

Proyecto de Ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación reunidos en Congreso

Sancionan con fuerza de Ley

CENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 1°: Establécese la Centralización del Sistema de Salud en todo el territorio nacional, unificando los tres subsectores existentes (público, privado y de obras sociales) bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, mientras dure la “Emergencia Sanitaria” a fin de permitir la planificación de la asistencia ante la pandemia provocada por el virus COVID-19. A dichos efectos se declaran de utilidad pública los recursos disponibles de todo el sistema de salud. La centralización dispuesta deberá realizarse bajo un mecanismo de control y seguimiento por parte de los trabajadores del sector de la salud, junto con especialistas de las universidades públicas y la comunidad.

Artículo 2°: La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso, la equidad y la calidad en la atención integral de la salud, frente a la propagación del virus COVID-19, a todos los habitantes de la Argentina, y a quienes lo soliciten, mediante el ordenamiento de todos los recursos disponibles, tanto públicos como privados y de gestión de obras sociales, en materia de prestaciones, aparatología, infraestructura e insumos sanitarios.

Artículo 3°: El Estado nacional contará con un registro único actualizado de manera permanente de toda las camas de internación, aislamiento y de terapia intensiva disponibles, públicas, privadas y de obras sociales, y podrá disponer de todas ellas, a los fines de derivar a todos y todas los y las pacientes que requieran asistencia, internación o cuidados intensivos, según la gravedad del caso, y no encuentren disponibilidad en el centro de atención al que hayan concurrido, cuenten o no con cobertura por obra social, seguro médico o empresa de medicina prepaga.

Artículo 4°: Los recursos disponibles, a los fines de la presente ley, comprenden el conjunto de efectores de salud: hospitales, clínicas, sanatorios y laboratorios, públicos, privados y de las obras

sociales, en todos sus niveles. Asimismo, se incluyen los establecimientos y la industria que produce e investiga el desarrollo de insumos, aparatología, medicamentos y elementos sanitarios, necesarios para atender la pandemia del virus COVID-19.

Artículo 5°: Métodos de diagnóstico. Declárase la centralización de los laboratorios bioquímicos de gestión privada con capacidad (aparatología, reactivos, insumos, profesionales y técnicos idóneos) para la realización de los test de detección del virus. Estas prácticas tendrán cobertura por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, y serán sin costo para quienes no tengan cobertura, debiendo el Estado en estos casos, proveer los insumos y reactivos.

Artículo 6°: Establécese la reconversión de la producción industrial, de manera de garantizar la elaboración de camas hospitalarias, respiradores, elementos que conforman los Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal de salud, como barbijos de uso médico, guantes, camisolines, botas quirúrgicas, antiparras, máscaras y todo otro insumo necesario para abastecer los servicios de salud para la atención de pacientes con el virus COVID-19. También para como la producción de alcohol en gel, jabones sanitizantes y mascarillas, destinados a los servicios sanitarios y para uso de la comunidad en general.

Artículo 7°: Se entiende como derecho a la asistencia el conjunto de acciones médicas y sanitarias brindadas a las personas tanto en los centros asistenciales como, de ser necesario, en los domicilios, incluyendo los servicios de traslados durante las 24 horas del día.

Artículo 8°: Garantizase el derecho a la accesibilidad, la que debe ser brindada con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentre un/a habitante en el momento de necesitar atención de su salud, impidiéndose la discriminación por razones de nacionalidad, género, sociales, culturales, lingüísticas o cualquier otra.

Artículo 9°: Establecese la obligatoriedad por parte del Estado nacional de brindar información adecuada, permanente y por medios accesibles sobre las prestaciones de salud aquí detalladas, los efectores disponibles en cada territorio y la forma de acceso a los mismos, así como de la gratuidad completa del servicio sanitario para aquellas personas que no cuenten con obra social, seguro médico o servicio de medicina prepaga, para la atención de los casos sospechosos o compatibles con síntomas del virus COVID-19.

Artículo 10°: En caso de incumplimiento de éstas obligaciones se podrá disponer la estatización del establecimiento sanitario, sin derecho a compensación económica alguna. En ningún caso los efectores privados y de obras sociales (Hospitales, Clínicas, Sanatorios y Laboratorios) cuyos recursos son alcanzados por esta Ley, y centralizados por el Estado, podrán interrumpir o disminuir la normal prestación de los servicios sanitarios, así como tampoco despedir, rebajar salarios y

compensaciones o suspender personal.

Artículo 11°: Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

Traemos a consideración de este cuerpo un proyecto de ley que postula la centralización del sistema de salud, orientado a poner todos los recursos sanitarios disponibles en todo el territorio nacional al servicio de enfrentar las consecuencias de la pandemia desatada por el virus COVID-19. Proyectos de igual tenor están siendo presentados en las legislaturas provinciales donde también tiene presencia el Frente de Izquierda y en el marco de una serie de propuestas y proyectos que venimos impulsando desde el inicio de esta crisis sanitaria.

Como sabemos, esta pandemia no ha diferenciado en su violento contagio a países centrales y ricos, como Estados Unidos, que hoy lidera el triste record de pacientes fallecidos, ni a países pobres como por ejemplo Ecuador. Los sistemas de salud de países como Italia, España, entre otros, han colapsado y desbordado la capacidad de atención, aumentando de esta manera la tasa de mortalidad del COVID-19. El proceso de desinversión en salud pública de los Estados, se paga con vidas humanas ante la incapacidad de brindar asistencia a miles de contagiados por el virus.

El neoliberalismo impuso en las últimas décadas su impronta en el terreno de la salud, viéndola como un negocio, y no como un derecho. Así es como aumentó la desinversión, y se transformó al sector salud en un nicho de acumulación capitalista, dónde la búsqueda de ganancias fue en detrimento del acceso público, gratuito, igualitario y de calidad del conjunto de la población.

La medida de centralización del sistema de salud que dispone esta ley, parte de definir la salud como un derecho, y no como una mercancía, y el acceso a una atención de calidad y universal como prioritario. Parte de señalar también, que la ganancia de los empresarios del sector, atenta contra la salud de la población que no puede acceder a la misma. Lo que estamos planteando en esta ley es un conjunto de medidas básicas, de emergencia, al declarar de utilidad pública todos los recursos sanitarios para afrontar esta pandemia. Si consideramos que las vidas están por delante de la ganancia capitalista, la totalidad de los recursos sanitarios disponibles en el país deben ponerse al servicio de responder a la pandemia. La centralización del sistema de salud apunta a una planificación racional en la utilización de los recursos, en favor de la mayoría del pueblo.

Sabido es que nuestro sistema de salud se caracteriza por su enorme fragmentación. Compuesto por tres subsectores: el público, el de las obras sociales (OS), y el de los seguros privados (empresas de medicina prepaga), con un sector privado de establecimientos (clínicas, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, profesionales). Hoy las altas tasas de desocupación, el trabajo precarizado o no registrado, aumentan la demanda sobre los Hospitales públicos, que además también asisten a

trabajadores que aun teniendo obras sociales no pueden pagar los diferenciados médicos, o copagos de sus mutuales.

Por poner como ejemplo a la Provincia de Buenos Aires podemos señalar que diferentes informes dan cuenta que la totalidad de camas disponibles (del sector público y privado) en el distrito más poblado del país es de 61.950, con un total de 2.190 establecimientos con capacidad de internación. Sin embargo, solo 436 (el 19,9%) de esos establecimientos corresponden al sistema estatal que, como dijimos, concentra la mayor población asistida (un 40 % del total). Es fácil entender entonces por qué las camas de los establecimientos públicos tienen una alta tasa de ocupación, con personas debiendo en épocas normales esperar meses por turnos de cirugías o intervenciones programadas.

Entendemos que para enfrentar la propagación de la pandemia el sistema debe ser unificado, con centralización estatal de todas las camas disponibles, para que el acceso sea verdaderamente universal. Pero aun así es insuficiente si el panorama escala a los niveles vistos hoy en países como Italia o España. Por eso todo centro con capacidad de internación debe ser acondicionado y equipado para reforzar las salas de aislamiento de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

Como dijimos, en la Argentina la llegada del Coronavirus deberá soportarse sobre las espaldas de un sistema fragmentado, desfinanciado y con una altísima demanda de ocupación camas disponibles.

El desguace comenzó al calor de los planes del FMI y el Banco Mundial en la década del '90. Durante el gobierno de Menem (1993) y como parte del avance neoliberal, el Banco Mundial (BM), con su programa "Invertir en Salud", desembarcó fuertemente en salud, impulsando su mercantilización. Fue el momento donde se impuso la descentralización hospitalaria, en el marco de la "Reforma del Estado", transfiriendo a las Provincias y Municipios el peso de la administración y financiamiento de los Hospitales. El Estado central solo debía recaudar para pagar la deuda. En sus pocos meses de duración, el gobierno de De la Rúa hizo un golpe fenomenal a la salud pública, en el marco del "déficit cero" que le imponía el FMI. Esa cuasi desaparición de la salud pública nacional, se mantuvo durante los sucesivos gobiernos kirchneristas, que, además, no hicieron ninguna inversión cualitativa para la salud pública, mientras que la medicina privada y los laboratorios fueron parte de los grupos capitalistas que la "hicieron en pala" durante esos años.

Desde 2014 hasta hoy, los lineamientos del Banco Mundial para la Salud en América Latina llevan el nombre de Cobertura Universal de Salud (CUS).

El porcentaje destinado a salud de los presupuestos nacionales tuvo una drástica caída de entre el 23 y el 25% durante los cuatro años del gobierno de Cambiemos, un porcentaje similar a la suba de los fondos destinados a pagarle los intereses a los usureros de la deuda. A tal punto fue el menosprecio del macrismo a la salud del pueblo, que eliminó el Ministerio de Salud de la Nación pasándolo al

rango de Secretaría. El actual Gobierno decidió en diciembre no tratar el presupuesto hasta tanto no terminaran de negociar los términos de un salvataje a los acreedores de la deuda, es decir mantener las magras partidas para salud.

Según datos de los últimos años, en la Argentina se invierte en salud alrededor del 10% del PBI. Sin embargo, sólo el 2,19% se destina a la salud pública. Es decir que, apenas el 20% del total del gasto en salud es invertido por el Estado para cubrir la atención del 40% de la población, que depende únicamente del Hospital público, por falta de cualquier otra cobertura social (en provincias como Santiago del Estero, Formosa o Chaco el 58% de la población se atiende en el sistema público).

Al calor de este vaciamiento, se fueron fortaleciendo enormes empresas de salud privada, prepagas, clínicas y sanatorios privados, servicios de emergencia, empresas que han tenido en las dos últimas décadas ganancias espectaculares. Los laboratorios medicinales están monopolizados por tres o cuatro grandes empresas que figuran en el rubro de quienes más ganancias han tenido en los últimos años.

Antes de la aparición de este nuevo coronavirus, la Argentina enfrentaba un enorme crecimiento de casos de dengue y de sarampión, dos enfermedades que prácticamente estaban desaparecidas de la Argentina hace unas décadas, con magros presupuestos para hacer campañas de prevención y vacunación.

A este panorama se suma la falta de recursos humanos. Los magros salarios y el deterioro en las condiciones laborales han generado una permanente migración de recurso humano joven y calificado (residentes, becarios e incluso personal estable) del sector público al privado. Guardias sin cubrir, servicios enteros que han cerrado, centros de salud y hospitales sostenidos por personal precario, residentes, becarios y con sobrecarga laboral. Se han privatizado servicios hospitalarios como cocina, limpieza y áreas de mantenimiento. Una radiografía que cualquiera que transite un hospital puede ver en vivo.

Hubo además durante estos años una progresiva transferencia de fondos al sector privado. La periódica falta de aparatología ha generado que muy frecuentemente estudios o tratamientos “muy rentables” y de alta complejidad, como estudios hemodinámicos, colocación de Stent, tomografías computadas, resonancias magnéticas, radioterapias, entre otros, se realicen en instituciones privadas, con financiamiento estatal.

El gobierno nacional decretó el aislamiento social obligatorio como estrategia principal para contener la propagación. Sin embargo, los ejemplos que han tenido éxito en esta tarea muestran que el aislamiento masivo, desligado de la realización de testeos masivos para la detección temprana del virus, es un confinamiento extremo de la población que no lleva a los resultados esperados y por el

contrario refuerza el poder punitivo y coercitivo del Estado, al tiempo que condena a la pobreza a enormes sectores de los trabajadores no registrados, que viven del trabajo del día a día y la cuarentena los ha empobrecido aún más. Por el contrario, el desarrollo de testeos masivos, que puedan identificar casos, zonas más afectadas y la evolución y progresión del contagio, provee de elementos vitales para definir las políticas sanitarias (aislamientos, seguimientos de casos, disposición camas y centros de cuidados, etc.).

Pero el testeo masivo debe ser parte de un plan sanitario integral, que comience por centralizar bajo la órbita del Estado todos los laboratorios disponibles para la realización del test, con el control de los trabajadores y técnicos y el presupuesto necesario para su funcionamiento. De allí las disposiciones establecidas en ese proyecto de ley.

La salud es un derecho humano básico y no puede tratarse como una mercancía, limitando el acceso en función de la capacidad de pago. La actual pandemia por COVID-19 pone sobre la mesa más que nunca la necesidad de centralizar todos los recursos disponibles bajo la órbita del Estado, con control de trabajadores y la comunidad, para garantizar un acceso a la asistencia sanitaria por coronavirus realmente universal, que garantice el acceso en forma igualitaria a toda la población, sin barreras sociales ni económicas, y de forma universal y gratuita, basado en la prevención, la promoción y la atención primaria de la salud.

Este proyecto de emergencia postula las que consideramos deben ser las disposiciones elementales en pos de lograr ese objetivo, razón por la cual solicitamos el tratamiento de esta iniciativa.