



Pedro Mourín

La *Privatización* de la *Salud* es un *Crimen Social*

Editado por EDICIONES PRENSA OBRERA

\$ 1 50

Enero 1995

Ediciones Prensa Obrera

INDICE

“La privatización de la salud es un crimen social”	3
Desregulación de las obras sociales, “ <i>bocato di cardenale</i> ”	4
Diferenciación	6
Monopolización	7
Deterioro de la calidad de la atención de la salud	8
La “autogestión <i>hospitalaria</i> ”, destrucción del hospital público	8
Sálvese quien pueda	9
Conclusión	10
La “oposición”	11
Propuesta	13

“La privatización de la salud es un crimen social”

Ha sido dictada una serie de leyes y decretos gubernamentales en materia de salud, que tienen un propósito común más allá de su aparente diversidad e inconexión: destruir el área pública de Salud y las Obras Sociales y cederlas al mercado capitalista que conforman las empresas privadas médico-farmacéuticas, aseguradoras y financieras. Con la eliminación del gasto y la inversión del Estado en esta área, se pueden derivar adicionalmente esos fondos presupuestarios a otros fines, como el pago de la deuda pública, externa e interna, y los subsidios al capital exportador o contratista de obras públicas.

Tanto la política de “**desregulación de las obras sociales**”, decreto 9/93 y 576/93 (que reglamenta la Ley de Obras Sociales y la de Seguro Nacional de Salud) y la rebaja patronal de los aportes sociales, como el decreto 578/93 de “**Hospitales de autogestión**”, todo apunta, básicamente, a incorporar al mercado de los prestadores privados de salud la interesante tajada de los 1.500 millones de dólares del gasto en salud pública y los 4.700 millones de recaudación de las Obras Sociales sindicales.

Esto explica el “**desembarco**” de las grandes compañías multinacionales de salud, como EXXEL Group, Principal, Cruz Blanca, y la compra de sanatorios y entidades de medicina privada por parte de esos pulpos, así como la inminente formación de las llamadas Administradoras Privadas de Salud, una réplica de las AFJP.

Lo que se presenta como un sistema de **“libertad de elección”, “competencia”** y, por ende, de mejoramiento del nivel de la prestación de salud, conduce en realidad a la monopolización, el encarecimiento y el deterioro de la salud del pueblo. Una política similar ya fue aplicada a otro rubro de la Seguridad Social, la privatización de los aportes jubilatorios, y también está en marcha en el área educativa. No es casual que los grupos que participarán en los nuevos **“negocios”** de salud privada serán, además de las actuales prepagas, los que controlan las principales AFJP (Fondos de Pensión).

Desregulación de las obras sociales, “bocato di cardenale”

La llave maestra de todo el paquete está en el decreto de **“desregulación de las obras sociales”**. Consiste en declarar la quiebra del sistema actual de obras sociales sindicales (que cubren a un 65-70% de la población), para crear otro sistema, de contratación individual de seguros de salud (tipo prepagos), a cargo de un grupo reducido de pulpos (40 o 50), que reemplazarán a las actuales 300 obras sociales y se harán cargo de la totalidad de los afiliados y sus aportes.

El corazón del decreto está en la modificación de la actual cobertura médica de las obras sociales. En lugar de la prestación médica uniforme para todos los afiliados establece **“tres tipos de atención médica. El básico (aportes mínimos), integral (aportes superiores al mínimo) y para los jubilados”** (*Río Negro*, 2/4/94). *Ambito Financiero* (2/4/94) lo confirma: **“los afiliados tendrán derecho a distintos regímenes de atención médica...”**.

Esta atención **“diferenciada”** se complementa con la autorización a las obras sociales a **“pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias”** (*Río Negro*, ídem). La actual cobertura médica se reducirá, entonces, a una prestación asistencial y el acceso del trabajador a una atención médica superior sólo será posible mediante aportes adicionales **“voluntarios”**. Surge claramente del decreto que las obras sociales deberán garantizar **“niveles mínimos de cobertura”** y que el Ministerio **“determinará el valor individual de los planes de atención médica”**.

Esta cobertura básica será realmente asistencial: según *Página 12* (17/3/94), cubrirá **“los servicios mínimos como los clínicos, operatorios comunes, materno-infantil y salud preventiva”**.

Quien desee una medicina superior deberá pagar contribuciones **“voluntarias”**.

Tenemos entonces la instauración de planes de salud individuales, al estilo de la medicina prepaga o de los seguros de salud. No por casualidad el decreto denomina a las obras sociales como **“agentes del seguro”**. Esos planes deberán ser **“comprados”** por el trabajador en base a su actual aporte sobre el salario más las contribuciones **“voluntarias”**. La llamada **“desregulación”** es entonces un claro encarecimiento de la salud.

La tesis oficial es que al desaparecer la actual cobertura uniforme, el sistema de salud se hará más **“competitivo”**, y desde ya se establece que el trabajador podrá cambiar de obra social (hasta un 20% del padrón de cada entidad, esto por ahora).

Pero un reciente estudio de la OCDE (organismo que agrupa a las naciones desarrolladas) señala precisamente que las coberturas médicas diferenciadas encarecen la atención de salud. **“La cobertura universal —dice la OCDE— fue la llave para contener los costos. Al establecer presupuestos globales, los gobiernos pueden dar el ejemplo en el control de los gastos, restringiendo los intereses de los productores, los hospitales y la industria farmacéutica. Donde los costos de la salud son liderados por la demanda e ilimitados —como en los sistemas de seguros privados— no existe esa fuerza para economizar y ser eficiente”** (*The Financial Times*, 6/3). Como, a su vez, la cobertura diferenciada brinda una atención de acuerdo a la capacidad de pago del trabajador, el padrón de salud se deteriora. **“Sin la cobertura universal, dice la OCDE, las aseguradoras seleccionan a los grupos más sanos, dejando afuera a las personas menos sanas —en general de menores ingresos— con poca o nula protección”** (ídem).

Las obras sociales se encuentran en bancarrota, pero no sólo por la gestión de la burocracia, sino porque ya son explotadas por los grandes pulpos de la salud. Según señala un documento de la UIA, **“las obras sociales poseen escasa capacidad instalada propia y contratan a través de diversas modalidades a prestadores privados (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos, etc.) para la atención de sus beneficiarios”** (*Documento de Trabajo* N° 2, pág. 44, agosto '92).

El documento de la UIA señala que a partir de 1970 **“se consolida el sector privado como prestador de servicios médi-**

cos y se refuerzan los programas de descentralización y transferencia de hospitales públicos a provincias y municipios” (ídem, pág. 24). En ese período, según la misma publicación, el gasto total en salud pasó del 7,8% del Ingreso Nacional (1970) al 9,8% (1986) y se estima ahora que ronda el 12%. Pero el 80% de este gasto va a parar al sector privado; un 50% en forma directa y otro 50% a través de las obras sociales. Aunque el hospital público absorbe el 20% del gasto de salud, el ministro Mazza reconoció que **“los hospitales públicos (tienen) el 65% de las camas disponibles en el país (y) cubren el 50% de las internaciones”** (*El Cronista*, 3/3/93).

El propósito de la desregulación es concentrar el negocio de la salud, uno, mediante la prohibición de que las obras sociales puedan contratar con los colegios médicos, y de que sólo puedan hacerlo los grandes sanatorios; dos, concentrando el número de obras sociales, que según el ministro de Trabajo deberían reducirse de las actuales 300 a no más de 50.

Diferenciación

La cobertura **“universal”** y **“solidaria”** de las obras sociales, es decir uniforme para todos los trabajadores, incluida la alta complejidad, será reemplazada, como dijimos, por niveles diferenciados de atención médica. Un nivel básico o **“cobertura básica obligatoria”** deberá ser garantizado como **“mínimo nivel de cobertura”** a cambio del aporte a la obra social.

A partir de allí se pagarán diferenciales cuando se quiera optar por mejores niveles o más complejos. **“El Ministerio de Salud y Acción Social determinará el valor (cápita) de los planes de atención médica que surjan de los niveles de cobertura”** (reglamentación art. 2 de Ley 23.661). **“...Los agentes (del Seguro de Salud) podrán pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias”** (ídem, art. 28). Una medicina de diferente calidad discriminará a los que puedan pagársela de la gran franja de los salarios mínimos o bajos.

La recaudación actual de las obras sociales da un promedio de 23 pesos por aporte. Ninguna empresa privada de medicina ofrece nada por ese precio. El trabajador deberá costear de su bolsillo el pago de diferenciales o planes más caros. Y el que no pueda irá a parar al hospital público para carenciados.

El resultado será el encarecimiento general de las prestaciones

y la estratificación de la calidad del servicio.

Dijo Víctor Alderete, de la Cámara de empresas de medicina prepaga, **“...hay que ser muy claros en este tema. Nadie puede decir que se cubre todo...; entre una obra social determinada y el prepago que contrate se deberá establecer cuál es el equilibrio económico financiero que tiene la primera para poder afrontar las coberturas. Si esto no se produce, la prepaga terminaría soportando un quebranto y nadie estaría bien atendido”** (*Consultor de Salud*, 6/93).

Monopolización

Al revés de lo que plantean los voceros oficialistas, el nuevo sistema promoverá la monopolización de los servicios de salud.

En primer lugar, al establecer la **“libre elección”** de prestadores por parte de los afiliados, que deberán decidir (hasta una vez por año) hacia dónde deben ser dirigidos sus aportes, se producirá una transferencia de afiliados hacia las entidades más fuertes o **“confiables”**. En segundo lugar, quebrarán las obras sociales cuyos afiliados son más pobres, están desocupados o cobran en negro, y las que no puedan hacer frente a las consecuencias de la rebaja de los aportes a las obras sociales, de un 30% promedio, establecido por Cavallo para bajar **“el costo laboral”**.

La reglamentación promueve la concentración al establecer que: **“La DINOS y la ANSSAL facilitarán la constitución de asociaciones de obras sociales... (por) razones de carácter territorial, operativo y financiero...”** (art. 14, Ley 23.660).

La desregulación alcanzará, en un cierto momento, al personal fuera de convenio y jerárquico. Diagnos, Medicus, Galeno, etc., quieren **“morder”** ya los suculentos aportes de los sueldos más altos. Por consiguiente desaparecerá en forma inmediata una parte de las obras sociales, que será acaparada por la medicina privada.

La monopolización **“anunciada”** dejará en pocas manos (se estima que las 300 obras sociales actuales darán lugar a la constitución de unas 50 entidades) la determinación de los precios, de los planes y de las reglamentaciones que benefician a estos pulpos. Sobre esa base, la desregulación se extenderá a todos los sistemas, permitiendo la incorporación de prepagas y de empresas de seguro o AFJP al negocio. Dice el ya citado Alderete de CIMARA: **“El sector de la medicina prepaga aboga por una profundización de la desregulación de**

las obras sociales y manifestó su confianza sobre la posibilidad de que en poco tiempo más se instale en el país un sistema de total libertad de elección” (*Consultor de Salud*, junio 93).

Deterioro de la calidad de la atención de la salud

Al cobrar por capitación (una suma fija mensual proporcional a la cantidad de afiliados) se establece, automáticamente, una tendencia a la infraprestación. Esto significa que cuanto más barata sea la atención que se brinda, mayor será el beneficio de las empresas prestadoras. Las “nuevas” obras sociales, o como se llamen los pulpos que se formen, darán una prestación básica lo más económica posible, es decir mínima en cantidad y calidad. Todo lo que exceda dicho básico en materia de mayor tiempo de tratamientos o mayor complejidad, tendrá que ser pagado del bolsillo del afiliado en forma de adicionales, coseguros o planes más caros. **“Las obras sociales podrán recibir aportes y contribuciones voluntarias adicionales”** (art. 16, ley 23.660).

Los que no puedan pagar los adicionales quedarán excluidos, se conformarán con una cobertura de pésima calidad e insuficiente o se sumarán a la demanda en aumento por el hospital público, que tendrá que recibir no sólo a los que no tienen ninguna cobertura, sino a la mayoría de los emigrados de las obras sociales más pobres o sin medios para pagar los adicionales. Una vez más, citaremos al titular de las entidades de medicina prepaga, quien opina al respecto: **“El hospital público debe ser reformado para que el carenciado esté bien atendido y quien no es carenciado tenga que pagar su prestación...”** (*Clarín*, V. Alderete, 30/12/93).

Además, las aseguradoras privadas, que dominarán el mercado, seleccionarán las poblaciones que atiendan, encareciendo la atención de los sectores de mayor riesgo, que coinciden, en general, con los de menores ingresos (carenciados, viejos, etc.).

La “autogestión hospitalaria”, destrucción del hospital público

El decreto del Poder Ejecutivo 578/93 crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión. La esencia de la disposición

consiste en que los hospitales públicos se conviertan en **“organismos descentralizados”** mediante la autorización a **“cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores** (obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral o similares)”. Y a realizar convenios con entidades de la Seguridad Social (Obras Sociales) e integrar **“redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados”**.

Para acceder al sistema habrá que **“cumplir con los requisitos básicos que establezca el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”**, disponer de un área de Servicio Social que establezca la situación socioeconómica de la población que requiera servicios y contar con un proceso técnico-administrativo de gestión ágil y eficiente.

Como se ve, el meollo de esta política reside en el **“autofinanciamiento”** del hospital público, lo cual facilitará la derivación de los actuales recursos estatales de Salud a otros fines (deuda pública).

Para esto, los hospitales nacionales fueron transferidos a las municipalidades sin los recursos presupuestarios correspondientes. La concesión de servicios a contratistas, mantenimiento, cocina, limpieza, está en marcha hace tiempo y el arancelamiento de los servicios está totalmente generalizado.

Sálvese quien pueda

La consecuencia de esta política será, inevitablemente, la diferenciación de niveles de atención dentro del hospital entre pacientes que paguen o tengan coberturas (obra social, prepagas, etc.) y los que no la tengan o sean carenciados. Diferencia que ya existe en muchos hospitales, o servicios de ellos, en los que el paciente que paga, por ejemplo la anestesia o la ropa de quirófano, se opera antes que el que no puede hacerlo.

Entre los distintos establecimientos y servicios públicos, sí se desarrollará una competencia para ver quién **“se salva”** mediante la venta de prestaciones, asociación con privadas, fundaciones y otros. Ahí está el ejemplo de un sector del hospital Rivadavia, que se convirtió, desde hace años, en una prepaga privada para ejecutivos de empresas. O la concesión de pabellones del Hospital Durand a la Universidad privada Maimónides.

El hospital **“empresarial”** pasará a girar alrededor de crite-

rios de **“costo-beneficio”** para llegar a ser prestador del sistema de las obras sociales **“desreguladas”**. La competitividad se aplicará sobre los trabajadores de la salud que brindan el servicio y sobre los trabajadores usuarios. **“El fondo para distribución mensual entre todo el personal... (se hará) en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento”** (art. 11, inciso c del decreto).

Los criterios de competitividad y de beneficio son incompatibles con los criterios de salud. Si deja de ser gratuito e igualitario, es decir, deja de proveer un servicio **“universal”** para la Salud Pública, del hospital público no queda nada.

El pronóstico es que el hospital público quedará arrasado por esta política general de privatización de la salud. El golpe a la Salud Pública, a la investigación y a la docencia en salud, ya muy deterioradas, será enorme.

Ha trascendido que algunas prepagas han echado el ojo a ciertos hospitales para abastecerse de **“hotelería”** (camas, consultorios, quirófanos) a precios de remate. **“Supongamos que el Fernández (hospital) nos alquile una sala. El hospital se nutrirá de nuestros fondos y nosotros podemos reducir costos y dar asistencia a planes mucho más masivos”** (Claudio Biquard, ejecutivo de la prepaga TIM, en *Clarín*, 10/7/93).

Conclusión

La política menemista en materia de salud pretende, en sus líneas principales, dar un golpe de gracia al sistema de salud pública (hospital público y obras sociales); se trata, en definitiva, de otra reducción del salario del trabajador, que es transferido a la masa de beneficios del capital, reemplazándolo por un mercado capitalista privado de medicina.

La tendencia privatista ha tenido como consecuencia un deterioro creciente de la salud pública. Tomando índices gruesos, se ha encarecido el gasto de salud y se ha deteriorado la situación sanitaria de la población. Baste mencionar la incidencia creciente de las endemias como el chagas. La reaparición de enfermedades **“erradicadas”** o controladas como el cólera, el sarampión y el paludismo. Los rebrotes de meningitis. El avance de enfermedades **“sociales”** como la tuberculosis o las diarreas infantiles. Las miles de muertes infantiles por enfermedades controlables por métodos comunes. El fracaso de medi-

das de prevención como la vacunación (sarampión, meningitis). La lista es interminable.

Ahora, la liquidación de las obras sociales y el hospital público colocarán en estado de marginación sanitaria a las amplias masas del pueblo.

Vale agregar que las modificaciones en danza a las leyes de medicamentos (proyectos de ley de patentes, libre comercialización, etc.) agregarán un fantástico encarecimiento de las prestaciones de salud, de las cuales la industria de medicamentos captura hasta un 40% del gasto.

La “oposición”

Los sectores que han criticado la política oficial en materia sanitaria adolecen, todos, de un error común. Tanto el documento de la Asociación de Médicos Municipales (julio '93), como el Proyecto de Ordenanza sobre el Sistema Municipal de Salud de Ernesto Jaimovich y La Porta (US) y también la Propuesta Programática de Salud del Frente Grande (agosto 93), aceptan el planteamiento básico gubernamental, en el sentido de que el hospital público no puede ser financiado con recursos estatales y que por lo tanto está planteado como legítimo su **“autofinanciamiento”**. Es decir, la facturación y arancelamiento de los servicios hospitalarios.

Por eso abandonan la reivindicación de la gratuidad de la atención hospitalaria por la de **“equidad”**, es decir que cada uno paga según su cobertura o posibilidad. **“Tender a la superación de los desequilibrios sociales, mediante el logro de acceso universal y la equidad en la atención de salud...”** (proyecto Jaimovich). **“Debe asegurarse una atención integral, universal y equitativa...”** (Frente Grande). **“Los hospitales de autogestión..., deben garantizar el acceso universal, la equidad, la igualdad en las prestaciones...”** (Asociación Médica Municipal). **“Equidad”** en la **“atención”** de la salud (quien más paga es mejor atendido), no en su mantenimiento (quien más tiene más paga), es discriminación.

El abandono de la gratuidad de la atención pública va estrechamente unido a los **“métodos de financiamiento”** y a la **“descentralización”**. Las tres organizaciones que analizamos coinciden con la **“descentralización”** y **“autogestión”** del hospital público. Y también los tres ven bien algún tipo de asociación con el ámbito privado o con las obras sociales.

“...La norma (decreto de “autogestión”) faculta al Hospital de autogestión como organismo descentralizado para efectuar convenios con Entidades de la Seguridad Social, prerrogativa propiciada desde hace muchos años por nuestra entidad (dice la Asociación Médica Municipal)”. “...La integración con Redes de Servicios Privados... abre grandes interrogantes” (ídem).

El proyecto Jaimovich-La Porta, por su lado, define los recursos de cada establecimiento integrados con: **“a) créditos provenientes del presupuesto municipal; b) aportes originados en la atención de pacientes provenientes de convenios con otras jurisdicciones o instituciones; c) el cobro realizado por el hospital de las prestaciones realizadas a pacientes con cobertura de obras sociales, mutuales, prepagas, etc.”.** Y luego, **“los servicios descentralizados del Sistema Municipal de Salud continuarán recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la Ordenanza Presupuestaria...”.**

El Frente Grande propone **“...un sistema coordinado de salud, en el que el Estado intervenga como regulador entre los tres subsectores: público, privado y de seguridad social...”** (ídem). Y más adelante: **“...la democratización y descentralización del poder central a niveles locales y no como un proceso de traslado de la responsabilidad del financiamiento del gasto a los hospitales y a la población”** (Propuesta Frente Grande).

Todos estos planteos de autogestión y subcontratación de los servicios hospitalarios, sin interrupción del financiamiento estatal, son, en el mejor de los casos, ingenuos y utópicos. Ya que la esencia del proyecto menemista de **“autogestión”** (decreto 578/93) reside en suprimir el financiamiento estatal, hacer al hospital **“competitivo”** y vender sus servicios en el sistema **“desregulado”** de salud. Opina el presidente de FEMECA, Aldo Giusti: **“...en el espíritu de la ley (de “autogestión”) está que se le asegure al hospital el presupuesto que tiene previsto para el año, pero nadie está convencido de que si el hospital genera recursos, esos recursos no sean descontados del presupuesto que el Estado otorga”** (*Salud para todos*, N° 19, setiembre '94).

Si se tiene que cobrar a los pacientes de obras sociales que se están atendiendo actualmente es una discusión distraccionista. El hecho de que estos pacientes se atiendan en el hospital público es una anomalía, producto del vaciamiento de las obras sociales exprimidas

por los pulpos privados de salud. Se lo utiliza como **“gancho”** para introducir la concepción del hospital como vendedor de su producción en el **“mercado”** de medicina (establecer convenios con obras sociales, mutuales y prepagas).

Una **“autogestión democrática”** es inviable bajo este régimen político. Lo más reaccionario de este planteamiento es difundir, especialmente entre los trabajadores de la salud, la idea, que se pretende **“realista”**, de que es mejor un servicio arancelado o prestador para terceros que un no-servicio. Idea que siembra el oficialismo y sus voceros en el terreno abonado por años de destrucción sistemática del hospital público.

La aceptación de la **“autogestión”** (autofinanciamiento), oculta que el desfinanciamiento de los hospitales no es inevitable sino el producto de la dilapidación de recursos en otros fines. Como los contratos leoninos de concesión de servicios a las privadas en la Municipalidad de Buenos Aires. Una sangría de recursos que debe cortarse, expropiando incluso a los contratistas que robaron millones y entonces aparecerá la plata para la salud.

El autofinanciamiento significa la quiebra del sistema público de salud como tal. Introduce el criterio capitalista y explotador del beneficio por encima del criterio de salud pública y **“estratifica”** la atención según el **“poder de compra”** del beneficiario.

Propuesta

Es necesario oponer a la política del capital una política opuesta de clase. Esta es la única perspectiva realista de lucha. Hoy, más que nunca, está vigente la consigna de la socialización de la medicina bajo control y dirección obreras.

- Por un plan único gratuito de salud, financiado con aportes exclusivamente patronales.
- Por la derogación de toda la legislación que ataca a las obras sociales y al hospital público. Ninguna privatización.
- Por la expropiación sin pago de todos los recursos de salud en manos de pulpos privados, sanatoriales y farmacéuticos, al servicio de la salud pública.
- Por el control de los recursos, planificación y acciones de salud por parte de los trabajadores de la salud y los trabajadores beneficiarios de la salud pública.