



EFFECTOS DE LAS PROBABLES MEDIDAS A TOMAR POR EL GOBIERNO ELECTO EN MATERIA SANITARIA

*Daniel Godoy
Director IDEPSALUD ATE ARGENTINA
Co Coordinador IEF CTA AUTÓNOMA
07 de Diciembre de 2023*

Este artículo ofrece un pantallazo sobre las medidas y sus efectos que pondría en desarrollo el gobierno electo en materia sanitaria.

Si bien se adelanta a las posibles medidas que adopte el gobierno entrante en materia sanitaria a escasos días de su asunción, plantea algunos de los escenarios con los que podremos encontrarnos a partir de la semana próxima.

Se basa por un lado en los anuncios del Presidente electo y su grupo de colaboradores, pero básicamente, en la matriz de Modelo de Seguros de Salud (matriz que también vertebró las pretendidas reformas en el amplio campo de las protecciones sociales: salud, educación, previsión social, etc.) impuesta hace años por los Organismos de crédito supranacionales, y restituida gravemente su factibilidad por el actual mega endeudamiento con el FMI y los acuerdos/condicionamientos devenidos de ello.

Esta matriz de la que hablamos se corresponden con la conocida ruta de pretender traspasar el universo de Derechos al esquema de negocios y mercado a través de modelos de aseguramiento y subsidio a la demanda, emergido de los documentos de los 90 (Invertir en Salud Banco Mundial), y que generó por aquellos tiempos todo el marco normativo y operativo de una pretendida progresiva reforma integral sobre nuestro Sistema de Salud.

Así, toda la legalización de desregulación de Obras Sociales, Hospitales de autogestión (Decreto 578/93), descentralización (provincialización y municipalización de efectores y programas), PMO y más, se inició en tiempos de Menemismo (Godoy D., Aguirre A., "Las Obras sociales en la Argentina, 2000), no se desmontó en gobiernos posteriores, y la gestión Macri lo revitalizó con el cierre del Ministerio de Salud Nacional y el paquete CUS (Decreto 251/2019)

Lo elemental de la propuesta securista de Milei y el conjunto de medidas pre anunciadas (despidos, reducción del gasto público, quita de subsidios entre otras), sin dudas van a impactar fuertemente en los indicadores sanitarios y en la calidad de vida de nuestra población. "No sólo influirá negativamente en la calidad y el acceso a prestaciones y servicios de los sectores populares y la clase trabajadora, sino que generará más precarización laboral, achicamiento de planteles de salud, más gasto directo por parte de los pacientes, más listas de espera; en definitiva, un brusco deterioro de las condiciones de salud de la población" (Multisectorial 15P, 2023).

Las medidas sanitarias pre anunciadas, se modelan desde la voracidad del complejo médico industrial farmacéutico y el sector financiero que pretende apropiarse de la renta circulante en el campo de la salud, basada en la segmentación de prestaciones según la capacidad de bolsillo de cada ciudadano/a, y el aumento del pago directo por prestaciones y servicios con las consiguientes diferenciaciones de ciudadanía que diferencia lo universal y solidario de lo individual rentístico. (Godoy D, Milei y el asalto a los derechos: nuevos personajes. Viejas recetas. Octubre 2023)

La degradación del Ministerio de Salud como ya lo hizo Macri, al rango de Secretaría bajo la dependencia de un mega Ministerio de Capital Humano, donde convivirán los hasta hoy ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Desarrollo Social, impactará fuertemente en los varios aspectos. Muchos puestos de trabajo en sede central del MSN y de Programas territoriales de dependencia nacional, se mantienen en distintas formas de precarización (becas, contratos) y son blanco fácil al esquema de reducción de gasto y personal.

La fusión de antiguos ministerios generará trabas, dilaciones administrativas y demoras en la gestión de compras y contrataciones, burocratizará la gestión poniendo en riesgo la oportunidad y eficacia en la distribución de insumos y recursos, ralentizará el desarrollo y apoyo a programas preventivos, planes sanitarios, entrega de medicamentos e insumos médicos (tiras reactivas, bolsas de colostomía, etc), dificultará la provisión a las provincia y municipios de instrumental, tecnología y aparatología sanitaria, impactará negativamente en los programas de procreación responsable y abordaje territorial, restará apoyo y promoción de la ley de Salud Mental, a la red de atención de pacientes oncológicos y federalización del Incucaí (Trotta O., P12, nov2023).

Además, se prevé la anulación de muchas conquistas en materia de derechos, como la Ley de Salud Mental, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo con cobertura integral y gratuita, la Ley de Producción Pública de Medicamentos, las actuales coberturas de Obras Sociales solidarias, como el PAMI y otras.

El modelo securista incluye en teoría (veremos qué se deciden a querer implementar), desregulación absoluta de la demanda bajo el imaginario de la “libre elección” o sea libre circulación de pacientes a la oferta pública o privada (incluye PAMI), subsidio (pago) a la demanda (cobra quien hace la prestación sea privado o público), transformación de los hospitales públicos en unidades autogestionadas y auto sustentadas, regulación del mercado a través del PMO o canasta básica de prestaciones (un conjunto de prestaciones y prácticas garantizadas a la baja), pago directo por prestaciones no incluidas (aumento del gasto directo por parte de las personas), reducción de planteles, nuevas formas de contratación (por productividad por ejemplo), etc.

La intención oculta es trasladarla hacia la contención de “costos”, estableciendo un conjunto restringido y ajustable de prestaciones donde el Estado pasa a ser un “comprador” de esas prestaciones que puedan ejecutar tanto el propio sector público como el privado. Esto en la práctica significa que los servicios podrían ser enteramente provistos por empresas privadas si así lo determinara la famosa ley de la oferta y la demanda, mientras el Estado sólo interviene para asegurar los fondos para esos servicios y regula su calidad y variedad a través de mecanismos y Organismos de escasa o nula legitimidad y transparencia con marcada influencia de los sectores del negocio de la enfermedad.

La propia “canasta básica” (o PMO o el nombre que se le aplique), es sinónimo de inequidad, ya que parte de aceptar que para algún sector de la población -aquellos que debieran en función del principio de equidad recibir más- los servicios se limitan a un conjunto acotado. Excluyendo 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 (Chile, México o Colombia). Además, todo lo que no esté incluido en la “canasta” cada persona lo debería resolver por su cuenta. O sea, por fuera de la cobertura mínima, el sistema de salud se va a regir por la ley de oferta y demanda, lo cual implica que aquello que el Estado no pague, va a tener que ser costado a precio de mercado de manera individual, por consumidores de salud. Ante esas situaciones los sectores populares se ven en clara desventaja: sólo tendrán acceso total al resto de los servicios, aquellos que puedan pagar por ello. Y los “gastos de bolsillo” (o sea por “aquello” que no está incluido en el seguro) obviamente, se van a incrementar exponencialmente.

La “canasta” prevé un modelo restrictivo, curativo y biológico; algunas (no todas) las prestaciones para algunas (no todas) las enfermedades, sin acciones de prevención y adaptable a la decisión política de qué “canasta” se financia, obviamente ajustable según criterios de mercado. Esta “canasta” la podrían ofrecer tantos los Hospitales (sector público) como las clínicas y sanatorios (sector Privado), lo que abre claramente la posibilidad de una transferencia de “asegurados” o “prestaciones” (y por lo tanto recursos públicos) al sector privado. Al relativizar el carácter público exclusivo de las prestaciones de salud, lo que se está procurando en realidad, es la creación de mercados de salud que puedan ser explotados por el capital. Específicamente, hay una decisión consciente y planificada de introducir “mercados internos” dentro del dominio de las prestaciones públicas. Y la noción de “privados” no sólo va a estar prevista en la conformación tradicional (clínicas y sanatorios), sino también en formas institucionales de alta precariedad institucional (aseguradoras, UTEs -Unión Transitoria de Empresas-, sociedades anónimas).

En este marco, la situación de las trabajadoras y trabajadores del sistema Público es de alto riesgo. No sólo se prevén modalidades de contratación y retribución (salario) más precarizantes como pago por cápitas o por rendimiento, sino que es probable que los planteles se achiquen si los “pacientes” eligen al efector privado y, por lo tanto, se reduce la demanda del Hospital Público. (Godoy D., León S., Godoy H., Carta a Macri contra la Cobertura Universal de Salud CUS Diciembre 2016)

En definitiva, nos encontramos ante un escenario que favorece una aceleración del proceso iniciado en los 90 en materia de desmantelamiento de la universalidad, la gratuidad y la solidaridad y el carácter público, que hacen de nuestro Sistema de Salud, un dispositivo privilegiado en la región y en el mundo.

La resistencia popular en general, y del movimiento sanitario popular en particular, podrán sostener y resistir este nuevo embate de los sectores dominantes.