

## ¿Qué es la cobertura universal de salud?

La Cobertura Universal de Salud se creó por un DNU (del 2016), su fundamento fue la emergencia sanitaria. Funciona como un seguro individual proveyendo a lxs usuarixs de cada sistema la cantidad de 400 prestaciones, ofreciendo una “cobertura efectiva básica”: es decir, que si lxs usuarixs requieren una práctica que exceda la misma, deberán obtenerla por sus propios medios en el mercado de salud o solicitar una eximición para que sea provista con recursos públicos debiendo demostrar que no cuentan con recursos para costearla, hecho que desdibuja la universalidad e integralidad que hoy por hoy la legislación garantiza (al menos, jurídicamente). De esta manera, el sistema de gestión estatal apunta a quedar compuesto por instituciones que deberían prestar atención sólo a aquella población que no ha podido “garantizarse” una mayor cobertura a través de la seguridad social o privada.

Por otro lado, diferencia a la población por objetivos, otorgando prestaciones por grupo poblacional definidos con criterios estrictamente normativos y biomédicos. Asimismo profundiza estas restricciones de forma expulsiva, dejando sin acceso al sistema de salud a la población indocumentada, así como segmentada por los territorios donde reside.

La CUS se fundamenta en un modelo biologicista de la salud en detrimento de la concepción de salud integral, priorizando un cuidado individual y por existencia de patologías. Privilegia la evaluación del costo-beneficio de las prestaciones para el financiamiento institucional desvalorizando los determinantes de la salud de la población.

## Contexto de creación y antecedentes en CABA

En la Ciudad de Buenos Aires, ya son 11 los años en los que el PRO gobierna. Durante este tiempo se llevaron a cabo políticas que pueden pensarse como antecedentes de la CUS. En los centros de salud se incorporaron grandes turneras (“totems”) y “azafatas”, quienes enseñaban el uso de éstos a lxs usuarixs. Esta propuesta asemeja la atención de un centro de salud a la de un consultorio privado, desconociendo las formas en que organiza el trabajo la institución. Quizá sea este el motivo por el cual no duró mucho tiempo esta iniciativa.

Por otro lado, se implementó el programa Cobertura Porteña de Salud (COPS), que proponía brindar cobertura a aquellos que residieran en la CABA y que contaran únicamente con cobertura pública (sin obra social o prepaga). La misma consiste en otorgar un médicx de cabecera que presta servicios en Centros Médicos Barriales o consultorios particulares, brindar turnos telefónicos a través de la Línea 147, ofrecer turnos protegidos para las derivaciones con las especialidades de los Hospitales y la cobertura del 100% de los medicamentos que se encontraran dentro del vademécum de COPS. No dista mucho este programa de la propuesta de la CUS. Ambos proponen mayor accesibilidad al sistema de salud, aluden a la atención primaria, lo territorial y la prevención; sin embargo, la COPS no ha sido muy beneficiosa.

En lo concreto ha segmentado el acceso a la medicación gratuita a quienes gozan de esta prestación, produciéndose un notorio vaciamiento de la medicación disponible en las farmacias hospitalarias, y restringiendo su acceso a quienes cuentan con domicilio en CABA, entrando en franca contradicción con la Ley Básica de Salud de nuestra jurisdicción. Asimismo este mecanismo redundó en una mayor burocratización de la atención: lxs usuarixs continúan realizando su atención en los Centros de Salud y Hospitales, y acuden a los Centros Médicos Barriales con la necesidad de “transcripción de recetas” para acceder a la medicación que requieran. El tránsito por el sistema de salud, entonces, se ve complejizado y burocratizado para algunxs, y negado para otrxs.

## La reforma en el sistema de salud en CABA: el devenir de lxs usuarixs y las instituciones.

Más allá de los antecedentes señalados que marcan continuidades con la historia inmediata de la política de salud del GCBA y muestran que la reforma en salud ya está en marcha, consideramos que la CUS representa una ruptura radical ya que implementarla implica cambiar el marco de exigibilidad con que hoy contamos y que nos permite luchar y exigir por mejores condiciones del sistema y de la atención de la población.

Los mecanismos para la fragmentación, expulsión y burocratización comenzaron en CABA con la digitalización de las Historias Clínicas, el empadronamiento y la nominalización de lxs usuarixs.

El empadronamiento es el modo en que cada sujetx es incorporadx al sistema informático configurando parte de un universo de usuarixs asistidxs por el sistema de salud. Implica una primera barrera de accesibilidad ya que se requiere contar con D.N.I. para empadronarse. En la actualidad se empadrona a todxs lxs usuarixs con documentación, con cobertura de salud pública, privada o de la seguridad social, cuestión que debemos denunciar, y no permitir se produzcan nuevas expulsiones.

Sin embargo, nuevos procesos avanzan sobre lo anterior: la nominalización de la población a cargo de cada efector de salud consiste en identificar a las personas con cobertura pública exclusiva y colocarla bajo responsabilidad del equipo de salud. Esto implica ir configurando la población que desde la CUS se asume como responsabilidad de intervención del efector público.

La digitalización de la H. C. (también ya realizada en todos los Centros de Salud y algunos hospitales de la CABA) es una poderosa herramienta de control de lxs trabajadorxs y de lxs usuarixs (en la medida en que las autoridades acceden a información sobre contenidos de las consultas y prácticas) y, al mismo tiempo, un efectivo instrumento de medición de actividades con miras al cobro de las prestaciones.

El valor de las prestaciones va ligado a la idea de la autofinanciación de las instituciones de salud. Se basa en una lógica productivista que apunta a y requiere medir la eficacia de los efectores a través de las prestaciones brindadas. El mecanismo a tal fin es la facturación de las prestaciones. A mayor facturación se obtienen más recursos. Lxs trabajadorxs se ven impulsados a facturar para no desfinanciar la institución. Esto, a su vez, invierte la lógica de la planificación institucional ya que no se establecen metas vinculadas a las necesidades reales de la población sino en función de la demanda. Se introducen de este modo lineamientos de gerenciamiento y administración propios de una empresa al interior del sistema público.

Otro de los pilares de la implementación de la CUS es la modificación de los niveles de atención en que está organizado el sistema público de salud. En la actualidad la cartelería de los Hospitales y Centros de Salud ya reflejan esta reorganización, lo que demuestra que los avances en la CABA son preocupantes y alarmantes.

Los CeSAC y los CEMAR constituirían el Nivel I y el Nivel II de atención respectivamente. Los primeros abocados a actividades vinculadas a la salud comunitaria y los otros a la atención por especialidades. Ambos tendrían una población nominalizada a su cargo cuya atención les proporcionaría los recursos necesarios para su financiamiento. A partir de ahí se avanzaría hacia los otros niveles de mayor complejidad (Nivel III y IV) representado por los hospitales generales y especializados. El acceso a los mismos estaría obstaculizado ya que se accedería sólo por derivación de los niveles de menor complejidad, así como el cuarto nivel estaría directamente cerrado al público.

Estos cambios se ven claramente reflejados en el proyecto denominado Complejo Hospitalario Sur, que involucra el cierre de 5 hospitales especializados al público (Muñiz, Curie, Udaondo, Ferrer y el Irep) y su unificación en un sólo predio, el del Muñiz, alterando estructuras y organigramas. A su vez deberíamos pensar y analizar lo que eso significa epidemiológicamente y a nivel de necesidades de salud de la población.

Lo que ya sabemos, planteado en el Proyecto Complejo Hospitalario Sur implica, al 2021: reducción de camas, disminución del presupuesto en salud, venta de los edificios actuales, distribuidos algunos de ellos en lugares neurálgicos para la accesibilidad, así como la pérdida de estructuras que hoy garantizan la diversidad de servicios disponibles para la población.

La reforma en general tiene dos caras muy claras a simple vista, siempre y cuando tengamos la intención de verlas y unir los pocos datos fragmentados que oficialmente se publican. Ambas tienen que ver con el presupuesto en salud y el tamaño y calidad de lo público estatal y su vinculación con el mercado de la salud:

- la restricción de la población al acceso a la salud pública, gratuita y de calidad (no significa un aumento de presupuesto, sino todo lo contrario, o sea una reducción del gasto público en salud);
- el favorecimiento de los intereses de la salud como negocio a través de la migración de usuarios y recursos del sistema público al sistema privado de salud.

## **La reforma de la carrera hospitalaria como condición de implementación de la CUS en CABA**

La reforma sanitaria tiene una contracara que se constituye en condición de posibilidad de la implementación de la CUS en CABA. La precarización de nuestro trabajo, y condiciones que habiliten la posibilidad de destruir la estabilidad del empleo público, creando el terreno para el despido de trabajadorxs. La unificación de hospitales y la especialización de otros, requiere la reducción de trabajadorxs en el sistema, la prescindencia de estructuras hospitalarias, y la movilidad y disponibilidad de trabajadorxs, acorde con el objetivo de achicamiento. Todo lo cual se logra mediante la reforma de la carrera profesional hospitalaria, que ya se encuentra en curso.

Aquella es la clave fundamental para alterar todas las condiciones de trabajo y restringir derechos ganados históricamente. La reforma laboral en el ámbito de lo público se viene poniendo en práctica mediante la apertura de los distintos convenios colectivos de trabajo, que viene realizando el gobierno macrista y resultan devastadores para los derechos de sus trabajadorxs.

La implementación de estas reformas y restricciones sobre nuestras condiciones de trabajo, tiene antecedentes en el sistema público de salud de CABA:

- La realización de concursos que se hacen desde el Ministerio de Salud efectivizando cargos que pertenecen al Ministerio: lo cual permite la fácil movilidad de lxs trabajadorxs.
- Restricciones y controles excesivos sobre derechos ganados en cuanto a las licencias, sobre todo en las guardias.
- La reforma de los programas de residencias.

## ¿Cuáles son las características que el gobierno del PRO pretende incluir en nuestro marco regulatorio del trabajo?

- la inclusión de perfiles y categorías, que fragmenten el colectivo de trabajadorxs mediante la disparidad en las incumbencias, tareas, y por lo tanto, entendemos, salarios.
- La exclusión de profesiones que dejarían de formar parte de la carrera hospitalaria.
- La inclusión de evaluaciones periódicas, a las cuales quedará sujeta la posibilidad de pasar de categoría cada 4 años y habilitará al ministerio a disponer de los cargos de lxs profesionales que sean evaluados negativamente.
- La modificación de las estructuras hospitalarias, con la reducción de jefaturas y servicios.
- La reforma del sistema de concursos e ingreso a la carrera, habilitando fácilmente el ingreso de recurso humano proveniente del sistema privado. Con el consecuente desprestigio de las residencias y la restricción aún mayor del acceso a cargos en un sistema público que hoy en día está sumamente lejos de absorber la cantidad de recurso humano que forma.

Nunca el ajuste vía lxs trabajadorxs garantizará una mejora en los servicios. Las reformas que intentan implementar han fracasado internacionalmente. El sistema público de salud arrastra problemas históricos de todo tipo: epidemiológicos, de infraestructura, de falta recursos, de escasez de personal, de capacitación. Problemas que vienen determinados por proyectos políticos que abonan a beneficiar a los grandes conglomerados de poder, a costa de la vida de la población, y que la actual reforma sanitaria y la pretendida reforma laboral no vienen a solucionar, sino a profundizar.

**¡Defendamos la salud pública, gratuita, universal y de calidad! ¡No a la CUS!**