



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

FUNDAMENTOS

La Constitución Nacional sancionada en 1994, en su artículo 75, inciso 22, aprueba la inclusión con rango constitucional de tratados internacionales, entre ellos la "Declaración Universal de Derechos Humanos". En Argentina lo que constitucionalmente se avala es el contenido del documento fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que proclama en su artículo 2: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Por lo que el acceso a la salud es formal y legalmente Universal y Gratuito.

Argentina cuenta con una red pública extensa distribuida en todo el territorio, abierta y disponible para la atención de quien la requiera, contando con una cobertura de salud universal. Especialistas sanitaristas como Daniel Manoukian señalan que los problemas de la cobertura radica en que no es igualmente efectiva en cada rincón del país. Infraestructura, equipamiento, comunicaciones y especialmente trabajadores y trabajadoras de salud en número y con formación suficiente y una mirada amplia sobre la salud, marcan diferencias que ponen en riesgo el acceso al derecho. Por ello entienden que con políticas de fortalecimiento de ese sector, propendiendo a la integración efectiva de los distintos actores, es que se puede mejorar la cobertura, y no limitando el accionar de la misma a escasas funciones.

En 2016 el Gobierno Nacional de Cambiemos anunció la implementación de una nueva política nacional de salud llamada "Cobertura Universal de Salud" (CUS). En las presentaciones realizadas por los funcionarios se plantearon líneas muy generales, como el aumento de la cobertura sanitaria para las personas que no posean obra social o prepagas, pero sin muchas precisiones sobre cómo se lograría este objetivo. Tampoco hubo definiciones a qué se refieren con cobertura en salud, teniendo en cuenta que Argentina cuenta con servicios públicos de salud en todas sus jurisdicciones.

Si tenemos en cuenta el contexto global observamos que, agencias internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM) y también actores vinculados al capital financiero, como la Fundación Rockefeller, fomentan la CUS como una respuesta al "aumento del gasto de bolsillo en salud", es decir el gasto que hacen las familias o individuos para solventar el pago de consultas, medicamentos o estudios, en forma privada, y a "la



Legislatura de la Provincia de Río Negro

fragmentación de los sistemas de salud" en los países de bajos y medianos ingresos.

Margaret Chan, Directora General de la OMS, plantea que la CUS "es la respuesta a una necesidad, expresada por países ricos y pobres por igual para una guía práctica sobre los modos de financiar el cuidado de la salud". Sobre esto la Fundación Soberanía Sanitaria de Argentina en un reciente informe del mes de Octubre afirma que es importante recordar que "más de un tercio del financiamiento actual de la OMS es aportado por el sector privado (principalmente de la industria farmacéutica global) y que, en la última asamblea del organismo, se propuso que estos financiadores pudieran tener voz y voto en las decisiones de esta organización (hoy solo pueden votar los países miembros)". Por este motivo el informe señala que en los dichos de la directora Chan se lee claro el objetivo central de la CUS en el contexto global: incidir en el modelo de financiamiento de los sistemas de salud.

El modelo de financiamiento a partir de la CUS propone, fundamentalmente, la separación entre el financiador y el prestador del sistema. Esto significa que se busca que el Estado siga financiando la salud pero que la prestación esté a cargo del sector privado: un drenaje de recursos públicos directamente hacia el sector privado. Esta transferencia se realiza bajo los preceptos neoliberales que plantean al Estado como ineficiente y corrupto, proponiendo como solución la transferencia de la gestión de los servicios públicos, a los agentes del mercado para aumentar la calidad y eficiencia del sistema, debilitando al Estado como garante universal de los derechos humanos.

El mismo estudio de la Fundación Soberanía Sanitaria señala que en una de las conferencias promovidas por la Fundación Rockefeller, denominada Futuros Mercados de Salud, se concluyó que: "(...) agentes influyentes del mercado tales como la industria farmacéutica, organizaciones hospitalarias, asociaciones de proveedores y compañías de seguros son proclives a aumentar la presión para atraer financiamiento público y privado, particularmente en los países de ingresos bajos y medios para que adopten políticas para financiar los seguros de salud como medio para la Cobertura Universal de Salud".

La principal crítica realizada por los más importantes sanitaristas de los países donde se implementaron estas reformas (México, Colombia y Chile, por ejemplo) es que la cobertura promovida por los seguros no garantiza el acceso a los servicios, medicamentos, tratamientos y estudios. Por el contrario, los seguros presionan a los Estados para que su "cobertura" (las



Legislatura de la Provincia de Río Negro

prestaciones que los seguros están obligados a ofrecer a sus pacientes, ahora clientes) sea cada vez más reducida. Esta reducción conjuntamente con las barreras creadas para el acceso a los servicios obligatorios y hasta el incumplimiento de sus responsabilidades como asegurador, redundan en una mayor ganancia para las empresas y una menor garantía de los derechos de los ciudadanos.

Esta concepción de la cobertura como un sistema de "canasta básica" es sinónimo de cristalizar diferencias injustas, ya que al aceptar que algún sector de la población, justamente aquel que debiera en función del principio de equidad recibir más, los servicios se limitan a un conjunto acotado. La "canasta básica" suele excluir 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 (el paradigma actual es Colombia). Mientras tanto, quienes no tengan obra social y necesiten medicamentos deberán adquirirlos en farmacias pagando un porcentaje cuando hasta ahora los recibían gratuitamente a través del Plan Remediar, cuya política redundaba en mayor y mejor atención sanitaria, con un costo para el Estado siete veces menor que en la farmacia.

El Dr. Alejandro Dávila señala en algunos trabajos que el concepto de aseguramiento con canasta básica nos propone una variante de darwinismo; el de tipo sanitario: 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".

Con esto podemos inferir que la CUS busca la conformación de un mercado de la salud donde las empresas privadas accedan sin restricciones a los recursos públicos y los gestione a través de la lógica "compra y venta de servicios".

Desde fines de la década de los '90, el BM viene fomentado reformas que buscan este tipo de reestructuración en los países de Latinoamérica. En el 16° informe sobre desarrollo mundial producido por el Banco Mundial en 1993 "Invertir en Salud", se critica el gasto inefectivo en salud y el BIRF propone la adopción de los paquetes de medidas de salud pública y atención médica básica para los países en desarrollo, prometiendo que de esa manera se podría reducir la carga de morbilidad en un 25%. Ya en ese momento se proponía una "canasta básica" sin generar en cambio recomendaciones relacionadas con otras causas de incapacidad para responder a las necesidades sanitarias reales, tales como la expansión indiscriminada y en muchos casos sin sustento



Legislatura de la Provincia de Río Negro

científico, de nuevas tecnologías de salud, o el exiguo porcentaje del PBI invertido en salud en los países para los cuales se sugerían las "canastas mínimas".

Los resultados observados hasta el momento no son muy alentadores. Al respecto la Fundación Soberanía Sanitaria destaca que "en Colombia, por ejemplo, 5 de las 100 empresas más grandes, según un ranking construido en el 2010, eran aseguradoras de salud creadas con posterioridad a la reforma que instauró la CUS como sistema sanitario en ese país. Una de estas empresas pasó de un capital declarado en 1994 de 1,4 millones de dólares a tener 244 millones de dólares en el 2010. En contrapartida, durante el año 2012 se registraron cerca de 500 mil acciones en la justicia colombiana, de las cuales el 25% correspondían a reclamos de ciudadanos por vulneraciones a su derecho a la salud.

El decreto publicado en el Boletín Oficial Argentino 908/2016 crea una unidad ejecutora para la Cobertura Universal de Salud 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). Será allí donde se decida qué proyectos se financiarán dentro de la CUS. También determina el uso del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) originado en la Administración de Programas Especiales (APE) y reclamado por la CGT desde el año 2002. Dicho fondo (FSR) se calcula en alrededor de 30.000 millones de pesos.

El DNU del presidente Mauricio 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".

En síntesis, lo que deja claro el DNU es que destina un capital inicial por única vez para la unidad ejecutora (UE) de la CUS, el cual es de 8.000 millones de pesos. No aclara los destinos de esos fondos, como así las formas de financiación de la CUS a futuro. A su vez esos 8.000 millones de pesos son desviados del Fondo Solidario de Redistribución de las Obras Sociales (fondo creado para redistribuir los recursos de las obras sociales con el



Legislatura de la Provincia de Río Negro

objetivo de solventar los tratamientos muy costosos sin que esto perjudique los recursos de las obras sociales, principalmente a las que poseen menos recursos).

El mismo DNU plantea que ese "aporte" de 8.000 millones de pesos será realizado por única vez, lo que genera muchas dudas acerca de la sustentabilidad del proyecto. Una posible opción para sostener este sistema sería que el Estado Nacional se vaya retirando progresivamente del financiamiento, transfiriendo esta responsabilidad exclusivamente a las provincias y municipios; al mismo tiempo acceder a préstamos de los organismos de crédito internacional, como el BM, que fomentan este tipo de reformas en los sistemas de salud.

Otro hecho que se puede observar es la disminución del presupuesto en salud en los últimos años (2,3% del total del presupuesto 2016, 2% en el 2017 y 1,94% en el 2018) que tiene como correlato el vaciamiento de muchos programas sanitarios nacionales como Remediar, Inmunizaciones y Vectores, entre otros. También los indicadores de salud empeoran año a año como por ejemplo, el aumento de las inequidades en salud y de la mortalidad infantil en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires, según muestran varios informes de la Fundación Soberanía Sanitaria.

Recientemente, en el marco de la campaña de las elecciones de octubre 2017, funcionarios del Ministerio de Salud de la Nación relanzaron la política de implementación de la CUS. Luego de 14 meses de anunciado, y de silencio absoluto hasta dos semanas antes de las elecciones, aparece una vez más un mega anuncio electoral que realmente no tiene ninguna consistencia porque no dice claramente qué se va hacer con claridad, salvo que habrá un carnet, y la mayoría de los discursos se direccionaron a la construcción de un sistema de historias clínicas digitales y de call centers para obtención de turnos telefónicos.

Poco han comentado sobre el proyecto de ley enviado al Congreso de la Nación que prevé la creación de una agencia para el análisis de costo-efectividad. Esta agencia definiría, según "criterios científicos", qué prestaciones entrarían en los paquetes básicos de cobertura de la CUS. Es decir: si la agencia no lo aprueba, no hay cobertura de la prestación; pero los profesionales de salud podrán seguir indicando estas prestaciones, generando un aumento del gasto de bolsillo. Aquellos pacientes que no puedan solventar este gasto no podrán acceder a ellas.

En síntesis, pocas cosas se saben sobre la implementación de la CUS en Argentina, pero en función de las experiencias de implementación de este modelo en otros



Legislatura de la Provincia de Río Negro

países y de la retirada sistemática del Estado de sus funciones como rector del sistema de salud argentino, las expectativas no son alentadoras.

Teniendo en cuenta la nueva matriz económica neoliberal del gobierno de Mauricio Macri y la alianza Cambiemos, sus brutales transferencias de recursos hacia sectores de la economía sojera, cárnica, la industria extranjera extractiva, el capital financiero; sus políticas de desindustrialización con la brutal apertura a las importaciones y primarización de la economía agropecuaria; podemos inferir hacia donde se produciría el flujo de dinero del Estado y quiénes se beneficiarían con las reformas promovidas en el sistema de salud.

Dicho flujo de dinero será dirigido como producto de la facturación de las prácticas cubiertas por la CUS, a lo que hay que sumar el gasto de bolsillo (copagos y prácticas no nombradas) de las personas que van a portar su carnet de la CUS, sujetos a limitados derechos a los servicios de 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.

Son varios los aspectos a tener en cuenta y que alarman sobre la Cobertura Universal de Salud (CUS) que detalla el informe que realizó la Fundación Soberanía Sanitaria:

- La CUS tiene como población objetivo a 15 millones de personas con cobertura pública exclusiva (sin obra social ni prepaga). Es decir, pretende dar cobertura a personas que ya tienen cobertura a través del sistema público.
- La CUS se financiará con 8.000 millones de pesos que pertenecían al Fondo Solidario de Redistribución. A esto se sumarán 8.500 millones de pesos que OSDE abonará de una deuda pendiente con el Estado. Este pago se hará en 120 cuotas.



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

- Esos 16.500 millones de pesos serán administrados por una Unidad Ejecutora compuesta por 2 representantes del Ministerio de Salud, 2 representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud y 2 representantes de la CGT.
- 8.000 millones de pesos para 15 millones de personas equivale a 533 pesos por persona al año y a 44 pesos por persona por mes. A eso hay que sumarle 4 pesos más por persona, por mes, proveniente de las cuotas que abone OSDE.
- Con ese dinero (48 pesos por persona por mes) el Estado comprará servicios para atención de la salud. Desaparece así la promoción y la prevención como políticas de Estado en salud.
- Esos servicios muy probablemente serán comprados a empresas de salud, generando la transferencia de recursos públicos al sector privado.
- Para dar "cobertura" a las millones de personas se les otorgará un carnet. Ese carnet solo sirve para poder acceder al sistema de salud al que ya hay derecho a acceder sin necesidad de credencial.
- La CUS busca nominalizar a la población (tenerla registrada y georreferenciada al sistema de salud). Esa tarea ya está hecha por el Ministerio de Salud hace años a través de programas como SUMAR y REDES para Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- La CUS va a cubrir solo aquello que esté incluido en la canasta básica de prestaciones que se creará a instancias de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esta agencia, por su conformación y competencias, solo puede servir para reducir costos a expensas de excluir prestaciones.
- Lo que no esté dentro de la canasta podrá ser comercializado y la población deberá pagar de su bolsillo para poder obtenerlo

Además de todos los interrogantes que desplegamos en los fundamentos previos, cabe también preguntarse cómo se ejercerá el federalismo respecto al financiamiento del CUS, es decir, como intervienen las provincias en la discusión del destino de esos fondos.



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

En síntesis, el CUS dejará sin cubrir a quién más sufren las desigualdades económicas y sociales históricas en la Argentina, lo que acentuará la inequidad y el sistema de salud se volverá cada vez más asistencial y menos preventivo.

La estrategia claramente es contraria a las ideas de 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.

Por ello:

Autores: Héctor Marcelo Mango, Carina Isabel Pita.



*Legislatura de la Provincia
de Río Negro*

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO

COMUNICA

Artículo 1°.- Al Ministerio de Salud de la Nación y a nuestros representantes de la Provincia de Río Negro en el Honorable Congreso de la Nación, Diputados y Senadores Nacionales, y a todo el Congreso Nacional en su conjunto, la necesidad de rechazar en todos sus términos el Decreto n° 908/2016 (DNU) emitido por el Poder Ejecutivo Nacional, por lo cual se solicita adoptar las medidas conducentes a tal efecto.

Artículo 2°.- De forma.