

Artículos centrales

El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades

Mario Rovere*

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2016
Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2016
Correspondencia a: Mario Rovere
Correo electrónico: marovere@yahoo.com.ar

*. Médico Sanitarista. Ex Viceministro del Ministerio de Salud de la Nación. Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Matanza. Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario.

Resumen:

El presente artículo se orienta a presentar las políticas de salud en la Argentina de los últimos 15 años exponiendo los diferentes intentos por acción o por omisión de reconfigurar el sistema de salud en beneficio de alguno de los subsectores que participan en su dinámica y funcionamiento.

El período expone, a grandes rasgos diferentes perspectivas y énfasis de políticas sectoriales y a través de qué mecanismos la política y la sociedad encuentran en el fortalecimiento del sector público el mejor aliado para el derecho a la salud.

Palabras clave: Sistema de salud - Campo - Políticas sectoriales.

Abstract

The present article is oriented to expose the health policies in Argentina in the last 15 years, showing different initiatives by action or omission to redesign the health system favoring some of the agents who participate in its dynamics and functioning.

The period exposes, in general terms, different perspectives of sectorial policies and through what mechanisms politics and society find in the strengthening of the public sector the best ally to health right.

Key words: Health system, field, sectorial policies.

Introducción

Para abordar el tema que nos ocupa es preciso intentar comprender el particular sistema de salud argentino. La mayoría de los países de América Latina, al igual que el nuestro, presenta tres subsistemas: público, privado y de la seguridad social. Sin embargo, los países difieren entre sí básicamente por el peso relativo de cada subsector (generalmente asociado a la proporción de trabajadores formales que tiene cada economía) y en la forma como la seguridad social brinda servicios a los afiliados y sus familias (a través de servicios propios como en México o Perú, de fusión con el subsector público como en Brasil, a través de seguros privados como en Chile o Colombia, con compra de servicios privados como en Argentina o Uruguay).

En nuestro caso el país cuenta con una amplia red de efectores públicos presentes en todo el territorio nacional percibido como una infraestructura de propiedad provincial y en varias provincias también municipal, la seguridad social con un amplio abanico de instituciones de diferente tamaño y complejidad brinda servicios básicamente a través de compra a prestadores privados, y éste último subsector que además de prestador ha ingresado también a la función aseguradora a través de lo que se denominan empresas de medicina pre-paga, en algunos casos con infraestructura propia.

La forma concreta como los ciudadanos de un país, resuelven sus problemas de salud en cada momento específico depende, entonces, de un complejo engranaje de instituciones, actores y reglas de juego; un entramado que solo adquiere

su verdadera dimensión cuando uno se ve afectado, en el punto de uso, o de utilización de algún servicio, en ese punto "revelador", en el que surge "la letra chica" y al que algunos autores, especialistas en calidad de servicios denominan el "momento de verdad".

Del mismo modo, la forma como los trabajadores de salud, -una creciente proporción de los habitantes de cada país, que se preparan como profesionales, como técnicos o como auxiliares y dedican su vida a trabajar en este sector-, pueden efectivamente aportar lo mejor de sus saberes y experiencias para brindar servicios a la población va a depender también de ese mismo entramado.

Estas instituciones y sus articulaciones constituyendo un todo más o menos disfuncional, más menos resolutivo, más o menos armónico, y se consolidan como un acúmulo histórico de "instituciones" en el sentido más amplio de la palabra, es decir iniciativas, fundaciones, operaciones, leyes, inversiones, edificios, reingenierías, demoliciones, disputas, procedimientos subculturas, profesiones, etc., etc. en estado de permanente "deconstrucción".

La mayor parte de los ciudadanos y trabajadores habitualmente desconocen esas instituciones, sus modificaciones, las fuerzas que las impulsan y/o en el mejor de los casos tienen acceso a información puntual, incompleta y en ocasiones distorsionada. Este desconocimiento resulta altamente funcional a aquellos actores que se mueven con mayor facilidad alejados de la luz del sol.

Este artículo en cierto modo intenta ser un aporte en el sentido del esclarecimiento, un capítulo

que se añade a una exploración continua y sistemática sobre la dinámica del campo de la salud en la República Argentina, básicamente para que ciudadanos y trabajadores dejemos de ser convidados de piedra en reformas que nos afectan, para poder comprender lo que está en juego en cada iniciativa y sobre todo para ser protagonista activo en el necesario rediseño sistemático y continuo del sector.

Hemos apelado con frecuencia a la historia porque entendemos que este camino aporta una herramienta para neutralizar la extensa cultura positivista de un sector que vive un “eterno presente”, porque los cambios se perciben mejor cuando se toman momentos relevantes o reveladores para una genealogía de los dispositivos fundacionales de nuestro sector, porque hay mucha riqueza en encarar la comprensión del rol de “la salud en nuestra historia”, al menos más que la que aportaría una mera “historia de la salud” y porque hay transformaciones de ciclo largo que solo se perciben a través de una reconstrucción histórica.

En esta exploración no nos mueve ningún apego tradicionalista más bien al decir de Deleuze creemos que “la historia no solo nos dice lo que somos, sino lo que estamos dejando de ser”.

En otras oportunidades nos hemos ocupado de aspectos más remotos para comprender los cambios estructurales del sistema de salud como el auge del Higienismo a fines del siglo XIX, y principios del XX (Sacchetti L Rovere M, 2014) la tensión peronismo-antiperonismo que marca el período 1946-1983 (Rovere, 2004), las reformas impulsadas por los bancos en los 90's (Rovere, 2013) por lo que en esta oportunidad partimos de un piso mínimo de comprensión como para intentar la reconstrucción del complejo y contradictorio período que se abre con el cambio de siglo y cubre un período de los últimos 15 años. Los sistemas de salud en todo el mundo están cambiando, las clásicas descripciones sobre sistemas mixtos, subsistemas y aun las tímidas críticas que caracterizan a un sistema como fragmentado resultan insuficientes para entender que salud se ha convertido en un campo de intensas operacio-

nes políticas y económicas en un contexto transnacionalizado en donde los agentes no siempre son lo que parecen y los grandes jugadores reinventan las reglas todo el tiempo, muchas veces a su propia conveniencia.

Pero acaso esto ¿no fue siempre así?. Sí y no, el juego se ha vuelto más áspero, las apuestas alcanzan valores varias veces billonarios y la población, los trabajadores y la propia salud resultan a veces factores marginales y en ocasiones el propio terreno de juego sobre quienes se disputa. Tal como ocurre cuando una gran compañía cambia de dueños y los trabajadores se sienten parte del mobiliario en la transacción.

Nos disculparemos entonces de no hacer una exploración más exhaustiva descansando en artículos anteriores sobre cómo llegamos a constituir un sistema tan injusto y concentraremos nuestra mirada sobre las operaciones de la última década y media para tratar de entender de donde viene y a donde puede ir el sistema de salud si alguno de los múltiples actores que forcejean sobre él logra prevalecer.

Para marcar una línea de base simplemente afirmaremos que la Argentina constituyó durante la primera mitad del siglo XX dos grandes acumulaciones en el subsector público casual o causalmente vinculado a los excedentes económicos con los que el país emerge de las dos grandes guerras mundiales. Así el subsector público comienza a desprenderse en sentido sistémico de una tradición religiosa y más tarde filantrópica que había caracterizado al sector en el siglo XIX. En la segunda mitad del siglo, más concretamente a partir de 1956 se comenzaron a instalar “bombas de fragmentación”, (aquí mencionaremos tres) algunas de efecto prolongado, capaces de explicar por sí solas buena parte de esta sensación generalizada de salud como un archipiélago, como un no sistema, como un sistema fragmentado y en camino a una mayor fragmentación.

Aclaremos brevemente estos puntos. Podemos colocar en forma sintética en el nombre de Domingo Cabred la primera acumulación a partir de la ley 4953 creando en la década del 20 la Comi-

sión Asesora de asilos y hospitales nacionales con esos fondos provenientes de la Lotería Nacional fundando hospitales nacionales que se agregaron a los asilos colonia en diferentes provincias y a Ramón Carrillo la segunda y mucho más poderosa oleada de construcciones en el marco de la creación del Ministerio de Salud y de dos amplios y completos Planes quinquenales; muchos de estos edificios aun hoy forman parte central de la fortaleza del subsector público.

Debemos a la autodenominada "revolución libertadora" (1956-58) la primera bomba de fragmentación instalando una tendenciosa interpretación del derecho constitucional a partir de la derogación de la Constitución de 1949 instalando la idea que como (en 1853) en la Constitución que volvía a regir, no constaba que las provincias hubieran delegado en la Nación la función "Salud Pública" esta debía considerarse una función esencialmente provincial. Entre 1956 y 1983 todos los gobiernos democráticos cuestionaron este principio y los gobiernos militares lo recuperaron. Vale la pena en ese sentido recordar una frase del Dr. Arturo Oñativia, salteño, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación del Gobierno radical de Humberto Illia que mencionaba que sería partidario que la salud sea provincial el día que en nuestro país el modelo de desarrollo y la economía fuera federal¹. El cliché descentralización ejecutiva, centralización normativa y mas tarde el concepto de rol rector del Ministerio de Salud intentó sin lograrlo saldar esta tensión que como veremos continúa hasta nuestros días.

La autodenominada "revolución argentina" (1967-1970) instaló la segunda bomba de fragmentación con la promulgación del Decreto Ley 18.610 que en el marco de una política de alianza entre el presidente de facto Juan C. Onganía y aquellos sindicatos que imaginaban un "peronismo sin Perón" consolidó una suerte de modelo Bismarckiano² multiplicó y consolidó la

institucionalidad de los agentes y el régimen de aportes de la seguridad social denominadas hasta nuestros días Obras Sociales, estableció un nomenclador de prácticas que a la postre se mostró funcional para el sobre-equipamiento tecnológico del sector, privilegiando las prácticas profesionales asociadas a equipos y abrió también la posibilidad de quebrar la solidaridad por rama de actividad al "descremar" a los empleados de altos ingresos y facilitar la creación de una Obra Social para el Personal de Dirección (una operación que años después terminaría abriendo el espacio a las empresas de medicina prepaga) y a la tercera bomba de fragmentación.

En la década de los 90's se generan por primera vez en muchos años políticas neoliberales en democracia. En esa década las propuestas, curiosamente también autodenominada "revolución productiva" se logró una aspiración de los bancos internacionales de crédito con el mecanismo de libre elección de Obras Sociales, lo que en teoría facilitaría la concentración de la seguridad social en menos instituciones. Sin embargo, en la práctica facilitó el surgimiento de estrategias de supervivencia de Obras Sociales pequeñas que ofrecieron como única ventaja comparativa el servir de pasaje de los afiliados desde el sistema solidario al sistema de los seguros privados.

Siglo XXI; Las riesgosas crónicas del pasado inmediato

Hacer una historia del presente o del pasado inmediato resulta siempre un ejercicio menos apacible que encarar tiempos más pretéritos en donde las pasiones se han aquietado y los intereses parecen haber cambiado. Pero los riesgos incluyen los propios sesgos que quien escribe debe tener todo el tiempo presente. No porque se pueda ser objetivo en un campo en el que uno mismo está incluido, sino por respeto a los lectores y a las personas directa o indirectamente aludidas en el trabajo del que no cabe prejulgar a priori que

1. Su frase textual citada en op cit 2 fue "Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto Salud Pública de la Nación, debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales".

2. Se conoce al Canciller Bismarck como el autor intelectual y político del dispositivo que se conocería como Estado de Bienestar, basado en un pacto Capital-Trabajo-Estado -de allí la constitución el origen de los fondos- serviría de base de una armonía de clases preventiva de la conflictividad y de las revoluciones sociales.

no hayan hecho en cada momento lo que han creído más pertinente realizar.

La regulación/desregulación intentada en el corto período del Gobierno de la Alianza (1999-2001) sirvió como una suerte de rito de pasaje de un siglo al otro, que dejó una suerte de “línea de base” de lo que estaba ocurriendo para diciembre del 2001 antes que estalle una crisis económica con fuertes resonancias en las esferas políticas y sociales de una magnitud pocas veces vistas en nuestra historia.

La crisis va a ser enfrentada por un sistema de salud fragmentado, con sobreoferta de algunos factores productivos, fuertes desequilibrios territoriales y con excluidos absolutos al acceso a los servicios de salud, tal el diagnóstico sumario con el que cerramos ese período. (Rovere, 2013)

El hospital de autogestión había fracasado dejando secuelas en grandes hospitales en donde la distribución de premios a la productividad había deteriorado el trabajo en equipo y las promesas del descuento automático frente al no pago en término de las Obras Sociales fue un recurso legal que nunca se utilizó y solo sirvió para embarcar (¿embaucar?) a las provincias en la aventura. El programa de garantías de calidad, componente del hospital de autogestión, comenzó a ser más utilizado por los jueces que por los servicios de salud y las reformas del gobierno de la Alianza no se apartaron del derrotero que las condicionalidades de los grandes Bancos firmadas por el Gobierno del presidente Menem.

A esa fecha las operaciones principales de la privatización de la década del 90 habían comenzado a surtir efecto. La libre elección de las Obras sociales era un mecanismo que comenzaba a naturalizarse, pero a pesar de la expansión significativa del área de negocios los bancos internacionales iban por más, intentando establecer un marco regulatorio que permitiera la entrada abierta de las prepagas a la libre elección de los afiliados de la Seguridad Social.

El gobierno de la Alianza percibía que era empujado a vender “la última de las joyas de la abuela” sin embargo las reformas pro-mercado para el ingreso legal de las prepagas al juego de la libre elección de gerencadoras de aportes de ley no dieron resultado pero el mismo intento sirvió para poner de manifiesto lo que ya era un secreto a voces, que a pesar de ocurrir en una zona gris de la legislación el traspaso desde las obras sociales hacia las prepagas ya era un hecho y por lo que parece ocurría mucho mejor por los mecanismos de selección facilitado por el puñado de Obras Sociales que le eran funcionales que en la lógica de un mercado abierto.

Tocando fondo

Desde diciembre del 2001 el país entró en una crisis económica, política y social caracterizada como “un golpe de mercado”. En el marco de semejante conmoción no puede dejar de valorarse, que por primera vez en su vida republicana salió de semejante atolladero sin romper (aunque crujiera) el orden institucional y el sistema democrático.

La situación sanitaria del 2002 no podía ser peor. Poco antes del derrumbe en una infortunada afirmación el entonces gobernador de la provincia de Buenos Aires, probablemente sin saber que repetía los argumentos de la Revolución libertadora, disparaba sobre el gobierno nacional proponiendo el cierre de los ministerios de educación y de salud por innecesarios.

“...arremetió sin mediar pausa contra el gobierno nacional con una curiosa utopía anti-estatista: “Si el gobierno quiere ahorrar, que disuelva el Ministerio de Salud, el de Acción Social, el de Trabajo y de Educación, porque la salud, la educación, el trabajo y la acción social están hoy en manos de los gobernadores provinciales”³.

Pocos meses después sería él mismo, -luego de defecionar del cargo de Gobernador en el que estaba visiblemente incómodo-, como Canciller

3. Nota de Fernando Almirón en Página 12 “Ruckauf se puso traje de opositor y propuso cerrar cuatro ministerios” <http://www.pagina12.com.ar/2000/00-09/00-09-30/pag08.htm>

del Gobierno interino del Senador Duhalde, quien tuviera que viajar en el avión presidencial a Brasil para traer una donación de insulina uno de los medicamentos vitales que habían desaparecido de un mercado en retracción en un país que había desatendido la producción nacional y que además se había quedado casi literalmente sin moneda ni precios de referencia.

“Además, el titular del Palacio San Martín destacó “la prueba de afecto” que significó la donación a la Argentina por parte de Brasil de 275 mil dosis de insulina destinadas a garantizar la cobertura de los enfermos insulino-dependientes. Una parte del cargamento donada por el país vecino fue traída al país en el mismo avión en que el Canciller regresó a la Argentina”⁴

Vale la pena detenerse en esta etapa aun fresca en la memoria de muchos trabajadores de salud porque las crisis resultan particularmente didácticas y reveladoras de circunstancias estructurales que suelen pasar desapercibidas.

El texto de José L. Zeballos (2003) sobre los efectos sociosanitarios de la Crisis 2002-2003 lo describe con crudeza.

“..De acuerdo con la información disponible en la OPS, se considera que la severa crisis que en 2002 agobió a la Argentina, de no mediar esfuerzos oportunos para apoyar los programas y mitigar los efectos de la carencia de insumos, afectaría la situación sanitaria con los siguientes riesgos:

- Pérdida de las ganancias en salud obtenidas durante años.
- Riesgo de aparición de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables tales como niños, mujeres embarazadas y ancianos. Este último grupo de población representa actualmente 14% de los habitantes.

- Deterioro de la infraestructura de los servicios de salud debido a la falta de mantenimiento e inversión.
- Incremento del costo social en salud al exigirse mayores gastos de bolsillo a los habitantes para poder atenderse en el sistema.
- Aumento de la exclusión social en salud de la población más deprimida económicamente.
- Creciente demanda en salud mental por la carencia de servicios comunitarios” (Zeballos 2003, 56)

Una dimensión no incluida en este breve listado se desplazó hacia una dimensión inesperada: una crisis alimentaria en un país capaz de alimentar 500 millones de personas. Esta crisis denominada “de acceso” operó como una pinza, por un lado, los comerciantes no sabían a qué precio vender y escondían la mercadería y por el otro crecía la población cuya capacidad de compra se había reducido a cero. Un fenómeno que se repetiría en las farmacias y droguerías con los medicamentos. El intento por la época de sustituir con derivados de soja (“Soja Solidaria”) donados esta crisis alimentaria generó rechazo por la escasa adaptación de éste producto forrajero para consumo humano en varias etapas del ciclo vital.

La gestión de salud en la crisis ¿Dónde estaba realmente la emergencia?

La gestión del ministerio de salud comienza en el 2002 identificando adecuadamente la profundidad de la problemática de medicamentos esenciales, algunos de ellos más precisamente vitales. No era difícil llegar a esa conclusión los medicamentos existentes salían de las góndolas porque no tenían precio de referencia y los insumos importados multiplicaron su valor en pesos al menos 400 % y los pacientes crónicos dependientes de medicamentos vitales (diabéticos, trasplantados, dializados entre otros) estaban literalmente en la calle y en los medios expresando con claridad

4. Miércoles 09 de enero de 2002 Información para la Prensa N°: 05/2002 en www.mrecic.gov.ar/ruckauf-propuso-que-la-argentina-y-brasil-salgan-vender-juntos

como un golpe de mercado puede poner en riesgo la vida de los ciudadanos.

El subsector público a pesar de la campaña de desprestigio y desfinanciamiento de la década de los 90's se agrandó en la coyuntura mostrándose como el único subsector con capacidad de respuesta contra cíclico y que el subsector privado y el de la seguridad social debilitan su capacidad de respuesta justo cuando más se los necesita (en lo que se conoce como comportamiento procíclico)

Sin embargo, el gobierno nacional enfoca su perspectiva, aprovechando el Decreto de Emergencia Sanitaria (cuyos efectos se fueron extendiendo a través de sucesivas prórrogas hasta nuestros días), para generar un salvataje de los prestadores privados a partir del denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Esto no hubiera llamado la atención si no fuera que el país había entrado en un fuerte deterioro de los indicadores de salud, especialmente de la mortalidad infantil y que incluso el colapso de programas específicos había generado para la época el paradójico panorama de un aumento de la natalidad.

El Decreto 486/02 declara la emergencia sanitaria y la resolución 201/2002 establece el PMO/E

“En lo que representa un intento por blanquear una situación de virtual incumplimiento en las prestaciones médicas básicas por parte de la mayoría de las obras sociales y varias prepagas del país, fue lanzado ayer en la sede del Ministerio de Salud de la Nación el nuevo Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), que implica una “racionalización del menú de prestaciones garantizadas y del vademécum con los principios activos seleccionados”, en palabras de las autoridades”⁵

Existen fuertes inicios de la marcada preocupación del Ministerio de Salud por el salvataje del sector privado al punto que la representación argentina a la cumbre de Toronto de Recursos Hu-

manos en Salud del 2005 llevó una agenda que sorprendió a los representantes de otros países al definir entre los principales problemas sanitarios del país “la capacidad ociosa del sub-sector privado”.

En los considerandos de la misma resolución 201/2002 por el que se crea el PMO/E mientras dure la Emergencia Sanitaria (que se reactualizó anualmente en el Congreso a instancias del Ministerio por varios años) puede leerse idéntica preocupación:

“Que, de no realizar acciones concretas, la pérdida de financiamiento llevará a la eventual desaparición de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que aun siendo viables en esta emergencia corren riesgo cierto de desaparecer”. En la escena internacional hay elementos para pensar que el “plan Remediar” fue una concesión del entonces presidente del BID cambiando el rumbo del Crédito PROAPS sin pasar por los cuerpos colegiados de ese organismo. Se trataba de una jugada riesgosa, solo explicable porque el propio BID al depender de un fondo rotativo depende fuertemente para su supervivencia del pago puntual de Argentina Brasil y México.

Otro factor importante era la renacionalización del préstamo, a pesar que el menemismo había dejado este préstamo anclado en las provincias para complicar al gobierno de la Alianza. La renacionalización en medio de la crisis resultó exitosa a excepción de la fuerte resistencia de la provincia de Córdoba, que ya por entonces tenía en el gobernador de la Sota a un fuerte convencido que aislar la provincia de los destinos del país era la mejor jugada para su prolongada estrategia electoral.

Aun en el gobierno de Duhalde un extraño artefacto financiero va a permitir en función de una de las devaluaciones más salvajes de nuestra historia que al final de año el gobierno nacional contara con más dinero que el que podía ejecutar en función de las previsiones del presupuesto aprobado en diciembre del 2001. En ese momen-

5. <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-3813-2002-04-10.html>

to el país estaba negociando un crédito de los denominados sectoriales y los bancos tenían plena conciencia que el aumento de la mortalidad infantil era un resultado calamitoso para uno de los países más obsecuentes de las políticas de los 90's. Podría haberse transferido esos fondos a las provincias a efectos de fortalecer el subsector público que venía sacando pecho cuando los otros sub sectores estaban en default, pero las convicciones del entonces equipo del MS reorientaron esos fondos en formato de fondos fiduciarios para instalar la primera versión embrionaria de seguros de salud provinciales.

Los signos no podían ser más claros, la instancia del Estado nacional encargada del seguro materno infantil no era el programa específico del Ministerio, ni siquiera el equipo aun persistente del proyecto PROMIN sino la Superintendencia de Servicios de Salud, una señal inequívoca que pronto se pondría en inesperada evidencia.

Posteriormente se utilizó el nombre seguro materno-infantil y se intentó el de cuidarnos según consta en declaraciones realizadas al diario La Nación el 11 de diciembre del 2002

El nacimiento del Plan Nacer

El fracaso del seguro materno-infantil convenció al MS de pedir ayuda al Banco Mundial el que como siempre ofreció la ayuda técnica de consultores reclutados entre quienes habían sido jefes de proyecto del mismo banco en sus respectivos países. Este fue el caso del proyecto de Salud Materno Infantil de Bolivia, denominado por esas latitudes como SUMI.

El 1 de mayo del 2003, en pleno Congreso de Pediatría Ambulatoria en la ciudad de Tucumán donde meses antes se había generado un operativo conducido por la esposa del presidente interino por la muerte de niños por desnutrición, se anunciaba la imposibilidad de la presencia del Ministro de Salud como estaba programado como consecuencia de que su presencia era requerida en la Ciudad de Santa Fe en donde una

grave inundación había afectado una buena parte de la ciudad incluyendo el recientemente inaugurado hospital pediátrico.

En su lugar disertó el entonces responsable de la Superintendencia de Seguro de Salud una autoridad cuya presencia es infrecuente en los congresos de pediatría social lo que solo podía explicarse por la llamativa instalación del seguro materno-infantil en una instancia reguladora de la seguridad social.

El intenso debate que se planteó allí entre militantes de la pediatría social permitió la clara explicitación del objetivo de la iniciativa que incluía compensar al sector privado, especialmente por la pérdida de partos como consecuencia de la crisis económica y del aumento del desempleo y constituir progresivamente un seguro público que financiara la "libre adscripción" de los nuevos derecho habientes a prestadores privados o públicos aunque estos últimos estuvieran claramente en desventaja.

"Nosotros soñamos eso cuando empezamos esto. Nuestra idea es iniciar esto, básicamente, en este sector de la población [Las embarazadas y los niños pequeños] porque pensamos que es el más inatacable políticamente, porque también hay que pensar en esto, ya nos han atacado porque dicen: lo lanzan ahora porque es un problema electoral. Entonces, creo que si esto funciona como esperamos que funcione, ¿qué falta para un seguro nacional?, ir agregando los distintos tramos de edad, nada más. Y, además, nuestro sueño hubiera sido hacer un seguro nacional de verdad, es decir, crear una única fuente de financiamiento y poner todo el dinero allí. Este es el primer paso, creemos, hacia esto. Estamos seguros que va a ser así.⁶

Estaban allí sentadas las ideas originales de lo que luego fue el Plan Nacer y más tarde el Plan Sumar.

Las bases conceptuales de los intentos de instalar seguros públicos en la Argentina ya habían quedado explícitas en los estudios que el Banco utilizaba a principios del siglo cuando incluía entre

6. Desgrabación de la ponencia del Superintendente de Servicios de Salud Rubén Torres Congreso Nacional de Pediatría Social 1 de mayo 2003.

sus autocríticas no haber considerado en las reformas de los 90's las Obras Sociales provinciales justo en el período en que el desempleo reducía la importancia de las Obras Sociales sindicales principal objetivo de ese período.

Cambio de escenarios políticos

Las elecciones del 2003 abrieron con sus resultados un panorama poco previsible dentro del cual la importancia estratégica que había obtenido en el frente externo negociando el default el Ministerio de Economía y el estrecho vínculo que, muchos de los créditos exigían, con resultados monitoreados por el Ministerio de Salud crearon las bases para la estabilidad política de ambos ministerios frente al cambio de gobierno.

Sin embargo, una sutil pero trascendental modificación, torció el rumbo anunciado en el Congreso de Tucumán. La orientación política fue taxativa: el plan Nacer financiado ahora con crédito del Banco Mundial no estaría abierto para financiar prestaciones del subsector privado, lo que había constituido una aspiración explícita del Ministerio en el gobierno precedente.⁷

El desconcierto inicial y las negociaciones con el Banco comenzaron a demorar su implementación hasta el límite de caer en las penalidades económicas previstas en este tipo de créditos que se había negociado desde el gobierno anterior y finalmente se destrabó asumiendo que mientras se aceptaba que el plan financiara solo prestaciones del subsector público, se avanzaba con otros componentes que servirían de base para un seguro, como el involucramiento de las Obras Sociales Provinciales, la constitución de padrones de beneficiarios y la incorporación de una cultura de facturación.

De esta forma el debate por más de cinco años continuó centrado en la mortalidad infantil, en la

credibilidad de los registros, y en los mecanismos para su descenso a valores inferiores al mítico 10 por mil, valores alcanzados ya antes del 2000 por países con menor nivel de desarrollo que la Argentina.

Este debate se reabrió con intensidad en el comienzo del Gobierno de la Presidenta Fernández de Kirchner a partir de un estudio crítico de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud con apoyo de la OPS. En ese estudio respecto a las defunciones se menciona.

“El trabajo de pareo de fuentes permitió detectar elevados niveles de omisión de defunciones infantiles en los establecimientos y áreas seleccionadas de Santiago del Estero, Tucumán y Misiones, así como en el interior de la provincia de Formosa”⁸.

Dengue y Gripe Porcina una combinación letal

El año 2009 llegó con sorpresas que demostraron que en salud hay mucho más que debates de financiamientos y que las epidemias no son cosa del pasado sino contingencias que los gobiernos y los pueblos deben estar siempre preparados para enfrentar.

El Dengue ya había generado casos en algunas provincias limítrofes con Brasil y Paraguay en el pasado pero en el 2009 llegó con una virulencia inusitada ingresando por Bolivia en donde había generado un importante brote a fines del 2008, la enfermedad se desplazó de la mano de braceros de las diversas cosechas del NOA y NEA, pero pronto avanzó sobre territorios nuevos totalizando más de 8000 casos oficialmente confirmados y 2 fallecidos aunque fuentes extraoficiales denunciaban sub-registro de casos.

Sin embargo, esta epidemia quedaría rápidamente tapada por otra pandemia que parecía porta-

7. “La experiencia piloto de este plan se realizará en una provincia del norte del país, que todavía está en estudio por el Ministerio de Salud, y contará con la participación de prestadores de salud públicos y privados. El nuevo programa denominado “Cuidarnos” pretende llegar a 4 millones de niños, 700 mil mujeres embarazadas y 9 millones de mujeres en edad fértil”. <http://www.lanacion.com.ar/457738-lanzan-en-2003-el-seguro-materno-infantil>

8. “Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles. Magnitud, desigualdades y causas”, publicado en marzo de 2008 por el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

dora de las peores noticias a nivel mundial. El virus gripe H1N1 que fue inicialmente conocido como gripe porcina emergió como una variedad muy agresiva, de alta letalidad que debutaba en forma epidémica en una de las urbanizaciones cosmopolitas más importantes del planeta como es la Ciudad de México.

En efecto cuando aún el Dengue no se había extinguido del todo en las provincias del NEA, Argentina declara la emergencia aun sin casos frente a las noticias instalando una cuestionable barrera de clausura de vuelos a la Ciudad de México.

La enfermedad ingresó finalmente a territorio nacional el 7 de mayo de ese año, y generó 12.500 casos enunciados, 685 fallecidos y un cambio de Ministro de Salud.

A nivel mundial controversias sobre el manejo de la OMS le generó un importante descrédito en sus recomendaciones técnicas (sistemas de registro, criterios de diagnóstico, uso de vacunas no suficientemente validadas y promoción de medicación de eficacia dudosa), por no resguardarse de la participación de actores y asesores sospechados de influir existiendo conflicto de intereses.

Entre 2009 y 2014 la expansión del calendario de vacunas devino la acción más visible del Ministerio mientras se consolidaba los pasos para la expansión del Plan Nacer devenido Sumar pero quizás el más importante episodio para el período pueda considerarse la aprobación de la Ley de Prepagas, reglamentada y promulgada el 16 de mayo del 2011 que expondremos en el siguiente punto.

Una década de construcción de un plexo de derechos

Más allá de la acción del Ministerio de Salud de la Nación y los debates del Consejo Federal de Salud resulta imprescindible caracterizar el período por un plexo de leyes que pueden extender su poder instituyente por muchos años y que como tal no son el resultado de un gobierno sino de todas las fuerzas políticas, incluyendo algunos casos en donde las leyes fueron votadas por unanimidad.

Solo para mencionar algunas destacamos la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable 25673, la ley de prohibición de impedir la escolaridad de alumnas embarazadas 25808, la Ley de Salud Mental 26657, la Ley de Producción Pública de Medicamentos 26668, la Ley de Derechos del Paciente 26529, la ley que crea el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas 26586, la Ley de Fertilización asistida 26862, la ley que crea el Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas 26928.

Una mención especial merece por su carácter sistémico la ley de medicina pre-paga iniciado por y con la aprobación de la Cámara de Diputados en el año 2008. la Ley de regulación de Medicina Prepaga dormía en el Senado con riesgo cierto de perder estado parlamentario a fin del período de sesiones del 2010.

En el campo de la salud se sostenía por esa época que el país nunca tendría una ley de pre-pagas y el lobby del sector que ya se había manifestado en diputados parecía tener todas las cartas en sus manos.

Súbitamente la ley completó su lento pasaje por cuatro comisiones y fue tratado por la Cámara el 24 de noviembre aprobándola con modificaciones a 6 días que perdiera estado parlamentario. Las principales modificaciones que obligaron a un nuevo tratamiento en Diputados muestra las tensiones que la propia Ley suscitaba destacándose la disputa entre Secretaría de Comercio y Ministerio de Salud, la inclusión o no de las Obras Sociales (lo que en letra chica afectaba particularmente a OSDE por su doble status de Obra Social y Prepaga).

El 4 de mayo del 2011 Diputados convertía en Ley bajo el número 26 682, el 16 de mayo fue promulgada y finalmente reglamentada con algunas modificaciones en diciembre de ese año (Decreto 1993/2011).

Finalmente es necesario incluir en este listado otras leyes que sin ser consideradas "leyes de salud" influyen directa o indirectamente sobre el

derecho a la salud entre las que mencionaremos la Ley de migraciones 25871 y la Ley de derecho a la identidad de género 26743.

Hospitales públicos, recuperar la iniciativa

Durante muchas décadas la infraestructura hospitalaria permaneció estática y podría decirse que esto se prolongó también al comienzo de la década. El hospital público había sufrido diversos intentos de reforma, pero quedaba como saldo el prestigio adquirido por el Hospital Nacional de Pediatría Dr J. Garrahan cuya estructura directiva se erigió aprovechando un antiguo recursos jurídico (mitad de los 60's) que nunca fue derogado denominado sistema SAMIC y cuya naturaleza facilita el funcionamiento en consorcio (en este caso Nación CABA).

La extensión de este modelo a un nuevo Hospital en Florencio Varela siguió un patrón parecido con el denominado Hospital de Alta Complejidad en Red Nestor Kirchner, también conocido como El Cruce sostenido por un consorcio de municipios, la Nación y la Provincia de Buenos Aires.

En el año 2008 se anunció la decisión del Gobierno Nacional de recuperar iniciativa en infraestructura hospitalaria (Hospitales del Bicentenario) lo que resultaba toda una novedad dada la parálisis de cinco décadas en éste ámbito lo

que dio origen a nuevas construcciones, algunas inauguradas, otras por inaugurar o completar su construcción, equipamiento o dotación.

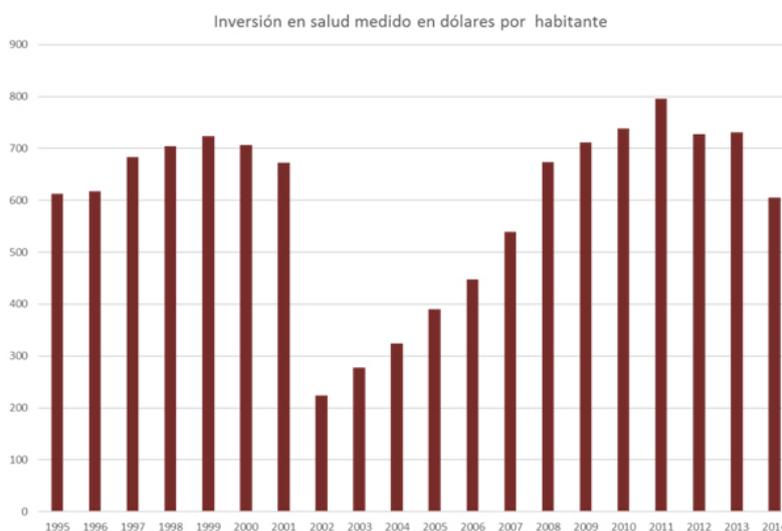
Aunque los prolongados procesos que van desde la piedra fundamental hasta su pleno funcionamiento o la constitución compleja de directorios en la lógica de los SAMIC, la iniciativa de más de 30 Obras públicas entre nuevos hospitales y refacciones importantes constituyó un giro en la política de salud hacia el subsector público esperada por más de cinco décadas.

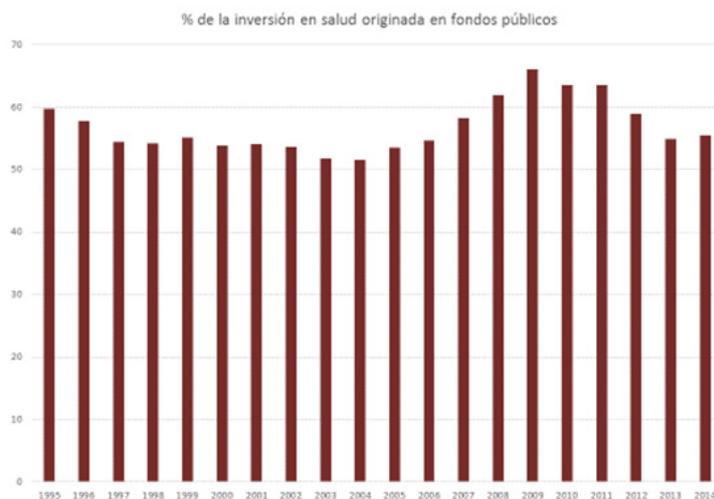
Balance al 2014 con rasgos gruesos

En base a los datos del Banco Mundial puede verse hasta qué punto la inversión neta en salud y la participación del sector público en el financiamiento de la salud fueron factores clave y altamente sensibles de los vaivenes del período, incluyendo la comparación con la década de los 90's.

En este gráfico 1, podemos observar como el gasto en salud medido en dólares por habitante acompañó los diversos ciclos de la economía, alcanzando en el período años que superaron a los más altos de la década de los 90's y el punto crítico constituido por la mega-devaluación del 2002.

En el gráfico 2, siguiente puede verse la fuerte participación del sector público que nunca des-





Fuente Banco Mundial

cienden en su participación relativa del 50 % y como los picos de inversión detectados en el gráfico anterior fueron impulsadas por los fondos públicos.

Con la camiseta de lo público

El período diciembre del 2014 a diciembre del 2015 el Ministerio de Salud vuelve a cambiar de gestión instalándose una perspectiva fuertemente asociada al fortalecimiento del Subsector Público. Los equipos que se van conformando y que habían brindado aportes desde una perspectiva crítica y propositiva durante muchos años reconocen un fuerte compromiso con lo público, expresado básicamente en su apoyo a la Ley de Producción Pública de Medicamentos y la creación de la agencia promotora de la articulación entre laboratorios públicos (ANLAPP) para sustentar una Política integral sobre uno de los rubros más complejos de las políticas de salud., que no descuidó la perspectiva de salud internacional promoviendo a nivel de Mercosur y de Unasur y llevando hasta el seno de la OMS la preocupación y la construcción de estrategias conjuntas contra laboratorios transnacionales formadores monopólicos de precios abusivos.

Otros ejes de trabajo como el sistema de simplificación administrativa para la facturación terceros pagadores desde el subsector público (especial-

mente desde Empresas aseguradoras y ART para las atenciones de urgencias), la Escuela Nacional de Gobierno en Salud, con la generación de cursos y diplomados federales con la utilización combinadas de educación presencial, semipresencial y a distancia, el apoyo al Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina o la promoción de una reunión hemisférica sobre Recursos Humanos en Salud en conjunto con la OPS constituyeron parte de una agenda orientada a compensar las tendencias que se dan al interior de muchas fuerzas políticas entre garantizar el derecho a la salud financiando la oferta y fortaleciendo lo público vs. Trasladando esa función a garantizar el financiamiento subsidiar la demanda y por ende abrir nuevos mix público-privado cuya competencia nunca encuentra las reglas justas como lo muestran las experiencias de Colombia, Chile o Uruguay.

Uno de los indicadores más resistentes a mejorar en el país es el de la mortalidad materna y la experiencia del equipo de salud es contundente respecto a la estrecha asociación entre controles periódicos del embarazo y el riesgo de muerte de la mujer y del recién nacido incluyendo fenómenos de prematuridad en donde se concentra el núcleo duro de los daños que se pueden evitar o prevenir. También es frecuente en la jerga de los equipos de salud hablar de embarazadas cero-control denominando de esta forma a aquellas embarazadas que llegan a sala de parto sin ningún contac-

to previo con los servicios de salud. Una de las intervenciones que alcanzó mayor polémica en el período cuyo significado ha quedado banalizado por la creciente tendencia a la judicialización de la política ha sido la conocida como plan cunita. La experiencia internacional es contundente en este sentido y la multiplicación de estímulos asociados estrechamente al control de embarazo privilegia justamente el ajuar y el equipamiento para una crianza equitativa que de un modo u otro el Estado deberá implementar.

Cobertura Universal de Salud; llueve sobre mojado

Como hemos visto las deudas del sector salud de la Argentina acumulan un conjunto de factores estructurales, marcos legales, grupos de interés. La posibilidad de desarrollar una intervención milagrosa que repare toda fragmentación constituye un atractivo argumento que ha servido para fundamentar las más diversas y aventuradas intervenciones de las cuales la que hoy nos ocupa no parece siquiera de entre las más ingeniosas.

El concepto de Cobertura Universal trae resonancias de antiguas tradiciones y era muy utilizado en la jerga de programas sanitarios vinculados a la relación entre los objetivos verdaderamente alcanzados vs. El ideal de alcanzar a toda la población a la que debería llegarse. Así cobertura total en programas de lucha contra los vectores o en programas de salud rural se utiliza desde principios del siglo XX y cobertura útil como una meta que refiere a la proporción de población objetivo al que hay que vacunar para que no se produzca una epidemia.

Con la evidencia manifiesta del fracaso de las reformas generadas a comienzos de los 90's a partir del documento *Invertir en Salud* (1993) el Banco Mundial inicia a fines de los 90's una nueva ofensiva sobre los países de medianos y bajos ingresos orientados a expandir los mercados para el sector privado.

A partir de su amplia experiencia en México Laurel AC desarma un nuevo intento del Ban-

co Mundial por canibalizar conceptos. En efecto como ha ocurrido en el pasado con el término "reformas" la CUS es un concepto claramente sanitario ingresa como una segunda oleada de reformas y fue vendido como un giro del Banco Mundial hacia un mayor reconocimiento del rol del Estado para lograr esta vez un apoyo explícito de la OMS.

"En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la "cuestión social" y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad" (Laurell, Herrera, 2010.)

Pero como puede verse en innumerables declaraciones el interés primario del Banco Mundial permanece inmutable tal como el presidente del grupo Jim Yong Kim mencionaba en 2014.

"...Y a través de la International Finance Corporation [IFC], nuestro brazo para el sector privado, hemos estado ayudando a países de medianos y bajos ingresos a aprovechar los recursos y la innovación del sector privado mientras promovemos una gran colaboración entre instituciones del sector privado y del sector público. Aunque no hay caminos únicos para que los países logren la Cobertura Universal en Salud, todos los países pueden aprender de la experiencia de los otros mientras diseñan y calibran su propio derrotero. ¿Porqué -por ejemplo- algunos países han logrado mejores resultados en el campo materno infantil que otros con el mismo nivel de recursos? ¿Cómo algunos países lograron una rápida expansión de su cobertura? ¿Cuáles son los mejores caminos para que los gobiernos involucren y com-

prometan al sector privado mientras aseguran equidad y calidad?⁹

El Gobierno participó activamente en construir una posición alternativa junto a varios países latinoamericanos como Brasil y otros miembros del UNASUR consistente en una modificación de los documentos acordados entre el Banco Mundial y la OMS, al menos para las Américas.

La discusión en el marco del 53 Consejo directivo de la OPS en setiembre del 2014 intentó expresar esa diferencia a partir de aunar el concepto de Acceso y Cobertura promueve otros conceptos como la gratuidad en el acceso a los servicios. El documento de la OPS ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD¹⁰ menciona explícitamente:

Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, socio-cultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

Elecciones con alta incertidumbre: los actores diversifican las apuestas

La simple observación de las curvas de financiamiento en salud, alcanzarían a explicar que los agentes económicos que operan, forcejean e intervienen de una manera u otra en el financiamiento y en la generación de plataformas electorales entraron en intensa operación por detrás de todos los candidatos presidenciales, o al menos con todos los que tenían chance real de resultar electos.

Esto generó un importante alerta por la identificación de referentes de comprobada y explícita posición respecto a reactivar la idea de un seguro público de salud que incremente en definitiva las fuentes de financiamiento del subsector privado. Finalmente definidas las elecciones las primeras señales de la transición del Ministerio de Salud con el nuevo gobierno dejaron pocas dudas. Un equipo que se presentaba como provisorio y sobre todo resignado. Resignado básicamente a "tener que jibarizar" el Ministerio, a una sorda disputa interna y a que el Ministerio de Modernización le marcara la agenda.

La descripción tiene sus fundamentos. Casi el mismo escenario y los mismos actores del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se trasladaban al Gobierno Nacional y en la transición los protagonistas de la saga porteña sabían del poder que la estrecha relación del presidente con el modernizador era un dilema insoluble y que por tras de palabras como racionalización, solo cabía discutir o negociar los porcentajes de despidos.

Por algún motivo la situación volvía la escena a fojas cero, casi al mismo lugar del comienzo de este artículo cuando un gobernador se pre-

9. Jim Yong Kim Presidente del World Bank Group Conferencia sobre Cobertura Universal en Salud en Economías Emergentes brindada en el Center for Strategic and International Studies Washington, D.C., United States el 14 de enero del 2014 disponible en <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies> traducción propia.

10. Documento CD53/5, Rev. 2.2 de octubre del 2014 Original: español se puede identificar y acceder a una versión en pdf en la página de la OPS http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es

guntaba. ¿Hace falta un Ministerio de Salud en el gobierno nacional?. Del mismo modo que en el 2002 (o en 1956) la realidad se ocupó de brindar la contestación. La estrategia de simplemente cerrar o de promover un Ministerio de Salud residual chocaría con una brutal epidemia de Dengue que solo la aceptada alianza política con los multimedios permitió sacar de las primeras páginas de los diarios o de las placas de los noticieros. Un deja vu que la historia se empecina en repetir como cuando la “revolución libertadora” con un Ministerio de Salud disuelto pretendió enfrentar la epidemia de Polio más grave de la historia.

El momento actual, forcejeando sobre una cobertura universal

Cuando la ausencia de noticias sobre salud ya era noticia un inesperado anuncio presidencial impulsó a las primeras páginas el término Cobertura Universal de Salud.

La denominada Cobertura Universal en Salud y el anuncio surge en el actual gobierno como consecuencia de un decreto de necesidad y urgencia que lleva el número 908/2016.

En la sección de los considerandos abunda la literatura sanitaria llamando especialmente la atención que el Decreto recupera Leyes subutilizadas pero nunca derogadas de Seguro Nacional de Salud. Las leyes 23660 y la 23661 aprobadas durante el Gobierno de Alfonsín, promovidas inicialmente por su Ministro, el Dr. Aldo Neri.

“Que las medidas dispuestas tienen como objetivos fortalecer el financiamiento del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, promoviendo la atención sanitaria integral a fin de garantizar el acceso a la salud de toda la población, afianzando los principios de equidad y solidaridad que inspiraron su creación”

Seguido luego por un largo listado de referencias nacionales e internacionales que luego no son re-

tomadas en los artículos de fondo y con un notable diagnóstico.

“Que la crítica situación del sector, evidencia una circunstancia extraordinaria que hace imposible seguir los trámites de rigor previstos por la CONSTITUCIÓN NACIONAL para la sanción de las leyes”.

El corazón de la parte resolutive parece centrado en el reparto por única vez de un excedente extraordinario de 29 mil millones de pesos acumulados por el Fondo Solidario de Distribución.

El excedente suele generarse en valores mucho menores todos los años, por la diferencia entre la recaudación que desde los 90's se canaliza a través de la AFIP y la liberación de esos fondos por parte del poder ejecutivo que genera una brecha entre ingresos y egresos sobre el que forcejean sistemáticamente gobierno y sindicatos.

Cómo y por qué en esta ocasión se generó semejante excedente, que equivale a dos mil millones de dólares, es decir alrededor de un 8 % del gasto anual en salud es una pregunta que quedará seguramente abierta, pero entre otros argumentos podemos mencionar.

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) deposita en esa cuenta especial todos los meses, según los niveles salariales, entre el 10 y 20% de los aportes y las contribuciones que hacen los afiliados y los empleadores a las obras sociales. Pero como desde hace tiempo ese dinero fue incluido en el Presupuesto Nacional, el Gobierno no distribuye automáticamente todo lo que ingresa sino una suma menor y que fija a través de la partida que le asigna a la Administración de Programas Especiales (APE)¹¹.

A ello debe añadirse que una parte de los aportes llegan mal depositados, sin precisión de rama de actividad o institución a la que se deben derivar los fondos.

11. <http://news.agrofy.com.ar/noticia/91801/el-gobierno-les-aumenta-los-recursos-las-obras-sociales>

En un Decreto con 9 artículos de fondo dos se dedican a repartir por única vez los fondos excedentarios con el siguiente criterio.

Art 1 Menciona que se distribuirá en forma excepcional y por única vez este excedente.

Art 2 Asigna 8 mil millones (aproximadamente 500 millones de dólares) a la Cobertura Universal en Salud CUS

Art 3 La finalidad de la CUS se describe en el anexo I., como un listado de generalidades coincidentes con la misión del Ministerio de Salud excepto el primer ítem "Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud".

Art 4 Crea un fideicomiso en el Banco Nación a favor de la Superintendencia.

Art 5 Crea una Unidad Ejecutora del Fideicomiso con dos lugares para el Ministerio de Salud dos para la Superintendencia y dos para la CGT.

Art 6 Asigna en forma directa 4,5 mil millones (aproximadamente 300 millones de dóla-

res a ese fideicomiso para la "emergencia" del sistema de la seguridad social.

Art 7 Asigna 14,3 mil millones de pesos (aproximadamente 900 millones de dólares) a Bonos 2020 del Banco Nación que

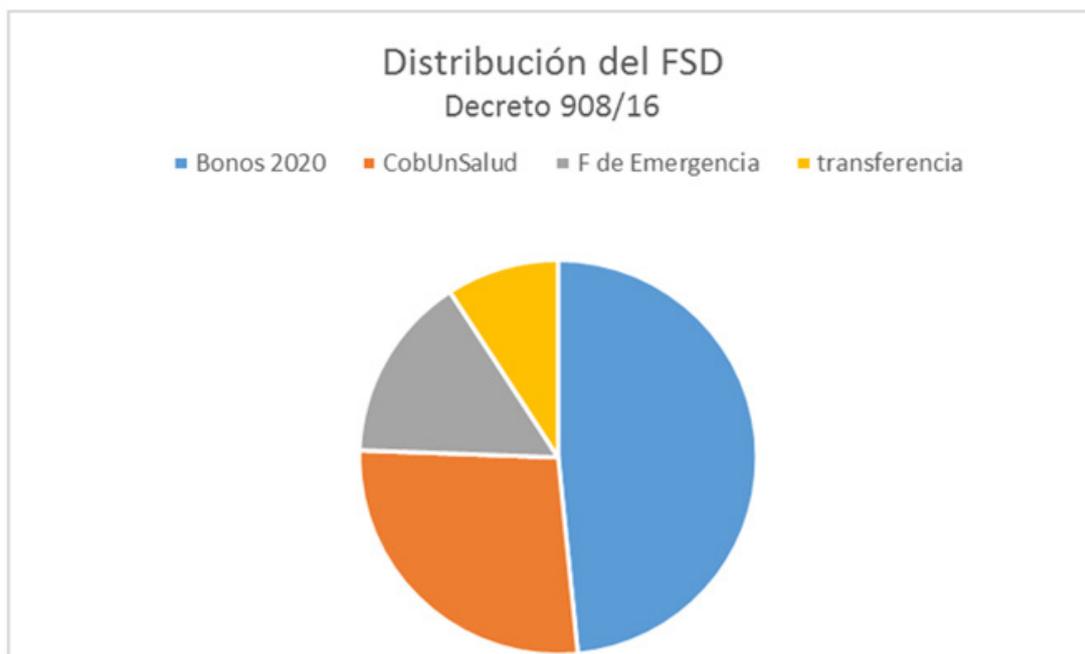
Art 8 Redituarán intereses trimestrales a favor del FSD.

Art 9 a 13 de forma.

La distribución del resto del fondo para la *transferencia* anunciada para las necesidades de las Obras Sociales por 2,4 mil millones de pesos (aproximadamente 160 millones de dólares) no se incluyen en este Decreto.

Del mismo modo no se incluye en el DNU 908/2016 la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología que dio origen a un proyecto de Ley a la fecha ingresado el 13 de julio al HCN con tratamiento en la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores y un dictamen en minoría de tres Senadores

Conviven en consecuencia bajo el nombre paraguas de Cobertura Universal en Salud un conjun-



to de intervenciones que distan de constituir un sistema completo de ideas y parecen más bien un listado de las demandas que cada sector o grupo de interés reclama para sí, constituido a la fecha por i. rebautizar con este nombre CUS a los programas regulares del Ministerio que resistieron las podas ordenadas por el Ministerio de Modernización, ii. un DNU que básicamente pone la mitad del FSD a plazo fijo, distribuye la otra mitad entre el Ministerio de Salud y un fideicomiso co-ejecutado por la CGT, iii. Una transferencia directa a las Obras Sociales Sindicales y iv. Un proyecto de Ley de Agencia de Evaluación de Tecnologías.

Los grupos de interés beneficiados resultan el subsector privado y su antigua expectativa de contar con una agencia nacional de evaluación de tecnología (AGNET) que sirva para reducir por un lado las obligaciones del denominado Programa Médico Obligatorio (PMO) y por el otro poner límite a la discrecionalidad (a juicio de los financiadores) de jueces y de legisladores que con sentido “garantista” pondrían en riesgo la rentabilidad de las empresas aseguradoras.

La CGT que recibe fondos directos para sus Obras Sociales y además coparticipa a un tercio en la ejecución de un muy interesante fondo de redistribución y emergencia que puede aplicarse a un conjunto amplio de destinos según prevé el anexo II del DNU.

Asistencia financiera a obras sociales ante situaciones de Epidemias y o Emergencias en el ámbito del territorio nacional.

Asistencia financiera a obras sociales que desarrollen programas de prevención aprobados por la Superintendencia de servicios de Salud.

Apoyo financiero a las obras sociales para la adquisición y/o remodelación de efectores propios.

Asistencia financiera para la adquisición de equipamiento tecnológico para efectores propios de la seguridad social.

Asistencia financiera para programas de fortalecimiento institucional de las obras sociales. Apoyo financiero para programas de modernización institucional en el campo informático. Financiamiento de situaciones de excepción, no contempladas en las normativas vigentes y que produzcan un impacto negativo sobre la situación económica financiera de las obras sociales.

Respecto al subsector público la operación es más imprecisa. Las provincias siempre están interesadas en recibir fondos frescos de Nación, pero las condicionalidades aún permanecen borrosas. Se sabe que la Nación a través del Ministerio de modernización “carnetizaría” siguiendo el modelo “Cobertura porteña” y además generaría una historia clínica electrónica única a todas las personas sin cobertura de la seguridad social lo que además de restar una importante masa de fondos potencialmente co-participables, deja abierta la inquietante duda sobre los usos de esa información reservada por parte del Gobierno Nacional¹². Por lo demás las rondas provinciales de funcionarios del Ministerio de Salud de la Nación buscan brindar cierta garantía que se respetaría la modalidad preferida de cada provincia. En otras palabras, que al menos por el momento no se exigiría la conformación de seguros provinciales por otra parte imposibles de financiar con un aporte de única vez.

De todas maneras las declaraciones inmediatas del Ministro de Salud a InfoBae sirven para percibir que la CUS dista de ser una propuesta acabada y que la flexibilidad con las provincias podría no ser tal.

“De las 12 políticas sanitarias que trajimos al Ministerio de Salud, el plan universal de salud es clave porque va directo al corazón del aseguramiento de la salud de la población”¹³

“En conjunto con el Ministerio de Modernización estamos cargando todos los datos de qué

12. A nivel mundial se multiplican los reparos sobre la posibilidad que las bases de datos de historias clínicas digitalizadas, -especialmente las grandes bases de datos como la aquí prevista con 16 millones de historias- sean filtradas, vendidas o hackeadas para ser utilizadas por terceros (empleadores, investigadores, aseguradoras, etc.) Con fines ajenos al interés de los pacientes.

13. <http://www.infobae.com/salud/2016/08/03/cobertura-universal-de-salud-por-que-era-clave-su-puesta-en-marcha/>

cobertura médica tiene cada ciudadano y creando un sistema para los que no tienen más que la pública puedan contar con una historia clínica única y si en el sistema público no tiene la posibilidad de brindar la prestación que la persona necesita, **contrate a un privado** y brinde la cobertura",¹⁴

"La idea es hacer un programa para la población que no tiene cobertura formal, es decir ninguna que se financie con retención del salario, situación que comprende a un 30% de los argentinos y varía en cada provincia, en algunas es de más del 50%", destacó el viceministro. "Por suerte existe el hospital público -aclaró- pero hay una diferencia entre ir al hospital público en forma espontánea y realmente tener una cobertura de salud".¹⁵

A modo de conclusión y de apertura

En este trabajo se podrán detectar muchas omisiones, probablemente injustas, de iniciativas, de resistencias, de aportes en la cada vez más nutrida e inabarcable agenda de salud. Nos disculpamos por habernos concentrado en aquellas dimensiones que, entendemos, hacen al funcionamiento sistémico de ese archipiélago que no por fragmentado carece de intercambios y complementa-

riedades algunas más solidarias que otras, algunas más legales que otras.

En apretada síntesis puede verse que el sistema de salud para los habitantes de nuestro país continúa siendo objeto de operaciones de agentes y operadores internos y externos al país pero que su destino permanece muy alejado de los debates públicos que permitan a los ciudadanos y ciudadanas, y a los trabajadores profesionales, técnicos y auxiliares opinar, discutir, decidir qué sistema de salud representa el sentir, el respaldo, la garantía del derecho a la salud.

Las clásicas tensiones de Salud como mercancía vs. Salud como derecho, de subsidio a la demanda vs subsidio a la oferta, de subsector público vs subsector de la seguridad social unitario, de gratuidad vs aranceles y co-seguros no alcanzan si no se piensa el sistema de salud en el marco de un proyecto de país que incluya a todos.

La invitación es a sumarse, a informarse, a dudar y a interrogar, a arrojar luz como forma de disolver las estrategias de quienes solo pueden operar en la sombra para que podamos a futuro en forma conjunta estar orgullosos del sistema de salud "que supimos conseguir.

14. Op cit

15. <http://eldiariodemadryn.com/2016/10/balino-la-cobertura-universal-de-salud-solo-es-posible-en-combinacion-con-las-provincias/> declaraciones de Nestor Perez Baliño

Bibliografía

- Laurell, A., Herrera Ronquillo, J. (2010) La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios en Rev. Salud Colectiva Vol 6 No 10.
- Rovere M. (2004) *La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto*. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004 disponible en <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccion-de-un-sistema-injusto.pdf>
- Rovere M. (2013) *Idas y Vueltas en la (des) Regulación del Sistema de Obras Sociales en Argentina*. Publicado en: Revista APORTES para el Estado y la Administración Gubernamental disponible en <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/idas-y-vueltas-en-la-desregulacion-del-sistema-de-obras-sociales-en-argentina.pdf>
- Sacchetti L Rovere M. (2014) *La salud a la fuerza; enfermedades sociales y policía sanitaria en la remodelación de las ciudades (1870 - 1910)*. Ponencia presentada en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos. Eje: Eugenesia y Control Social disponible en <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2014/05/la-salud-a-la-fuerza-sacchetti-rovere.pdf>
- Zeballos, J. L. (2003) *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6247/2003-ARG-efectos-sociosanitarios-crisis.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

