



**INFORME DE COYUNTURA SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA  
7 DE ABRIL DÍA INTERNACIONAL DE LA SALUD**

**Vaciar el Sector Publico para implementar la CUS**

Luego del Decreto 908/16 el gobierno no ha logrado dar pasos sustanciales en la definición, implementación y ejecución de la CUS, tanto en el financiamiento, como en la gestión y atención sanitaria. Pero sí en el vaciamiento del sector público de salud.

Hasta la fecha por ejemplo, no se ha definido la distribución de los fondos destinados por decreto a la CUS (8000 millones de pesos), ni se han puesto en funcionamiento los mecanismos administrativos para ello. La renuncia de Cecilia Loccisano (esposa del ministro Triaca) a la Subsecretaria de Coordinación Administrativa del Ministerio de Salud en febrero, no solo significa el cambio de un funcionario clave del gobierno para la distribución de fondos, sino que expresa entre otros hechos la profunda crisis entre el poder ejecutivo y amplios sectores del mundo del trabajo que están generando resistencia a la implementación de la CUS. El gobierno ha tenido que reevaluar sus alianzas y estrategias para la implementación de las reformas en el Estado, como consecuencias de las jornadas de lucha de diciembre de 2017, que oponen resistencia a las políticas antipopulares como la CUS.

La firma de convenios entre la nación y las provincias para la implementación de la CUS ha entrado en desaceleración desde principios del 2017. Sólo 13 de las 24 provincias habían firmado dichos convenios. Varias jurisdicciones se arrepintieron por la falta de definiciones en cuanto a la remisión de fondos específicos. Otras como Santa Fe y La Pampa han ido más allá expresando que la CUS va en contra de la salud pública. Vale destacar que la inexistencia de convenios no es incompatible con la implementación de medidas afines a la CUS, que de hecho se siguen tomando. En ese sentido, el Ministerio de Salud ha dado pasos en la elaboración de convenios de trabajo con el Hospital Italiano y empresas vinculadas al mismo para la programación informática de la historia clínica electrónica.

**Ahora bien, como venimos advirtiendo, la privatización del sistema se está dando en el contexto de un proceso de vaciamiento de TODO el sector público de Salud. Como muestra vemos la amenaza de cierre de servicios en los Hospitales Cetrangolo, Erill de Escobar, Tigre y otros, así como la migración masiva de profesionales en Santa Cruz y Tierra del Fuego. Desde principio de año se han desencadenado una serie de despidos en instituciones nacionales emblemáticas como el Hospital Posadas. Ello debe ser leído como un avance más en la precarización de las condiciones de trabajo y una tendencia a la privatización mediante tercerización de servicios.**

En el primer nivel de atención, la caída en el presupuesto del Programa CUS Medicamentos ( ex Remediar) ha generado profunda zozobra en los centros de salud. A esto se agrega la extinción planificada del programa CUS comunitarios (ex Médicos comunitarios).

En enero de 2018 se produjo un faltante de medicamentos para HIV-SIDA atribuible a déficits en la programación de las compras y distribución por parte del Ministerio de Salud nacional. Esto se hizo más evidente en provincias políticamente alejadas del gobierno nacional, como San Luis. Entidades de la sociedad civil históricamente vinculadas a



la problemática de la población de pacientes con HIV-SIDA denunciaron públicamente y se movilizaron advirtiendo el riesgo gravísimo para la salud y la vida de lxs pacientes.

Una masiva manifestación en ocasión del 8M, recrea la necesidad de la despenalización del aborto, la mejora en la educación sexual y el incremento de programas de anticoncepción. La necesidad de acceso oportuno al misoprostol revela tanto la falta como la importancia de la producción pública de medicamentos.

La situación de mal manejo en el tema fiebre amarilla, quedó evidenciada por la vacunación sin pautas claras del ente nacional. La desinformación pública llevó a un uso irracional y descontrolado de la vacuna, con los riesgos y el gasto consecuente. A su vez, el Ministerio de Salud sigue negando el probable cambio de escenario epidemiológico frente a ésta y otras enfermedades transmitidas por mosquitos –ETM- (Dengue, Zyka, Chikungunya) producto de la permisividad y complicidad con los procesos de desmonte y extensión de las fronteras del monocultivo de soja y sus impactos climáticos.

El proyecto de ley nacional de Cambiemos sobre reciprocidad para la atención de pacientes desencadenada por el conflicto con Bolivia, promueve la restricción de la atención a extranjeros con mecanismos que incluyen el pago de bolsillo (ya sea directa o vía seguro obligatorio), lo cual viola el artículo 20 de la Constitución. A esta tendencia iniciada por Jujuy, se agregaron otras provincias como Salta y Neuquén, generando barreras de acceso a la atención médica que ponen en riesgo la vida de importantes grupos poblacionales.

### **Situación en las provincias**

En la CABA la situación resulta particularmente alarmante. La Historia Clínica Electrónica ya se encuentra en funcionamiento, principalmente en los Centros de Salud, donde no sólo se empadronará a lxs usuarixs, sino también se nominalizará a la población que cuente únicamente con cobertura pública de salud. Por otro lado, se comenzó con la reorganización del sistema de salud, diferenciando los niveles de atención de acuerdo al plan de la CUS que contempla cerrar al público los efectores especializados, a los que sólo se podrá acceder por derivación de otros niveles. A su vez, el Complejo Hospitalario Sur, es otro aspecto de la reorganización del sistema, que implica el cierre de los Hospitales IREP, Udaondo, Curie y Ferrer, y su traslado al predio del Hospital Muñiz, convirtiéndolos en institutos que constituirán un único hospital general de alta complejidad. Esto implicaría, entre otras cosas, una reducción significativa de número de camas, como así también de personal de atención. En paralelo se está realizando la reforma del Convenio Colectivo de Trabajo y de la carrera hospitalaria de los profesionales de la salud, lo que creará las condiciones necesarias para la puesta en disponibilidad y prescindencia de lxs trabajadores, junto con la regresión de los derechos ganados históricamente.

La provincia de Buenos Aires experimenta una aceleración del vaciamiento del recurso humano, del equipamiento y de la estructura edilicia de sus hospitales y centros de salud.

En el NEA, la provincia de Misiones transita una situación de gran aplanamiento de los sueldos del sector, no solo cuando se considera la inflación, sino también cuando se comparan con salarios de otras áreas del Estado como la policía provincial.



En Mendoza, el proyecto piloto de la CUS en Guaymallén ha generado resistencia en la población y en los trabajadores de la salud. Sin embargo en noviembre de 2017 se firmó un nuevo acuerdo con el gobierno nacional para extender la CUS a los departamentos de Las Heras, Godoy Cruz y San Rafael.

La totalidad de los gobiernos provinciales del NOA han adherido a la CUS debido a sus críticas necesidades de financiamiento, lo cual coexiste con fuertes acciones de resistencia sindical y popular para su implementación.

Varias provincias de la Patagonia como Santa Cruz y Tierra del Fuego presentan una situación límite en el recurso humano en salud que afecta gravemente la atención médica. Esta situación no se encuentra contemplada en el proyecto de la CUS.

**En resumen, definimos a la actual etapa de la CUS como**

**VACIAMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO PARA IMPLEMENTAR EL SEGURO PRIVATIZADOR**

**El Movimiento por el Derecho a la Salud (MDS), impulsado y protagonizado por casi 70 Organizaciones y Representaciones del ámbito de la Salud y los DDHH de todo el país, redoblará los esfuerzos organizativos y operativos para alertar públicamente como viene haciéndolo hace 1 año y medio, sobre la iniciativa del Gobierno de implementar la CUS.**

Este año la OMS dedica el Día Mundial de la Salud a la promoción de las políticas CUS a escala planetaria. Lo hace en asociación con el Banco Mundial y el apoyo de representantes del poder económico global como la fundación Bill y Melinda Gates y la fundación Rockefeller.

**El objetivo de la OMS no es fortalecer Sistemas Públicos potentes y universales que garanticen el derecho a la salud, sino promover seguros con "canastas básicas" que redirijan el recurso financiero al sector privado más concentrado de la salud. Para ello el seguro, la privatización y el mix publico privado.**

**EL PROXIMO 6 DE ABRIL, CONMEMORANDO EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD, EL MDS SE MOVILIZARÁ CONTRA EL VACIAMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO, DICIENDO NO A LA CUS, Y SÍ A UN SISTEMA DE SALUD GRATUITO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD.**