***IDEP SALUD – DOCUMENTOS CORTOS***

******

***“Otra Salud es posible… Otro Estado es necesario”***

|  |
| --- |
| **La Cobertura Universal de Salud de Lemus y Macri (CUS)***Mario Borini -* LMBORINI@INTRAMED.NET*IDEPSALUD ATEARGENTINA Diciembre de 2016* |

Se adopta una terminología que recientemente ha recibido de OMS/OPS un nuevo énfasis: Cobertura Universal. “El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” (http://www.who.int/universal\_health\_coverage/es/). Según se lea, si el pago no significa penuria financiera, la universalidad se detiene. Comprendamos la ambigüedad, porque ¿cuándo hay penuria financiera?

Esas entidades que se atribuyen la rectoría internacional en salud coinciden con quien orienta la salud con mayor vigencia: el Banco Mundial. La coincidencia de discursos entre OMS/OPS y este discurso del Banco es notable: “El concepto de cobertura universal de salud (CUS) implica que la gente acceda a los servicios médicos que necesita sin tener que experimentar dificultades financieras” (http://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage/overview)

Es cobertura universal para cierta población, que es la contracara de una restricción universal: excluye sin vueltas a quienes tengan cobertura de Obras Sociales (OOSS) o prepagas privadas. Un peligro para el hospital es que puede llegar al rechazo de la atención, pero en ese caso su personal será el que soportará las demandas penales si equivocadamente cree que un decreto limitativo le habilita esa conducta

Las normas están contenidas en 4 Decretos que establecen:

* $2 mil millones para OOSS para cumplir la CUS a través bienes y servicios de una “Canasta”
* $8 mil millones para Hospitales públicos
* $14 mil millones para su colocación en Bonos del Tesoro, intransferibles
* Un fondo para atención de discapacitados
* Creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud

Los Fundamentos de la CUS en los Decretos retroceden hasta 2003, desde que el gobierno retuvo en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) unos $30 mil millones de las OOSS

Todos los decretos se limitan al sistema. No se fundamentan entonces en problemas de salud, sino a ese artefacto que es el sistema formal de atención que, por la importancia que le damos, parece más importante que la salud invocada para crearlo

La CUS tiene características de un seguro, porque se constituye con las cotizaciones personales que forman el FSR. O sea con aportes de los trabajadores por sí o por medio de sus salarios diferidos (contribuciones de los empleadores)

El destino legalmente obligado del FSR son las OOSS, de manera que existió una retención indebida desde 2003 a 2013. Y esta redistribución corrige esa falta. Pero al no avanzar en la cobertura de todos los habitantes por las OOSS nacionales, omitir la cobranza de servicios hospitalarios a sus afiliados, permitirles la creación de planes diferenciales y la compenetración con enfoques de la medicina mercantil, la Nación simula una restitución que puede llamarse *solidaria* pero que, en los hechos sostiene la insolidaridad precedente

Y aquí van tres aclaraciones acera de la economía de las OOSS:

1. La deuda de las OOSS con el Estado se remonta a su creación en 1948. Junto con los prepagos privados que surgieron en 1962, suman anualmente $40 mil por la atención impaga de sus afiliados y adherentes respectivamente. En todo este lapso acumulan una deuda con el Estado de unos U$S200 mil millones, como fácilmente podría probarse
2. El FSR tuvo un destino arbitrario, o sea, contra la norma, tal como recoge la historiadora Susana Belmartino. Documentó que una sola OS recibía el 30% de los fondos en el Gobierno de Alfonsín. Era la de los metalúrgicos, cuando Lorenzo Miguel era su Secretario General
3. El Estado evitó quiebras de OOSS, cuando les subsidió ineficiencias que las llevaban a la cesación de pagos. Mientras, las OOSS subsidiadas se recostaban en el hospital público derivándole sus afiliados hasta recibir salvatajes estatales y recaudaciones que les permitían restaurar la cadena de pagos a los efectores del sector privado

Los seguros no van a nacer ahora. Las OOSS sindicales, que se consideran paraestatales, y las OOSS nacionales y provinciales son un seguro. Y las empresas de medicina prepaga obviamente que sí. Pero además están los seguros creados por el Estado mediante una Ley, que a veces son OOSS como ISSPICA (OS de la Carne). Y otras veces son las OOSS de organismos estatales (del Ministerio de Economía, por ej.). O la OS de los jubilados y pensionados (PAMI), donde los cotizantes eran los mal llamados “pasivos”. Y cuando los fondos no alcanzaron se les sumaron los “activos”. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART`s) son otro seguro creado por Ley del Estado Nacional. Tanto las OOSS eran un seguro, y no eran seguridad social, que cuando los trabajadores se jubilaban las OOSS dejaban de atenderlos. Fue una de las justificaciones para crear el PAMI. De manera que si se entiende que la seguridad social se conforma con las OOSS, hay que decir que en Argentina la seguridad social nunca existió

La CUS entonces viene de una larga preparación, digamos no menos de 6 décadas de preparación en la declinación del sector público. Cuando decimos más de 60 años nos referimos a la decisión de las Obras Sociales (OOSS) a partir del gobierno de Perón cuando pudiendo ser aliadas del sector público, lo fueron del sector privado mediante la contratación de clínicas y sanatorios

El Gobierno de los Kirchner contribuyó a esa preparación. No hay ruptura, entonces, sino una probable continuidad entre sus gestiones y la actual

Veamos. No mejoró un indicador fundamental como la tasa de mortalidad materna, que lleva décadas superando en unas diez veces a la tasa de los países desarrollados. Y la mortalidad infantil mejoró menos que la de países de la Región, y a un ritmo menor. Y quedó unas tres veces más altas que la de países de Europa Central. La ex Presidente llegó a festejar la afiliación creciente a los prepagos privados como un signo de la bonanza económico-social argentina. El subsidio cruzado directa e indirectamente (a través de OOSS) al sector privado, se mantuvo sin cambios, cuando hubiera bastado una Resolución Ministerial para darle fin. Aunque hasta para los liberales menos duros, la salud es un bien *preferentemente público*, durante los años k el presupuesto nacional en salud creció menos que el presupuesto nacional total. PAMI desvió fondos al Tesoro, pese a que la atención que daba a sus afiliados era deficiente. Fue obligado en 2012 por la Corte Suprema a blanquear su presupuesto, porque lo ocultaba. Los medicamentos siguieron conformando casi un tercio del gasto en salud. Y la producción pública no recibió un apoyo nacional creciente, sino solamente resoluciones y leyes declarativas. La infraestructura hospitalaria preexistente siguió decayendo, y no se detuvo el grave proceso de desinversión tecnológica de más de 20 años en el sector público. Los trabajadores en negro alcanzaron un 30% en el Presupuesto Nacional que asigna partidas al Ministerio de Salud de la Nación. En conclusión: el abandono de la salud por el Estado Nacional llegó al punto de preparar el terreno para un desistimiento de la población y del personal en su reacción ante experiencias peores

La solidaridad en las OOSS es más un mito que una realidad. Por eso se creó el PAMI en 1971, como vimos, de manera que los jóvenes no financiaban la atención de los mayores, ni los sanos la de los enfermos, ni los trabajadores la de los jubilados y pensionados, contra lo que se dice. En los 90 se sumó el maridaje de las OOSS con la medicina prepaga. Y el “descreme” consistió en la concentración de jóvenes en una OS a expensas de la concentración de mayores en otra. Los Planes Diferenciales creados en 2001 para los afiliados según su capacidad de pago, hicieron más patente la insolidaridad de las OOSS

La privatización no va a nacer tampoco ahora. Las OOSS contrataron mayoritariamente efectores privados desde su creación. El PAMI también. Y aún el Programa Federal (Pro-Fe) en varias provincias, pese a ser un programa estatal. Algunos contratos regidos por el derecho público, como el de PAMI con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, instituyeron desde 1992 un intermediario manejado por gerentes del sector privado (Agrupación de Salud Integral). Y ahora el CUS apura a la población para decidir su adhesión a prepagas privadas, si no quiere tener *carnet de pobre*. Un “descreme”, pero no entre OOSS sino del sector público al privado

El Gobierno tampoco será original en la corrupción en salud. PAMI, con su corrupción estructural, no deja afuera ninguna gestión, ninguna gestión

Los hospitales públicos no son homogéneos. El Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, tiene comportamientos administrativos indistinguibles de un centro privado

De ninguna manera bastará, ni tampoco será siempre conveniente, clasificar a los subsistemas de salud en estatal, privado y de la seguridad social, no sólo porque no son suficientemente claros y distintos (principio central de una clasificación), sino porque en el caso de la seguridad social se puede discutir su existencia

La terminología de la CUS es mercantil, pero tampoco es nueva. Nos acostumbramos tanto que nos cuesta oponernos a ella. Al decir, por ejemplo, *usuarios* y *prestaciones*. Cuando las necesidades pueden ser mayores entre no-usuarios y no hay prestaciones sino bienes y servicios que son pagados sin préstamos pendientes de devolución

Oportunidades perdidas. Particularmente por parte del Estado Nacional cuando en los 90, con la complicidad de provincias afines, redireccionó hacia el Tesoro Nacional impuestos que eran federales o coparticipados, perdiendo la oportunidad de orientar una proporción sensible a los efectores públicos de salud. Y en la última década, cuando gracias al aumento del precio de los commodities el país tuvo por primera vez un superávit gemelo en más de medio siglo

Cuál es el problema de no haber orientado así los fondos? Que una alianza del Estado con las OOSS se vuelve cada vez más inaceptable para los afiliados de éstas

Concluyo, que los trabajadores tenemos una nueva oportunidad, reconocer que tenemos una dignificación de nuestro trabajo por delante, que las reivindicaciones tienen que encontrar la fórmula para unirse indisolublemente y, por cierto, subordinarse a intereses generales del pueblo. Que la defensa de la misión de las instituciones contra desvíos de fondos y otras corrupciones son un testimonio complementario indispensable de un gremialismo reivindicativo

Pero, claro, tenemos que fortalecer nuestra convicción y encontrar las formas de quebrar una tendencia de 60 años