

Una mirada crítica y auto crítica sobre el proceso de reforma de los sistemas de salud en Argentina.

El decreto y el contexto político y económico actual:

EL decreto publicado en el Boletín Oficial Argentino (BOA) 908/2016 crea –básicamente- una unidad ejecutora para la Cobertura Universal de Salud –CUS- dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) integrada por tres actores: 1) dos miembros del Ministerio de salud de la Nación, 2) dos de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS), y 3)) dos de la Confederación General del Trabajo (CGT). También determina el uso del Fondo Solidario de Redistribución (FSRD) originado en la Administración de Programas Especiales (APE) y reclamado por la CGT desde el año 2002. Dicho fondo (FSD) se calcula en alrededor de 30.000 millones de pesos.

El DNU del presidente M. Macri, destina para la CUS “la afectación, por única vez” de 8.000 millones de pesos, y añade: "la Superintendencia de Servicios de Salud constituirá un fideicomiso de administración, cuyo fiduciario será el Banco de la Nación Argentina". Destina además más 4.500 millones de pesos también “por única vez” para Fondo de Emergencia y Asistencia de los agentes del seguro de salud", y por el saldo remanente que al 28 de julio asciende a "\$14.267.913.875,96", indica luego la norma, "se deberán suscribir a valor de mercado 'Bonos de la Nación Argentina en pesos 2020'", que " permanecerán hasta su total amortización en custodia del Banco de la Nación Argentina".^{2 3}

En sus anexos 1 y 2, se ordena la nominalización de la población sin cobertura y el destino de parte de esos fondos a Obras Sociales con problemas de financiamiento, emergencias y cuestiones menores.

Lo que está claro en el BOE 908/16 es que destina un *capital inicial* por única vez para la unidad ejecutora (UE) de la CUS, el cual es de 8000 millones de pesos. No aclara los destinos de esos fondos, como así las formas de financiación de la CUS a futuro.

Asimismo con la creación de la UE se habilita a las Obras sociales (OS) y a la SSS a la gestión de servicios para la población de la CUS. Por lo tanto no es alocado inferir posibles articulaciones entre estos actores privados y el MSN como parte de una oferta de servicios donde las OS serían parte interesada en este sistema, que al parecer, no distaría mucho del esquema clásico de administración de una Obra Social, que en este caso, sería administrada por el MSN a través de esta unidad ejecutora UE. Tendría una población cautiva de unos 14.000.000 de habitantes y una cartilla de prestadores (con canasta básica de prácticas) donde no solo estarían los efectores estatales, sino también los efectores de Obras Sociales y por ende las empresas de medicina privada y las corporaciones de profesionales, las cuales ya están organizadas desde hace décadas como administradoras de contratos con Obras sociales, prepagos y el Estado.

¹ N .del A. : El Dr. Alejandro D. Dávila es odontólogo , egresado del Magister de Salud Publica del rectorado de la UBA, conferencista y panelista de diferentes eventos nacionales e internacionales, ex docente de MAGEYP en proyecto CIC del MDSN, ex coordinador de políticas públicas de la dirección nacional de SB del MSN, ex director Municipal de APS del municipio de lomas de Zamora, ex director municipal de Odontología de Lomas de Zamora, Presidente de la ASB América latina y miembro de la red latinoamericana de SB colectiva, actualmente trabaja como coordinador de gobierno locales y políticas de salud de Médicos del Mundo Argentina.

² N.del A. On line: <http://www.telam.com.ar/notas/201608/157488-decreto-cobertura-universal-salud.html>

³ N.del A. : Boletín Oficial Argentino 908/2016

Todo hace pensar que competiría el sistema estatal (municipal, provincial, y lo poco que hay del nacional), con las Obras Sociales, empresas de medicina privada y corporaciones privadas de profesionales.

Si observamos la enorme sobre oferta privada en servicios de salud (empresas de medicina privada, prepagos de salud y corporaciones privadas de profesionales) existente en la Argentina, vemos que el sector privado de la salud sería el que menos creció en estos últimos 12 años comparado con el crecimiento (en gasto) del sector estatal y de Obras sociales. Todo hace pensar cuál sería el futuro circuito del dinero y sobre todo, por cual andarivel transcurriría el mismo. Se podría inferir que sería en detrimento de las capacidades de financiación y mantenimiento del sector estatal y de algunas de las pequeñas Obras sociales de trabajadores como ha sido ya en la década de los 90.

Asimismo habría que advertir sobre el proyecto de ley para la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET). Dicho proyecto plantea que la ANGET...."....*tiene por objeto realizar estudios y evaluaciones con la finalidad de determinar la oportunidad y modo de incorporación, uso apropiado o exclusión del PMO (programa medico obligatorio) y la canasta básica de prestaciones que se determine para el sector público. . .*". Con este criterio se completaría la idea de limitar el derecho a la asistencia de determinadas prácticas y tratamientos basados en criterios puramente de gestión sobre la idea de costos sobre la de derechos.

Teniendo en cuenta el actual plan económico neoconservador y proto-oligárquico-financiero del gobierno de Macri y de la alianza Cambiemos, sus brutales transferencias de recursos hacia sectores de la economía sojera , cárnica, la industria extranjera extractiva, y el capital financiero y su derrotero hacia la desindustrialización con la brutal apertura a las importaciones y primarización de la economía agropecuaria; podemos inferir -con cierto grado de certeza- por donde se produciría el flujo de dinero del estado y quienes se beneficiarían de estas políticas.

Dicho flujo de dinero será dirigido como producto de la facturación de las practicas cubiertas por la CUS, a lo que hay que sumar el gasto de bolsillo (copagos y practicas no nomencadas) de las personas que van a portar su flamante carnet de la CUS limitando -de esta forma- el derecho a los servicios y siendo sujetos de las limitaciones que otorga una canasta básica de prácticas y descuentos en medicamentos.

Ese flujo de dinero iría en primer lugar hacia el sector más concentrado de la industria farmacéutica y de servicios privados de la salud asociados a la banca financiera y a las corporaciones de profesionales, en segundo lugar a algunas Obras sociales que disponen de la mayor cantidad de "beneficiarios" y de prestadores, y en tercer lugar el resto del sistema estatal municipal, provinciales y Obras sociales pequeñas con menor capacidad económica y financiera.

El concepto de aseguramiento con canasta básica nos propone una variante de **darwinismo**; **el de tipo sanitario** donde no asiste el derecho a saber: los que disponen de menos capacidades para sobrevivir, sucumbirán ante el más poderoso; concentrando los servicios y determinando escalones de atención, donde unos comerán caviar y otros -si pueden y llegan- : pan o te.

Antecedentes inmediatos:

La contra reforma que no fue...

En el 53° Consejo de OPS-OMS del 2014, varios países incluyendo Argentina (recordamos que el ministro de salud en esa fecha era el Dr. Manzur), aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (CD53/5, Rev.2).

Hay que decir autocríticamente que el concepto e ideas de “Estrategia de Resultados” (OMS) que propone un sistema de aseguramiento vs el concepto e ideas basados en un “Sistema Universal Integrado de Salud” (SUIS) para universalización del sistema argentino, mejorar la equidad y el derecho a la salud desde los sistemas de atención, ya estaba en cierta forma allanado a favor de las ideas de aseguramiento con canasta básica de prácticas.

Los antecedentes de esta CUS se pueden encontrar no solo en el gobierno de Menem y en los documentos de la OMS; sino también en el Plan Federal de Salud (2004-2007)

Ya en el documento “Bases del PFS/ COFESA 29-03-04” se decía - luego de una introducción profesando fe hacia la APS como ordenador del sistema- cosas como las siguientes: *“El sistema posibilitaría el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que de cobertura universal básica a todos”*.⁴

Dicho Plan Federal de Salud –PFS- (el Ministro de Salud era el Dr. Ginés Gonzales García) respondió de alguna forma a la urgencia producida por la crisis del 2001 donde sucumbió el sistema privado y el de Obras sociales en un contexto donde estaban saqueadas las arcas del tesoro nacional. Este plan pretendía financiar al sistema estatal y por otro lado se infería intenciones de algunos sectores de poder darle continuidad al proceso de reforma de la década anterior y avanzar con un sistema de aseguramiento. El PFS fue muy criticado por grupos de la comunidad sanitaria, peronista y no peronista.

Hay que decir también que de dichas críticas **no surgieron propuestas superadoras o masa crítica que puedan plantear alternativas al mismo, como tampoco la decisión política de la conducción del estado de en esa coyuntura producir cambios estructurales en los sistemas de salud**. El PFS entonces se inicia con todo el consenso que le brinda el COFESA y también con muchas resistencias basadas en espacios de autonomía que resistían este tipo de proyectos. Éste al final pudo aplicarse pero parcialmente a lo largo de 12 años.

El PFS es un conector de las ideas económicas neoliberales tras poladas a los sistemas de cobertura de atención y se asemeja bastante con la CUS. El PFS fue ganando paulatinamente la batalla cultural y fue avanzando progresivamente a través de algunos programas muy significativos e importantes por su financiación y gasto, pero no por su impacto en la relativa salud colectiva comparados con medidas como la cobertura Universal por hijo mucho más eficaz.

El programa “Remediar” como así el “Nacer”, son hijos del Plan Federal de Salud (básicamente es un recorte materno infantil con nominalización obligatoria que financia al CAPS) luego fue ampliándose sucesivamente a otros grupos etarios (mujeres embarazadas, niños y hombres y mujeres adultos hasta 65 años etc.). En la actualidad es el Programa “Nacer-Sumar” o “SUMAR”, que técnicamente consiste en un seguro de salud por Resultados con un límite de prácticas (establecidas por un nomenclador de prácticas y valores en pesos) que son pagadas por el MSN y cuya población debía de nominalizarse en los CAPS y no tener cobertura de otros sistemas de salud.

⁴ N. del A.: On line: <http://www.altillo.com/exámenes/uba/psicologia/saludpub/saludpub2010rescofesa.asp> Bases del PFS/ COFESA 29-03-04-Plan federal de salud

Básicamente el SUMAR financia hasta hoy la demanda de prácticas médicas y odontológicas básicas que están limitadas a un nomenclador con valores en pesos, y que los CAPS facturan al MSN. Financia de esta forma, y en una proporción variable, los enormes gastos de la asistencia municipal. Dicho programa –comparativamente- no destina fondos importantes y significativos para el desarrollo de políticas en APS y de participación comunitaria. Financia hasta la fecha, solamente la demanda de algunas de las prácticas asistenciales más comunes en los CAPS establecidas en un nomenclador, y por lo tanto, no aporta a estructurar políticas públicas de promoción, protección, prevención, auto cuidado y participación comunitaria, por fuera del esquema mercantil de “pesos por prácticas” nombradas, en su mayoría de asistencia a la enfermedad, funcionando de esta forma como si fuese una Obra Social para pobres, donde el que factura es el Municipio y el que paga la Nación, dicho sea: con aranceles muy bajos.

Es claro que el programa “SUMAR” distorsiona bastante el concepto de APS en el primer nivel de atención, y de esta forma, fragmenta aun más los ya desvencijados y des financiados sistemas municipales, que navegan sin política única nacional de APS, haciendo lo que pueden en cada lugar. por ej.: **los CAPS que más necesitan de políticas de APS y de financiación específica que están ubicados en los lugares más complejos y vulnerables, son los que menos facturan el sumar, y por lo tanto son los que menos recursos les llegan, cuando les llegan sin desvíos.**

Las visitas del BM a los “CAPS estrella”, los cuales exhiben sus resultados ante las comisiones de extranjeros que viajan en safari a visitarlos, explican cuales fueron los más beneficiados por este programa, verificando así una vez mas, el fracaso de este sistema de pago por resultados y prácticas.

A favor de este programa, podemos decir que es visto como una ayuda económica a las flacas arcas municipales, cosa que fortalece -en cierta forma- el sistema estatal de salud. Esto ultimo es importante ya que hace a una diferencia comparativa con el proceso de reforma de los 90, donde no existía asistencia financiera significativa aparte de la coparticipación federal y municipal a dichos CAPS.

Otro dato significativo -no meritorio - que hace al concepto “*aseguramiento light*”, -que se introduce desde hace mas de 30 años sin solución de continuidad y es anterior a la de Lemus- es que dicho programa SUMAR es financiado por el BM. Significa un control tipo bancario o de auditoría sobre los objetivos, estándares y metas, basados en controles sobre “resultados”. Por lo tanto es muy ineficaz a la salud colectiva y no aporta por ende -como ya lo sabemos- a fortalecer la APS, generar equidad, universalidad en la atención y a desarrollar proyectos de promoción prevención y participación comunitaria con control comunitario que den cuenta de los problemas socio sanitarios de nuestros pueblos.

Poder determinar objetivamente los antecedentes a la actual situación nos permitiría hacer un análisis más claro de los problemas que atravesamos, los cuales son de carácter político, ideológico y conceptual. Estos se vienen arrastrando desde los años 90, donde es plena la reforma neoliberal de la Argentina incluida la reforma de los sistemas de salud, la cual todavía nos atraviesa. La ideología neoliberal comprobamos penetra fuertemente, como en tantas otras esferas, y también muy sutilmente en el campo de la salud pública, en los análisis de los sistemas y en poder construir proyectos y soluciones.

Reafirmando algunas cosas podemos decir que, dentro del contexto político de los últimos años de la Argentina (2001-2015), "el sumar" finalmente financiaba -en cierta forma y con distorsiones

importantes en cada municipio debido a que frecuentemente los fondos de los CAPS son distraídos a otras áreas del sistema de salud por diferentes cuestiones y urgencias locales - al primer nivel municipal, Esto último no es decir poco a la hora de la situación que vivía y vive el sistema de salud municipal y el provincial; ya que la mayor parte del gasto municipal se eroga para pago de salarios y si tiene un hospital municipal, este se lleva casi todos los recursos desfinanciando en cierta forma al primer nivel.

Esta situación en municipios y provincias se da como producto de la reformas neoliberales en salud de las últimas décadas que han descargado la responsabilidad sanitaria y la transferencia económica del primer nivel a los municipios, no solo en su financiación y responsabilidad también en la determinación de políticas en APS que son variopintas, nulas o creativas pero diferentes conceptualmente e instrumentalmente en cada provincia y municipio de la Argentina.

Esta situación evidentemente en doce años del gobierno nacional y popular de Néstor y de Cristina no pudieron revertirse, a pesar de intentos muy valorables pero también muy ineficaces en el contexto argentino, basados en programas parciales y muy bien financiados como el Programa Médicos Comunitarios o programas de desarrollo comunitario con promotores de salud, programas estos últimos siempre muy recortados y parciales a la hora de poder determinar políticas y no ser determinados por las políticas locales. Esta situación parcial y recortada distraía, y en cierta forma ha complicando, objetivamente aun más la discusión sobre las ideas de aseguramiento, actuando sobre la inercia y la urgencia que produce la diaria en la salud municipal o provincial con la angustia permanente de la falta de recursos.

Los cambios producidos en el MSN en el último semestre del año 2015- con muy buenas intenciones y proporcional poco tiempo a las mismas- no pudieron afectar en su mayor parte la línea política hegemónica de las últimas décadas sobre la idea de aseguramiento que venía ejerciendo el MSN.

Esa es la base material y política -a mí humilde entender- de la pérdida de la batalla cultural y política del SUIS (sistema universal integrado de salud) sobre las ideas de aseguramiento (OMS-BM) de los últimos 30 años.

No analizar los antecedentes nos pondría en desventaja notoria a la hora de volver a formular proyectos políticas y líneas de acción a futuro desde el campo nacional popular y latinoamericano, basadas en el derecho a la salud, la equidad y universalidad.

Sobre la financiación de la APS -en el primer nivel de atención y como para dar un ejemplo- ya era -y ahora mas- casi inexistente comparado con la enorme cantidad de dinero destinado a la asistencia a la enfermedad (ej. medicamentos, vacunas más de una docena en el calendario y diferentes obras mega hospitalarias como el Hospital del cruce o el NCK o varios de ese estilo) todo muy necesario por cierto -y eso hay que remarcarlo y ponerlo de relieve- por que durante décadas no se invertía dinero en Hospitales de alta complejidad. Sumamos la poca producción estatal comparada y demás proyectos parciales y gastos que se hicieron asistenciales puros por fuera de un plan maestro o estratégico en la salud pública Argentina con base en la APS, tal vez hizo que no se pudiese hacer pie en la APS y la salud colectiva como política principal, porque no se podía, no se quería o no se sabía, pero es algo del cual debemos hacernos cargo todos en la medida de las responsabilidades.

Hacia una contrapropuesta política y estratégica: la batalla cultural y la batalla política.

Pues bien, ahora con Macri menos aun todavía, habrá una solución pensada desde el pueblo a sus problemas sanitarios, y también menos aun en la asistencia adecuada y de equidad a la enfermedad donde unos pueden acceder a determinado menú y otros a otro. Una oferta para ricos y otra para pobres.

La verdad es que se presenta muy contradictorio poder analizar seriamente el proyecto de la COU sin hacer mención sobre el "de dónde venimos" y qué facilito, en cierta forma, que sea tan sencillo avanzar en estos temas de reformas neo liberales sobre el sistema de salud estatal en Argentina.

Esto lo expreso porque pienso que estos 12 años en salud, lo que se realizo en pos del mejoramiento hacia otro modelo sanitario, más en consonancia con el marco ideológico y conceptual nacional y popular, apuntando hacia un sistema integrado, de derecho y universal; creo que fueron casi inexistentes. Es más, creo que **la ausencia de proyecto alternativo al aseguramiento por parte del campo sanitario nacional y popular, reforzó finalmente la idea de aseguramiento, por sobre la de integración de los sub sistemas hacia la universalidad. Evidentemente no se pudo, no pudimos.**

Esto se puede considerar como una **deuda política y sanitaria** enorme para con el pueblo que deberemos de saldar, si es que volvemos a poder dirigir los destinos de la patria.

No se advierte todavía en los análisis sobre la actual situación de la CUS, en dónde hay continuidad y en dónde hay ruptura. Pensando siempre estas cuestiones de continuidad-ruptura en el eje central de la política nacional sobre cobertura en salud pública. Sí, se observa una discusión de carácter político coyuntural que expresan algunas discrepancias con el Macrismo en cuestiones de marco ideológico relacionadas con leyes (Salud Mental) , políticas públicas y con programas específicos (Quinitas por ej) que están a vista y no necesitamos explicar; pero que no hace a lo esencial de la discusión sobre el sistema de salud en argentina.

La discusión central sobre el sistema de atención (mal llamado de salud) no es que venimos furiosamente en estos últimos 12 años de un "Modelo Carrillista" o de un "Sanitarismo Peronista a la Ferrara" ni mucho menos! Y ahora asi -de pronto- viene el neo liberalismo y la salud como mercancía etc.etc.

Hay avances del Macrismo sobre los derechos conquistados, y en ese paquete están algunas leyes, programas,etc., su programa económico será el que mas vulnere la salud coelctiva en la Argentina.

Ahora: El tema del **sistema de salud** argentino es parte también de esa discusión y de una **diferenciación necesaria** si es que queremos plantear a futuro cambios y propuestas que superen las discusiones y las practicas existentes hasta ahora.

No creo que esa diatriba tajante (sobre el modelo de donde venimos y hacia donde vamos) exista de esa forma, porque no explica sencillamente hacia dónde vamos y por que.

Venimos de 12 años de políticas fuertes de inclusión y de restitución de derechos que entroncaron con el campo de la salud, y que se han podido profundizar bajo formato de leyes y de programas, mas relacionadas a temas de la salud colectiva como "salud mental" "genero" etc. pero en lo que **hace al sistema de salud, no se ha tocado casi nada**, no se ha podido generar una ley de salud que pudiera dar el marco político para una contra reforma sanitaria opuesta a la neoliberal. Los más humildes siempre fueron y son los más afectados de toda la pirámide asistencial argentina y eso se pudo revertir en muy poco.

Es más, **las mejores políticas de salud pública y las más eficaces en todo sentido las generaron otros ministerios, como el de desarrollo con la asignación universal o el mantenimiento de una economía neo keynesiana por dar un ejemplo con el aumento del empleo en general.**

Lo que se ve con claridad, en el caso del sistema de salud argentino, es que asistimos en este nuevo contexto político a **una profundización neoliberal**. Venimos de un largo proceso de reforma en el sistema de salud que arranca ya desde el 55, con un avance notorio en el concepto de aseguramiento a demanda (agrego para pobres) que nuestro gobierno nacional y popular en 12 años no pudo combatir en lo cultural, ni en lo político, ni en lo instrumental; tampoco lo interrumpió, porque no pudo, porque no supo, porque no quiso, o simplemente porque no era prioritario. Pero eso ya fue.

La lucha contra los tarifazos por parte de la sociedad por los aumentos de tarifas, han provocado un fuerte rechazo en el 70 % de la población, y ha sido motorizado no solo por las organizaciones del campo nacional y popular vinculadas a la alianza política del anterior gobierno (FPV), sino que también han sido motorizadas por asociaciones de consumidores y demás organizaciones de la sociedad civil. Esta protesta ha producido un retroceso parcial en la construcción cultural subjetiva de la política y plan económico del gobierno dándole en la línea de flotación y generado una pequeña crisis política a Cambiemos, evidentemente esta es una victoria en la batalla cultural importante que no pueden revertir y que los datos duros muestran como perdida de consenso político en sus propios votantes.

LA COU no evidencia un rechazo social fenomenal a estas políticas de reforma, es más, hasta genera cierta empatía, lo que nos impone agudizar nuestros análisis técnicos y políticos para poder acertar en políticas y propuestas que puedan construirse en la cultura y contacten con las necesidades de nuestro pueblo.

Hoy asistimos a una **etapa superior del proceso de reforma en los sistemas de salud Argentino y Latinoamericanos que viene desde la década de los 80 en América latina**, donde ya mas la mitad del camino esta transitada sin resistencia y sin alarmas, solo falta el carnet del CUS y lograr meter y participar al resto de actores privados en el negocio de la salud donde la ley fundamental será: "Unamos al sistema fragmentado que no pudo resolver el kirchnerismo" generando una articulación entre prestadores o canasta de prestadores, donde "el punto" será indudablemente el estado argentino, y "la banca" los privados; todo muy similar a lo que se da en un casino.

Solo con la más amplia unidad de todos los sectores del campo nacional y popular enfrentados con estas políticas antinacionales y antipopulares, y un profundo análisis crítico y autocrítico sobre el campo de la salud pública en la Argentina podrá unir , iluminar y generar propuestas superadoras que entronquen con esta etapa política nacional y latinoamericana , con nuestra cultura, ideología y política, nacional popular y latinoamericanista que representa el peronismo y el kirchnerismo como identidad política liberadora de nuestro pueblo.

Dr. Alejandro Dávila

Bernal, 23 de Agosto de 2016

