

¡¡El silencio no es salud!!

Desde la salud colectiva entendemos la salud como el resultado de interacciones complejas entre procesos biológicos, sociales, ecológicos, culturales, económicos y de género que se dan lugar en una sociedad determinada y en momento histórico específico. Prisma a través del cual analizamos las determinaciones sociales de la salud y, por consiguiente, pensamos y diseñamos un modelo del sistema de salud dentro de un proyecto de país.

Desde este punto de partida, para el análisis del sistema de salud en Argentina definimos algunas características que lo destacan: un sistema mixto, público - privado, atomizado y segmentado; con diversos actores; con una multiplicidad de prestadores y financiadores, con escasa coordinación, con fallas en la accesibilidad e incremento en la desigualdad en

los subsectores y territorios.

Sin embargo, la actual situación que tiende a profundizarse, no sucede de un día para el otro. Para el año 1954, la República Argentina se había generado una extensa red de hospitales nacionales complementada con hospitales provinciales y de las fuerzas armadas, que garantizaban el acceso a los servicios de salud de amplios sectores de la población que nunca habían obtenido este tipo de servicios. A partir del drástico cambio del régimen político, el Estado Nacional no asumió en su totalidad el rol de garante de la función salud pública, pasando a la órbita de las provincias, aumentando cada vez más la descentralización, generando mejores condiciones para la progresiva privatización del sector.

Para fines de los '60 se concreta un régimen que involucra a los sindicatos, inspirado en la



ROMINA BERAZATEGUI

*Médica de la Universidad Nacional de Córdoba;
Especialista en Clínica Médica de la Universidad
Nacional del Comahue.
Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas
de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. /
Médica de planta permanente del sistema público
de salud de Río Negro /
Delegada hospitalaria de ATE. Militante del Movimiento Evita / Integrante de la red nacional de profesionales de la salud por el derechos decidir.*

“Neoliberalismo es la idea de que el mercado de por sí generaría un tipo de acuerdo global que haría la pugna política innecesaria. Ahora, eso es evidentemente falso. Lo que se está dando es el comienzo de una puja política de tipo nuevo, por la cual distintos sectores en distintos niveles de la actuación política ponen en cuestión ese gran administrador que es el mercado. Es decir, que la teoría neoliberal está perdiendo sus fuentes de validez”

ERNESTO LACLAU

Alemania de Bismarck, financiado con quitas obligatorias al salario, 2% a cargo del empleador y 1% del empleado o 2% del que tuviera un familiar a cargo. Entre 1973 y 1976, en los gobiernos peronistas, se intenta reorganizar el campo, con centro del subsector público. Se crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuya finalidad de regente de los subsectores (seguridad social provinciales y el privado), no fue suficiente. Aun así, la iniciativa de la dedicación exclusiva para los profesionales (plus salarial para aquellos que sólo pertenecen al subsector público) logra instalarse como beneficiosa para la población de menores ingresos. El SNIS se deroga con la dictadura de 1976.

El regreso de la democracia no fue territorio fértil para recolocar la agenda de salud, debatir sobre quién decide ser el árbitro en el campo, la estrategia de APS (atención primaria de la salud) o sobre los determinantes de la salud.

Durante el *menemato*, los modelos de orga-

nización y atención en salud están signados por los paradigmas neoliberales. Se terminan de transferir los hospitales nacionales a las distintas jurisdicciones, y se fomenta el surgimiento de un nuevo subsector: los seguros privados de salud, prepagas.

Los años de gobierno kirchnerista, se fortalece la estrategia de APS, ampliando la red de Centros de Atención Primaria en casi 8000 en todo el país y aumentando un 15% la planta de trabajadores del sector público. También se promulga la ley 26.682 de Prepagas, que intenta eliminar los vacíos legales y las zonas grises del sector. No fue suficiente porque como refiere Susana Belmartino, nunca nació el árbitro en salud, como para realizar una verdadera reforma del sistema, para que sea al mismo tiempo capaz de realizar prestaciones integrales y una razonable equidad en uso de los recursos para garantizar el derecho la salud de toda la población.

En este contexto, con subsectores fuerte-

mente posicionados, con un arco de actores políticos y económicos capaces de regular el ‘mercado de la salud’: el gobierno nacional anuncia la CUS (Cobertura universal de salud), mediante un decreto de necesidad y urgencia que transfiere \$29.000 millones del Fondo de Redistribución Solidario (porcentaje que las obras sociales con mayores ingresos de sus aportantes transferían a las de menores ingresos para crear mayor equidad en este subsistema) al ex Ministerio de Salud para su implantación. Se comprometieron por el momento solo \$8.000 millones, 44 pesos por persona, que aporta el primer año la CGT y que se agregarían otros \$8.500 millones provenientes de un cobro por arreglo extrajudicial con OSDE (organización de servicios directos empresarios). Hasta la fecha, no es posible determinar cuál es el plan de gobierno concreto en el sector salud, si se entiende el proceso de mercantilización que depende simplemente de la restricción presupuestaria. La disminución constante del



presupuesto en salud (2,4% en 2015 a 1,8 en 2018), sumado a la sub-ejecución del mismo. Esto lleva como consecuencia el aumento del gasto de bolsillo por parte de la ciudadanía, la cual entiende como “razonable” un aporte, para el resto existe una cobertura básica, comenzando así una estratificación social para el acceso a la salud según capacidad de pago. Quien paga comienza a demandar un trato diferencial/preferencial, lógica ‘meritocrática’, contrapuesta al espíritu de solidaridad social o al principio de equidad que se le exige al Estado para las poblaciones más vulnerables.

Se anuncia la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que establece un Programa Médico Obligatorio que ya existía como piso prestacional, pero ahora funcionaría como techo prestacional. Quienes paguen planes más caros, accederán a más prestaciones, con ofertas escalonadas de acuerdo a cada presupuesto. En palabras del ex ministro de salud de la nación, Dr. Gollan, “la mercantilización acaba con el concepto de salud

como derecho”.

Para la población cubierta por PAMI o por las obras sociales, al disminuir sus presupuestos propios, la no regulación del precio de los medicamentos, la caída en el salario, pensiones y jubilaciones. Se suma los copagos y los coseguros en la mayoría de las prestaciones, la burocratización en la autorización de prácticas y prestaciones. Termina generando un sector de la población que en el mejor de los casos puede llegar al sector público.

En estos modelos de aseguramiento de la enfermedad, la promoción de la salud y la prevención constituyen gastos reducibles. Sumados al hecho del aumento de los índices de pobreza e indigencia de los últimos años, consecuencia de la acumulación de la riqueza, también en el conglomerado del llamado Complejo Médico Industrial, **el resultado es más enfermedad.**

EL RUIDO SI ES SALUD

El subsector público ha demostrado capacidad de respuesta eficiente en las urgencias en todo el país. Compatibiliza prestaciones curativas, con preventivas-promocionales y de rehabilitación. Es pionero en la estrategia creciente de atención primaria de salud, con alta responsabilidad territorial y tiene una estructura de contención de costos razonable. Sumado a que es el escenario de aprendizaje de todas las instituciones formadoras de profesionales de salud tanto públicos como privadas.

Existen fuertes argumentos y experiencias nacionales de universalización del sistema de salud (hasta ahora Brasil, en breve Bolivia, antiguamente Inglaterra), que colocaron en el rol protagónico al subsector público y fue centro de gravedad, punto de partida y de llegada para garantizar el derecho a toda la población de un país. ●