gravedad como son la segmentación, el desfinanciamiento –que lo es para el modelo actual–, la distorsión geográfica, tecnológica y de capacidad resolutive, y las ineficiencias que su organización le imprime.

La asistencia de la salud se encuentra a cargo de las provincias. Sin embargo estas solo tienen incumbencia real sobre “su” sistema público-estatal. No sobre los incluidos en el padrón de beneficiarios de seguros de

orden nacional (PAMI, Obras Sociales, Empresas de Medicina Pre-paga, etc.) y muy poca capacidad de intervención sobre los servicios de prestación privados. Muchas veces el estado no puede controlar y lograr eficiencia en sus propios servicios hospitalarios.

Nuestro sistema se ha organizado por un permanente subsidio a la oferta tanto en el ámbito que denominamos público, como en el privado. Y así vemos una impresionante y distorsiva superposición de recursos profesionales, tecnológicos, etc. y como siempre la oferta condiciona la demanda², esta queda rezagada en la resolución de sus verdaderas necesidades, (salvo el supuesto de mejor información y resolución en función de preferencias).

A lo largo de los últimos 70 años en nuestro país se han introducido (pocos) procesos que intentaron mejorar en el sistema de salud, en particular aquellas deudas que todavía tenemos pendientes, tema que he analizado en otro escrito.³

La primera pregunta que debiéramos hacernos es: ¿por qué fueron pocas? Y la segunda: ¿por qué fracasaron?

Y respecto de la primera podría resumir que:

1. La demanda social es baja y la oferta está cómoda siendo subsidiada
2. El costo político de las reformas es alto y los beneficios los verá siempre un sucesor (cuando en nuestro país la constante es la visión del corto plazo)

Y respecto de la segunda (también en un acotado resumen):

1. La vocación centralista del Estado Nacional ha abortado todo intento que considero “independentista”, las propuestas fueron centralizadas y
2. Existen muchos intereses que no ven con buenos ojos perder el control de la administración de sus cajas

Pero si hoy estamos aquí no es para analizar el pasado (aunque siempre es bueno aprender de él para no cometer los mismos errores), sino para pensar en alguna propuesta que aunque no pretenda ser lo mejor, permita pensar que es viable.

Sobre la situación actual: en un breviarío diríamos: “alto gasto y mediocres resultados”.

Entonces a sabiendas que las instituciones no cambian, mejoran, ni se reforman, de un día para otro, ni por un decreto, ni por mero voluntarismo

² Ley de Say: “...el simple hecho de la formación de un producto abre, desde ese preciso instante, un mercado a otros productos...” (1803)

³ Filgueira Lima, C. E. “El sistema de salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma” (2011)

es que asumiendo las dificultades pensamos en una reforma gradual, pautada y basada en la creación de cajas de aseguramiento provinciales.

1. Existen más de 15 millones de personas (el 37,5% de la población total de nuestro país), que “deben” recurrir al hospital público (la composición incluye no solo a los que son pobres porque no tienen nada, sino también a los que teniendo trabajo se encuentran precarizados por condiciones de informalidad, como también a otros que por cuestiones geográficas solo pueden recurrir al hospital público por ser el único efector con el que cuentan): y esto no debería ser un problema, pero cuando lo analizamos en profundidad vemos que se trata de establecimientos pobres, para “gente pobre”, altamente burocratizados y sin incentivos por lo que funcionan coexistiendo el esforzado y vocacional trabajo de unos, con las conductas oportunistas de otros tantos. Esta población se encuentra cautiva, como excluida de buenos servicios de asistencia y la oferta también sabe que esa cautividad es su propio argumento de subsistencia, como a su vez es un incentivo negativo para su mejora (estoy hablando en términos generales y en referencia a lo que sucede en la mayor parte del país, en donde existen otros – escasos – ejemplos valorables). Esta población no está “asegurada” en el sentido de aseguramiento explícito, aunque es común escuchar que “finalmente se termina atendiendo a todos,..” (como si ello fuera una garantía, cuando en realidad se atiende lo que se puede y como se puede,..)
2. Cerca de 24 millones se encuentran cubiertos por los seguros sociales (incluyendo las Obras Sociales Nacionales o Sindicales, el PAMI, las Obras Sociales Provinciales y otras), que si se encuentran inscriptos en un padrón y también se encuentra explícito en la mayor parte de los casos el tipo y alcance de la cobertura. Que ello se cumpla o no es otra cuestión. El problema aquí es múltiple y variado: por un lado en la mayoría de estas instituciones financiadoras la contratación de los servicios se hace “tercerizada” a través de un gerenciador – para evitar negociar con las organizaciones corporativas profesionales – lo que de por si implica poca transparencia y además permite al gerenciador poner innumerables barreras al acceso en la atención, por otro lado muchas han debido encarar diversas estrategias de supervivencia dada la normativa de opción de cambio (en las OSN) que permite el cambio y limita la cautividad de la población. Muchas tienen sus propias instituciones prestadoras y con ello no solo limitan el gasto, sino a su vez venden servicios a otras menos solventes. El PAMI es casi un capítulo aparte, con un presupuesto de más de \$ 40.000 millones, para una población de 4,5 millones de afiliados y 6.000 contratos de prestación de servicios – a lo

largo y ancho del país – imposibles de controlar en la calidad y pertinencia de sus acciones de asistencia. El resultado final es que esta población si bien se encuentra asegurada: se sabe “a quien”, “que” (aunque esto encuentre graves limitaciones según expresé), como se “financia”, como se “gestiona” y como se otorga la “prestación” – es decir: cumple con las condiciones básicas de un seguro, también se encuentran serias limitaciones en el acceso y en muchos casos graves fallas en la calidad, de la que carecen muchos establecimientos asistenciales aún siendo privados.

3. Finalmente encontramos una población cercana a los 4,5 millones de personas de las que la mitad (aproximadamente 2,1 millones) contratan su seguro privado en condiciones de total libertad y recurriendo a al desembolso de la prima en forma voluntaria, libre y de con sus propios recursos. Mientras la otra mitad (2,4 millones) provienen de acuerdos de la seguridad social – las Obras Sociales Nacionales – que efectúan acuerdos con estos seguros, para su grupo de población de mayores ingresos, para mantener cierto atractivo y adherencia de sus afiliados. Esta población que – en un país de medianos ingresos – y alto gasto solo representa en conjunto solo el 10% del total poblacional es en general la que recibe mejores prestaciones. Aunque la normativa actual (Ley N° 26.682, reglamentada por Decreto N° 1993/11) en realidad pone al descubierto las ineficiencias del sector público incentivando los traspasos (que la población busca aún afrontando los costos) aunque resulten gravosos tanto para los afiliados que optan por tener “algo antes que nada” y para los presupuestos de las empresas aseguradoras al no prever ninguna limitación e interviniendo mediante regulaciones en lo que deberían ser “contratos entre privados”. La ley debe ser modificada y permitir que las primas se establezcan por los acuerdos de preferencias de los asegurados y posibilidades de los financiadores. La ley vigente complica y dificulta el mejor funcionamiento de estos seguros. El estado quiere regularlo todo,. Pero no siempre beneficia y en este caso perjudica a este subsistema y sus beneficiarios. Estos pacientes a su vez exigen un trato diferenciado por lo que pagan con su esfuerzo.

El resultado final es la atomización del sistema con altos costos de transacción, (que supone costos de oportunidad), costos agregados por la intermediación de las gerencadoras, limitaciones en el acceso y magros resultados sanitarios.

Todos sabemos que nos debemos una reforma.

Si a su tiempo cada provincia asume la creación de una caja de aseguramiento, puede unificar en una sola caja todo el padrón de beneficiarios con domicilio real en la provincia.

Dos grupos podremos identificar dentro de este padrón de beneficiarios-habitantes: 1) los que tienen cobertura por alguno de los sistemas de seguros sociales o medicina pre-paga y 2) los que no tienen nada.

Debería llegarse a un punto en el que la caja de aseguramiento provincial cobrara a los financiadores que se incluyen en su padrón a los del primer grupo y cobrara al estado solamente por los del segundo grupo es decir: aquellos que carecen de cobertura.

El estado vería así reducido considerablemente su gasto. (Por supuesto que deberá enfrentar además otras reformas internas de un subsistema con múltiples deudas internas)

Como las cajas de seguro son un recurso apetecible para la política deberían estar constituidas por un directorio en el que estén representados los diferentes actores, pero el estado en minoría.

Y un aspecto fundamental para evitar el subsidio a la oferta: liberar la demanda cautiva, mediante vouchers, u otros recursos –como una tarjeta magnética– que la tecnología nos facilita en la actualidad. La caja del seguro provincial pagaría a quien prestó el servicio.

Porque la pregunta obligada es: ¿Por qué la gente sin cobertura debe inevitablemente atenderse en hospitales públicos,..con todo lo que ello supone?

Por otra parte este sistema pondrá al descubierto el exceso de gasto existente por el permanente subsidio a la oferta, ya que para mantener su clientela y ser elegidos por los pacientes, los hospitales públicos y las empresas de servicios de prestación privada deberán competir. En salud se ha dado el fenómeno de pretender (y se ha logrado) ser monopólicos y en ese sentido han procedido tantos los seguros sociales, como los prestadores de servicios.

La competencia mejorará las prestaciones ya que liberará a la gente en su elección. Y la gente no es tonta, porque aunque del tema sepa poco, percibe lo que le es mejor.

Son muchos los pasos a recorrer,.. muchos los acuerdos a lograr,.. muchas las resistencias y por lo mismo muchas las negociaciones, ya que en todos los casos debe considerarse que los “nichos” son múltiples y a ellos referidos los intereses.

Tampoco se me escapa que el proceso llevará tiempo y que solo puede depender de un arduo, laborioso y constante trabajo, que incluirá avances y retrocesos,.. pero que no se nos puede escapar el objetivo final, en cuyo recorrido –aún a veces necesariamente zigzagueante– la meta debe ser clara.

La propuesta no es novedosa,.. si, he tratado de perfeccionarla e incorporarles matices y condimentos que –en tanto incipientes iniciativas– carecían.

Durante los años de creciente y progresiva crisis que sufriera – económica, social e institucionalmente– nuestro país durante los años

2000 y hasta su eclosión en 2001, varios Ministros de Salud de las provincias veíamos como se afectaban subsecuentemente los servicios de salud.

Fue allí cuando varios promovimos la iniciativa de generar formas de aseguramiento “de abajo hacia arriba”, es decir iniciarlos desde las provincias.

Sabíamos de la vocación centralista de la Nación y de su férrea oposición, ya que su pretensión se centraba en un seguro universal nacional (digamos algo así como un gran PAMI que abarcara a toda la población del país), lo que nos pareció descabellado,.. imaginábamos el deterioro general al que conduciría.

Además también sabíamos que finalmente los desatinos del gobierno nacional (como por ejemplo falta de pagos,... cortes de servicios,...etc) lo pagaríamos en cada una de nuestras provincias, porque los reclamos de los ciudadanos no llegarían a Buenos Aires, pero se manifestarían en las puertas de nuestras oficinas o del mismo gobernador.

Así es que pergeñamos diversas formas de aseguramiento a nivel provincial (cada una de ellas adecuada a nuestra propia realidad local) de lo que existen bastantes antecedentes en otros países y que fue largamente discutida, incluso en diversos ámbitos en el nuestro, como Jornadas y Congresos⁴, en muchos de los cuales fuimos convocados.

Desde ese momento e iniciada la recuperación del país, muchos se abocaron a continuar con la tarea, otros “fallecieron” en el intento y en muchas provincias los recambios ministeriales y múltiples acontecimientos, las colocaron en situación de “comenzar de nuevo”.

Solo cuatro provincias avanzaron con diversa suerte, algunas llegaron a tener su propia ley, y alguna otra arrastra la carga del proyecto como una mochila, sin darle forma y funcionalidad de peso como para convertirlo en el eje de aseguramiento de salud provincial, sino que función a como sistema marginal.

Recientemente se han sumado dos provincias tímidamente y como en todos los casos, con grandes limitaciones en su diseño, lo que con seguridad será el motivo de su escaso impacto.

El análisis de los variopintos proyectos imaginados, expuestos, iniciados con gran impulso y finalmente abortados o restringidos, me permitió imaginar un diseño superador: no por ser mejor (por lo menos no soy yo quien para decirlo), sino por su pretensión de integralidad, análisis y consideraciones políticas y el diseño de etapas y metas a cumplir.

No debo dejar de mencionar que a instancias de los directivos de la Fundación Libertad y Progreso, se me encargó la elaboración de un

⁴ Ejemplo: Vº Jornadas Federales “Federalismo Sanitario o Nuevo Centralismo: funciones de la Nación y las provincias en materia de políticas y regulación sanitaria”. Rosario (Santa Fe), Ago. 2 y 3 / 2007

proyecto de salud, que contemplara una perspectiva posible de reforma del sistema.

Y así es que entre la complejidad y multitud de ideas que suponen las políticas de salud, contempladas como políticas públicas, el proyecto de reforma finalizó y este es un magro resumen, del que solo puedo hoy exponer los lineamientos generales.

En primer lugar la idea se centra en la conformación de seguros de salud provinciales lo que supone desde el inicio una descentralización del sistema de aseguramiento. Resulta obvio que ello requerirá de acuerdos políticos y más allá de ellos para sostener un adecuado equilibrio con el poder central.

El desarrollo del seguro supone además el sustento normativo de una ley provincial, bajo cuyo amplio marco se pueda definir incluso menos dos etapas:

En principio se debería establecer la posibilidad de subsidiar la demanda sin cobertura que es tributaria y cautiva de los establecimientos asistenciales públicos, ofreciéndoles la posibilidad de libre elección del prestador (ya sea público o privado) y financiar esta asistencia en los efectores privados mediante el pago directo a los mismos, por Rentas Generales desde el Ministerio de Salud de la Provincia. Esto es: un subsidio directo a la demanda.

1. A esta situación se puede llegar con una simple resolución del Ministerio de Salud (obviamente con acuerdo político de los niveles superiores del gobierno provincial)
2. Es de esperar la reacción de los sindicatos y organizaciones gremiales del sector público que se movilizarán bajo el lema acusatorio: "...quieren privatizar la salud,..." a lo que habrá sin dudas que hacer frente.

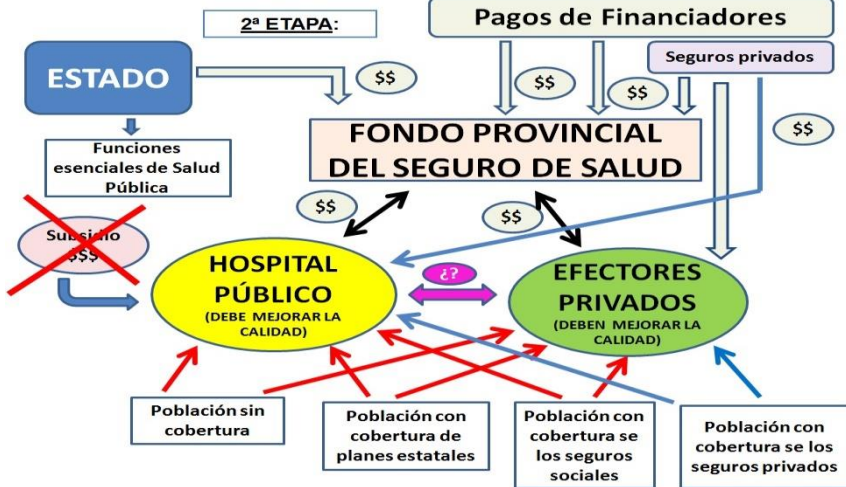
La mayoría de los proyectos que se han implementado no han superado esta etapa, o han considerado que solo con ella es suficiente, o pero aún se han centrado en grupos focalizados de población vulnerable, sin ir más allá.

Por otra parte debieron soportar retrasos en los pagos por parte de los gobiernos provinciales a los prestadores privados (que vieron desalentada su participación), como también importantes conflictos internos (en el Ministerio de Salud Provincial), o incluso otros con el gobierno nacional que impuso límites a la extensión del proyecto.

cobertura de la provincia, el que se establecerá por la modalidad que se acuerde. Los seguros privados se consideran “contratos entre privados” y quedan por fuera de su injerencia (ver punto 14)

6. El cobro a la seguridad social nacional podrá realizarse mediante acuerdos previamente establecidos – que es lo más adecuado – o mediante el sistema de cobros del HPGD existente en la SSSalud
7. Podrá a su vez realizar convenios interjurisdiccionales, o para las prestaciones que excedan las posibilidades de resolución local
8. La descentralización del seguro podrá llevarse hasta los municipios en especial en las grandes Jurisdicciones (Pcia. de Buenos Aires, Córdoba, etc.)
9. Las funciones de evaluación de resultados y calidad quedan a cargo del Ministerio de Salud Provincial mediante departamentos de control de gestión, el que informará al Fondo Provincial del Seguro de Salud para que adecúe los pagos y las medidas correctivas, según los resultados obtenidos.
10. La población podrá optar por el prestador de su elección (ya sea público como privado) y el dinero del pago sigue a la elección del paciente. Para la población sin cobertura este es un verdadero subsidio a la demanda.
11. Se desarrollarán acciones de APS en el nivel de competencia de cada organismo incentivando el desarrollo y mejora de los primeros niveles de atención, que finalmente constituirán la puerta de entrada al sistema.
12. Los pacientes podrán ejercer su derecho a “la voz y la salida” eligiendo libremente su prestador de referencia.
13. Los pagos tenderán progresivamente a hacerse en función de resultados sanitarios y eficiencia asignativa: “premios y castigos”
14. Los seguros privados podrán ser mantenidos por la población que así lo desee, según su preferencia y posibilidades, con los beneficios que ello suponga y el pago se hará efectivo directamente al prestador que dicha población elija libremente.
15. El Ministerio de Salud provincial se reserva las funciones esenciales de salud pública, así como las de evaluación y control de calidad de las prestaciones y de resultados sanitarios. En esta etapa (que debe definirse claramente para cada caso) los establecimientos asistenciales dejarán de ser subsidiados a través del sistema de integración vertical, para constituirse en empresas autogestionadas.
16. El Ministerio de Salud de la Nación podrá establecer mecanismos de reaseguramiento, continuar con los programas nacionales y su provisión, asesoramiento y asistencia técnica, etc.

El subsidio a la oferta que durante muchos años se llevó adelante en el sistema de salud de nuestro país, quedará al descubierto y la asignación de recursos responderá a los requerimientos y necesidades de la demanda.



El problema de que los establecimientos públicos acepten llegar a esta situación requerirá un amplio debate donde profesionales y sindicatos lucharán por mantener sus privilegios, con slogans hoy perimidos.

Lo mismo sucederá con los establecimientos asistenciales privados, que hoy funcionan en muchas regiones y provincias con grandes limitaciones: tienen “servicios pobres con profesionales ricos”.

La competencia será el motor de la mejora de ambos sistemas de prestación lo que redundará en mejoras en la calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

El esquema que planteamos podría ser representado con el siguiente esquema:

No se me escapan las dificultades, las necesidades de acuerdos, los conflictos, las necesidades de alianzas,.. la predecible lucha de intereses, etc. Pero no debe perderse de vista que el mejor aliado es la gente misma, cuando comprenda lo mucho que se le ha dicho y lo mucho que se ha hecho creer, pero en realidad ha recibido muy poco y sufre las consecuencias.

El esquema funcional del Seguro Provincial de Salud podría esquematizarse de la siguiente forma:

Lo que significa llevar adelante este proyecto en cuanto a decisión política, esfuerzo, capacidad para afrontar y resolver el conflicto, diseño, capacitación, organización, convicción y claros objetivos para mejorar las condiciones de vida de la gente – y con ello al país – me recuerda una frase que leí hace poco tiempo:

“El futuro de la Argentina depende de nosotros mismos y en gran medida de un reemplazo de los dirigentes extractivos que, envueltos en la bandera de ‘la defensa del pueblo’, se han apropiado del país para su propio beneficio desde hace más de 70 años, lo han dominado y atrasado con respecto a todos los países de la tierra”.⁵

Tengo el optimismo necesario como para pensar que esta situación puede y debe ser superada.

Dr. Eduardo Filgueira Lima

Buenos Aires, Febrero 25 de 2016

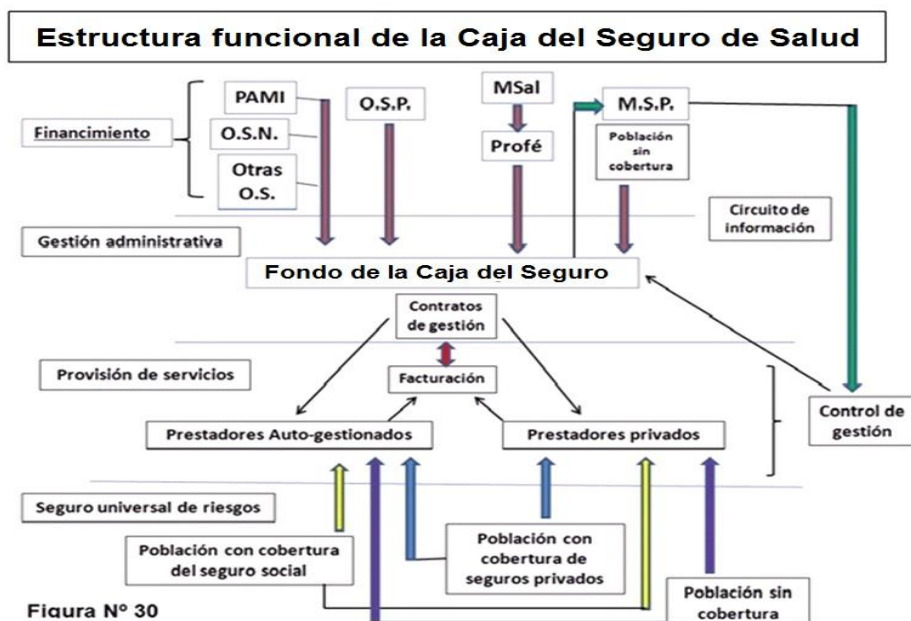


Figura N° 30

EPÍLOGO

Este libro expone un conjunto de propuestas de políticas públicas elaboradas por la Fundación Libertad y Progreso. Se han seleccionado las que creemos que son más relevantes y que todavía están por delante después de casi un año de gestión del actual gobierno. Casi todas ellas formaron parte de la edición anterior del libro “Progresar en Libertad” publicado en 2014.

Con satisfacción debemos decir que varias de las medidas de mayor urgencia que propusimos hace dos años, fueron concretadas en los primeros meses de la gestión de la coalición Cambiemos. Nos referimos a la salida del “Cepo Cambiario” y al arreglo con los acreedores impagos (holdouts) para salir del default. También, aunque con mayor gradualidad de la que sugería Libertad y Progreso, se instrumentaron ajustes en las tarifas de gas, electricidad y otros servicios públicos, a fin de reducir los subsidios y mejorar la grave situación fiscal. Las resistencias sociales y políticas pusieron en evidencia la dificultad de cualquier medida que pretenda reencauzar el gasto público hacia niveles compatibles con la estabilidad y el crecimiento de la economía. No obstante, consideramos necesario sostener la necesidad imperiosa de suprimir el déficit y reducir sustancialmente el gasto público y la presión impositiva. En ese sentido se sostienen las políticas que actualizadas, sostenemos en esta nueva edición del libro.

Con los mismos objetivos de mejorar la calidad institucional, la competitividad y el crecimiento, se incluyen propuestas referidas a la Justicia, la seguridad, la educación, la apertura al mundo, la reforma del estado, la reforma del sistema de salud, el sistema financiero, la defensa de la competencia y otras.

Libertad y Progreso está convencida que la Argentina merece un gran destino y cree que en la elecciones nacionales de noviembre de 2016, se evitó continuar por un camino cuyo desastroso fin era inexorable. Hoy hay que construir ese destino y las propuestas expuestas en este libro apuntan a ese fin.