

CAMPAÑA



ATE ARGENTINA

CUS: GOLPE AL DERECHO A LA SALUD, AL ACCESO UNIVERSAL Y A LA ESTABILIDAD DE LOS TRABAJADORES

#NOALACUS

LA SALUD NO ES MERCANCÍA

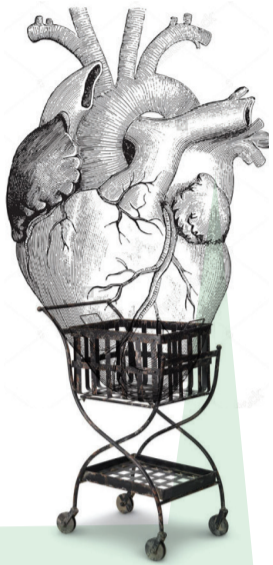


ARTE DE CAMPAÑA: Juan Alaimes



EN DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA

¿Qué hay detrás de los anuncios de Macri sobre las reformas al Sistema de Salud en la Argentina?



Con bombos y platillos el Gobierno Nacional anunció recientemente la Cobertura Universal de Salud (CUS) "como una estrategia de salud pública que permitirá que el Estado vaya detrás del que sale perjudicado".

La iniciativa está plasmada en un decreto de necesidad y urgencia que crea la Unidad Ejecutora para la Cobertura Universal de Salud, y que se presenta como una solución mágica para asegurar salud a los más carenciados.

Sin embargo, vemos que detrás de una aparente iniciativa de buenas intenciones, se esconden viejas trampas conocidas... Dicho de otra manera, bajo la promesa de mejoría para algunos, se oculta el intento de confirmar diferencias en el acceso a los servicios de Salud entre las argentinas y los argentinos, según sea la capacidad de pago de cada persona. Además, se procura transferir o direccionar por esta vía los fondos de SALUD a los sectores de la especulación y el negocio de

la ENFERMEDAD. También generar un esquema de Organización del Sistema que favorezca las formas de precarización de las trabajadoras y trabajadores. Y debilitar el rol del Estado asimilando las recetas neoliberales del Estado Mínimo.

El declive en la Salud de los argentinos y el sistema de Salud Pública en Argentina comenzó hace décadas. No es de ahora... Después de Perón y Ramón Carrillo en los años '50, comienza a "governar" en la Argentina la industria de la enfermedad y el achicamiento del rol del Estado.

A aquel Estado que priorizaba la protección y garantía de los derechos sociales (empleo, vivienda, salud, educación) se lo debía reemplazar por uno que priorizara la desigualdad social para el disciplinamiento. E incluyera al Estado en el esquema de apropiación de la ganancia de los grupos concentrados del poder.

En el campo de la Salud, los Organismos

de crédito (liderados por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo BID), la OMS (Organización Mundial de la Salud), y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) son quienes juegan ese rol, y deciden para todos los países de la región, las reformas del Sector Salud en particular, y las Reformas del Estado en general.

A partir de los '90 estas Reformas se aceleran con Menem, y hasta nuestros días, ningún otro gobierno las desmontó.

Descentralización, Gerenciamiento, Hospitales de Autogestión, desregulación de Obras Sociales, Programa Médico Obligatorio (PMO), Programas verticales, focalizados, financiados y condicionados por organismos externos, tercerización de servicios, precarización laboral, y demás elementos que se instalaron en los 90, hoy todavía perduran, y son la base para avanzar en las recetas de los Bancos y los beneficios sobre la mercantilización de la Salud a través de un sistema de aseguramiento.

Y ahora... aparece la CUS (Cobertura Universal de Salud)

¿QUÉ ES LA CUS?

Es un **seguro de Salud**, destinado a las personas "sin cobertura" a través de una **canasta de servicios** (prestaciones) para determinadas patologías, que pueden ser realizadas a través del propio sector público o privado.

¿Cuáles son las claves de la CUS?

COBERTURA

¿Quién sería los "asegurados"? ¿De qué están "in-asegurados"?

Las personas que no tienen obra social o no pueden pagar una pre-paga son en Argentina aproximadamente 15,7 millones de compatriotas. Se dice que no tienen cobertura, pero según la Constitución Nacional, al contener la "Declaración Universal de Derechos Humanos" indica que: **"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."**

En la Argentina entonces, el acceso a la salud ya es formal y legalmente,

Universal y Gratuito, garantizado por rango constitucional.

Por lo tanto el concepto de SEGURO, parte de una falacia primordial, que es que existen personas en la Argentina que no tienen "asegurado" el Derecho a la atención.

El uso del término "cobertura" simboliza el desplazamiento de las ideas de "atención" o "derecho" consagradas por la Constitución.

SEGURO Y COBERTURA implican una relación de "contrato" no de DERECHO, y simbolizan por lo tanto, el Caballo de Troya que transporta la trampa que legitima el alejamiento del diseño de la oferta de servicios públicos de salud, su integración y la eficacia sanitaria; para

trasladarla hacia la contención de "costos", estableciendo un conjunto restringido y ajustable de prestaciones, y que el Estado sea un "comprador" de esas prestaciones que puedan ejecutar tanto el propio sector público como el privado.

Esto en la práctica significa que los servicios podrían ser enteramente provistos por empresas privadas si así lo determinara la famosa ley de la oferta y la demanda, mientras el Estado sólo interviene para asegurar los fondos para esos servicios y regula su calidad y variedad a través de mecanismos y Organismos de escasa o nula legitimidad y transparencia con marcada influencia de los sectores del negocio de la enfermedad.



ATE ARGENTINA

#NOALACUS

FINANCIAMIENTO

La financiación adecuada para el sector salud, es una **condición necesaria pero insuficiente** para asegurar acceso, equidad, eficacia y calidad de los Servicios de Salud.

O sea, puede haber más o menos plata (presupuesto), pero la pregunta es ¿Quién la administra? ¿Qué modelo de atención se financia? ¿Quién se queda con esa plata?

El anuncio de la CUS se sustenta en utilizar 29 mil millones de pesos del Fondo Solidario de Redistribución de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

De esos 29.000 millones de pesos, solamente 8.000 millones de pesos pasarán a formar parte de un fondo que será administrado por una Unidad Ejecutora de la que participarán:

- 2 representantes del Ministerio de Salud de la Nación,
- 2 de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y
- 2 de la CGT (socios del "acuerdo").

Es decir que en concreto, **el financiamiento inicial se basa en el aporte de los 8.000 millones provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, que será por única vez**, previendo el retiro progresivo del nivel nacional, transfiriendo a las provincias y a los municipios. Otra vieja y conocida receta neoliberal: **descentralizar políticas sociales sin fondos, generando el riesgo de no poder sostenerse en el tiempo.**

En números reales, el aporte de 8.000 millones de pesos, representa aproximadamente \$510 pesos por año, por cada uno de esos 15,7 millones de personas sin cobertura social, es decir unos **\$42 por mes**. Insignificante aporte frente a tamaño anuncio que se presenta como una gran solución.

La "canasta" prevé un modelo restrictivo, curativo y biológico; algunas (no todas) las prestaciones para algunas (no todas) las enfermedades, sin acciones de prevención y adaptable a la decisión política de qué "canasta" se financia, obviamente ajustable según criterios de mercado.

Esta "canasta" la podrían ofrecer tantos los Hospitales (sector público) como las clínicas y sanatorios (sector Privado), lo que abre claramente la posibilidad de una transferencia de "asegurados" o "prestaciones" (y por lo tanto recursos públicos) al sector privado.

Al relativizar el carácter público exclusivo de las prestaciones de salud, lo que se está procurando en realidad, es la creación de mercados de salud que puedan ser explotados por el capital.

Específicamente, hay una decisión consciente y planificada de introducir "mercados internos" dentro del dominio de las prestaciones públicas.

Y la noción de "privados" no sólo va a estar prevista en la conformación tradicional (clínicas y sanatorios), sino también en formas institucionales de alta precariedad institucional (aseguradoras, UTEs -Unión Transitoria de Empresas-, sociedades anónimas).

CANASTA BÁSICA

Es el conjunto de patologías y prestaciones que van a estar **"cubiertas" o "aseguradas"** (vinculado conceptualmente con el Programa Médico Obligatorio PMO). Obviamente va a estar conformada por el concepto costo-beneficio y rentabilidad. Ya en 1993 el Banco Mundial había publicado un ranking de intervenciones sanitarias de acuerdo a su relación costo-efectividad y lo había usado para proponer un **paquete mínimo de prestaciones** de salud pública para países de bajos y medianos ingresos. En el mejor de los casos, el paquete mínimo evitaría un tercio de la cantidad estimada de enfermedades en países de bajos ingresos, y un quinto, en países de medianos

ingresos. De acuerdo a este enfoque, ejemplos de prácticas que fueron excluidas de los fondos públicos en los países más pobres incluyeron: tratamiento de emergencia para injurias moderadas a severas y tratamiento de afecciones crónicas incluyendo diabetes, cataratas, hipertensión, enfermedad mental y cáncer cérvico-uterino (Segall 2003).

La "canasta básica" excluye prácticas de salud que hoy existen, limitando derechos o teniendo que acudir a la judicialización de la salud, como se observa plenamente en todos los países que han implementado este sistema (Chile, México o Colombia). Y lo que no esté incluido en la "canasta"

cada persona lo debería resolver por su cuenta. O sea, por fuera de la cobertura mínima, el sistema de salud se va a regir por la ley de oferta y demanda, lo cual implica que aquello que el Estado no pague, va a tener que ser costeado a precio de mercado de manera individual, por consumidores de salud.

Ante esas situaciones los sectores populares se ven en clara desventaja: sólo tendrán acceso total al resto de los servicios, aquellos que puedan pagar por ello. Y los **"gastos de bolsillo"** (o sea por "aquello" que no está incluido en el seguro) obviamente, **se van a incrementar exponencialmente.**

ROL DEL ESTADO EN LA CUS

La retirada del Estado como proveedor de servicios públicos ha sido acompañada por un claro impulso reformista, con frecuencia llamado **"nueva administración pública"** (Vabø 2009).

La propuesta de la CUS no es ajena a esta tendencia. El propósito ha sido introducir la organización, la impronta y las prácticas del mercado en el sector público, bajo el supuesto que los servicios públicos deban alcanzar la eficiencia que el sector privado (y su entorno competitivo) ha supuestamente alcanzado.

La importancia de la calidad de la atención sanitaria pública no es parte de esta lógica y el Estado queda confinado sólo al rol de financiador y administrador de este sistema.

Un sistema de estas características requiere de una clara separación "proveedor/comprador", o sea, con los procesos o funciones de financiamiento y administración completamente divorciadas de las prestaciones en sí.

La ruptura entre el Estado como

prestador de salud y como comprador de servicios ha sido, el sello distintivo de estas reformas en otros servicios públicos. En teoría, esto en el sector salud significa que los servicios pueden ser enteramente provistos por empresas privadas mientras el Estado interviene para asegurar los fondos para esos servicios y regula su calidad y variedad. Una escisión proveedor-comprador pone un precio a los servicios; esto es, los mercantiliza, que es un prerrequisito para su transacción en el mercado (Laurell 2007).

¿Cuáles son las claves de la CUS?



ATE ARGENTINA

#NOALACUS



CUS es un signo de época, con los mejores ingredientes neoliberales: deja de lado el concepto de derecho, suprime responsabilidades del Estado y quiebra la noción de financiamiento solidario y colectivo, anulando uno de los principales redistribuidores de riqueza como lo es el sector salud.

¿Cuáles son las consecuencias potenciales de la CUS?

Sobre los “pacientes”

- Para contar con la CUS deberán sacar “carnet de pobre” para documentar su condición de beneficiario.
- Aún accediendo a ser atendidos, solamente podrán disponer de una canasta limitada de prestaciones, teniendo que hacerse cargo del resto como puedan (colectas, pago directo, etc.).
- Se incrementará la brecha entre los más ricos y los más pobres, con el agravante de que no se trata de un bien suntuario, sino meritorio como la salud.
- Los extranjeros no son tenidos en cuenta.

Sobre el Sistema

- Se seguirá priorizando un modelo curativo, relegando los aspectos de promoción y prevención en salud.
- Se habilita a las obras sociales y otros agentes del seguro a gestionar servicios para la población de la CUS (privatización oculta del sistema de salud).
- Lo anterior generará un nuevo desvío de fondos hacia otros sectores en lugar de fortalecer el sector público.

Sobre los Trabajadores

- En la medida que se avanza con este tipo de medidas, como una película ya vista, sabemos que el “achique” del Estado será inexorable.
- Así es esperable que se reduzcan los planteles de los servicios y que los establecimientos, se re-configurarán a la baja y a las formas precarizadas de empleo.
- se implementarán nuevas formas de retribución salarial, tales como “cantidad de cápitas”, productividad, consultas de seguimiento de pacientes crónicos, por ejemplo.

¿Qué defendemos y qué sostenemos desde los trabajadores y las trabajadoras de ATE?

En pocas palabras, el modelo CUS está construido sobre la base de las clásicas políticas neoliberales, políticas alejadas de opciones de salud universal basadas en los sistemas públicos.

Construir y mejorar el sistema público de salud no es parte de la visión del Estado de quienes sostienen esta postura.



Volver a Carrillo

La estrategia de la CUS choca de frente con las ideas de quienes creemos que hace falta afianzar sistemas universales de salud que aseguren equidad, integralidad y gratuidad, para el ejercicio pleno de un derecho ciudadano garantizado por el Estado, tal como manda nuestra Constitución Nacional.

VOLVER A CARRILLO es la consigna que nos guía.

VOLVER A CARRILLO es afirmar que **la salud es un derecho social esencial** y que los sistemas públicos de atención representan genuinos re-distribuidores del ingreso, a favor de reducir desigualdades injustas y por lo tanto, excluidos de las pretensiones del mercado del aseguramiento privado.

VOLVER A CARRILLO es caracterizar al modelo extractivista como la determinación más decisiva de nuevas formas de enfermarse en la Argentina.

VOLVER A CARRILLO es para nosotros y nosotras, erradicar la principal causa histórica de

enfermedad colectiva en la Argentina, como es la pobreza y la desigualdad.

VOLVER A CARRILLO es **desarrollar un Sistema Único, Universal, Integral e Integrado, Equitativo, Calificado, Eficiente y Transparente de Seguridad social y Salud pública financiado por rentas generales del Estado**; que contemple salud integral, ingreso ciudadano a la niñez y discapacidad, previsión social universal, seguro de empleo y formación, distribución-acceso a la tierra y la vivienda, y soberanía y seguridad alimentaria. Desarrollado por trabajadoras y trabajadores sin condiciones precarizantes de trabajo y medio ambiente laboral. Implementando un plan de inversión hacia el sector, basado en incorporación de personal y adecuación edilicia y tecnológica de los establecimientos públicos.

VOLVER A CARRILLO es desarrollar ámbitos de plena y verdadera participación popular en Foros de Salud territoriales donde se problematice una agenda popular de temas socio sanitarios.

Otra Salud es posible... otro Estado es necesario...

#NOALACUS



ATE ARGENTINA

ÁREA DE SALUD DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP SALUD)

www.atesociosanitario.com.ar | www.ateargentina.org.ar

