



LA SALUD EN PRIMER PLANO

El Sistema de Salud argentino más acá y más allá de la pandemia

Informe / abril 2020

Índice

Introducción	3
La salud en la lupa ¿Llegó la hora de discutir el sistema sanitario?	4
Rocío Rivero y Julián Pavese	
Covid-19: crisis sistémica y oportunidad para construir un sistema de Salud Colectiva, Pública, Universal e Integral	11
Viviana Garcia	
“La pandemia vino a poner el cuidado colectivo por sobre el cuidado individual”	17
Entrevista a Mariano Salerno	
“El Gobierno de la Ciudad no ha desarrollado una política pública específica para contener la pandemia”	23
Entrevista a Paloma Franco	
“Hay que fortalecer el Primer Nivel de Atención y la atención domiciliaria”	26
Entrevista a Cecilia Astegiano	

Introducción

La pandemia del coronavirus (Covid-19) colocó en primer plano el debate sobre la salud y, más específicamente, puso en evidencia el papel estratégico de los distintos niveles del Sistema Público de Salud. La pandemia y las medidas de emergencia están en pleno curso y tendrán efectos duraderos a nivel económico, social y sanitario, cuya dimensión todavía es difícil de prever.

En ese marco, desde la Oficina Buenos Aires del Instituto Tricontinental de Investigación Social ponemos en circulación este material, con el objetivo de contribuir en la caracterización del sistema de Salud en Argentina, describir –a partir de la voz de lxs trabajadorxs del sector– los aspectos más salientes del escenario generado con la expansión de la pandemia y la adopción de las medidas de emergencia, y dejar planteados una serie de ejes sobre los cuales puede delinear el necesario debate respecto de las transformaciones estructurales pendientes en nuestro país en materia de salud.

Agradecemos la colaboración de los y las profesionales, que en medio de las urgencias del trabajo diario en diversas instituciones del Sistema Público de Salud, se dieron un momento para la reflexión y la puesta en común de sus valoraciones y vivencias.

La salud en la lupa ¿Llegó la hora de discutir el sistema sanitario?

Rocío Rivero¹ / Julián Pavese²

El coronavirus ha logrado algo impensado. La salud ha pasado a ser un tema dominante de la agenda política, no sólo a nivel nacional sino en todo el mundo. De pronto, en pocos días, incorporamos nociones de la epidemiología y hablamos de tasas de mortalidad, de vacunas, de prevención, de la falta de insumos y de la falta de camas.

La salud está en boca de todos, pero no hay un acuerdo acerca de qué es lo que se quiere decir con esa palabra. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se trata del “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo de la ausencia de enfermedad”. Algo utópico e inalcanzable, pero que, al menos, incorpora la dimensión social como una dimensión constitutiva. Si nos dejamos guiar por los medios de comunicación que no dejan de bombardearnos con cifras de infectados, muertos y recuperados, infractores de cuarentena y la cantidad de segundos que debe durar el lavado de manos, nos encontramos con miradas contrapuestas: la salud es evitar contagios y muertes aunque se sacrifique la economía, o la salud es volver a trabajar para que la economía no siga cayendo, aunque esto signifique más contagios y muertes.

Para quienes pensamos en esto hace más tiempo que la pandemia, el concepto de salud que nos dejó Floreal Ferrara es el más adecuado y el que más sirve para este momento, porque hace referencia a la necesidad de buscar formas de abordar el conflicto: la salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad.

Quedarse de brazos cruzados es lo que no vale. Pero hay que evitar caer en simplismos. Aprovechemos ahora que todos estamos mirando el árbol y pongamos sobre la mesa la discusión sobre el bosque. Hay un problema inmediato, una pandemia que trastoca todos los aspectos de la vida cotidiana y hay que trabajar para contenerla. También hay un conflicto que hace décadas existe y que estuvo solapado porque siempre hay otras prioridades que atender, porque con un parche por acá y otro por allá se callaban las quejas. ¿No será momento de discutir una reforma del sistema de salud?

¹ Doctora en biología Molecular y Biotecnología, Investigadora del INP ANLIS-Malbrán, Docente de la UNpaz.

² Médico. Especialista en Medicina General y Familiar. Diplomado en Economía Política de la Salud. Trabajador CeSAC 8, Hospital José M. Penna.

Un poco de historia: el sistema sanitario argentino

Los sistemas de salud en el mundo se organizan de distintas maneras pero existen dos tipos básicos. Por un lado, los llamados sistemas bismarckianos (en referencia a Otto Von Bismarck) que plantean seguros obligatorios como única vía para acceder al sistema de atención que se financian a través de aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores, también obligatorios. En general hay multiplicidad de prestadores de servicios de salud, independientes unos de otros. El ejemplo de referencia de este sistema es el alemán.

Por otro lado, los sistemas beveridgianos (en alusión al político inglés, William Beveridge) plantean un sistema nacional de salud de cobertura universal para toda la población, financiado a través de impuestos y con prestadores que en su gran mayoría (o en su totalidad) son estatales. Ejemplo de este modelo es el Sistema Nacional de Salud británico instaurado luego de la Segunda Guerra Mundial y que hasta el día de hoy, a pesar de las políticas de ajuste aplicadas en Gran Bretaña, sigue en pie con altísima aceptación.

Más allá de estos dos modelos tan marcados hay muchos países que toman elementos de ambos para organizar sus sistemas. Nuestro país es un ejemplo de eso. En Argentina la atención de la salud ha tenido distintas maneras de organizarse, desde las sociedades de beneficencia hasta las mutuales que originalmente nuclearon a las personas según su origen y luego por rama de actividad. A principios del siglo XX estas organizaciones junto con los médicos privados y los hospitales públicos de algunas jurisdicciones eran los encargados de brindar los servicios de salud. Pero es recién a partir de la década de 1940 que podemos hablar de un sistema de salud organizado. En 1946, durante la primera presidencia de Perón, se crea la Secretaría de Salud Pública con jerarquía ministerial, con el Médico Ramón Carrillo a cargo. Aquí se consolida la idea de salud como derecho, amparado en la Constitución Nacional de 1949, y el rol central del Estado como garante. Durante los seis años que Carrillo estuvo en su cargo, se duplicó la cantidad de camas hospitalarias en el país, se desarrollaron los servicios ambulatorios y de investigación. Tal es así que cuando se da el Golpe de 1955 la estructura hospitalaria del país era predominantemente pública.

Carrillo proponía un sistema de salud con ministerios provinciales, la coordinación de establecimientos por área geográfica y según nivel de complejidad, pero con dependencia técnico administrativa del órgano nacional. A su vez, en su período al frente de la Secretaría (luego Ministerio) de Salud Pública, esta tenía funciones de asistencia social.

El proyecto de Carrillo no estuvo exento de disputas y conflictos. De hecho tuvo que ceder las funciones de asistencia social y perdió espacios ante nuevas Direcciones Generales que brindaban atención médica a distintos grupos de trabajadores (el personal ferroviario, por ejemplo). Durante ese tiempo el Estado aportó fondos que sirvieron para la construcción de sanatorios y hospitales por rama laboral dando fuerza a la fragmentación del sistema que Carrillo pretendía combatir. Es importante destacar que el manejo de esos fondos no es administrado por un ente centralizado sino que está a cargo de los sindicatos por rama, generando aún mayor la fragmentación.

Mientras el subsistema público perdía fuerza, las obras sociales crecieron en poder. Entre la década de 1940 y 1970 hubo un claro crecimiento de ese subsector en cantidad de sanatorios (Ferroviarios, Bancarios, Gráficos, etc), muchos de los cuales siguen en pie al día

de hoy . Así el subsistema de “seguridad social” se consolidó como uno de los subsistemas más poderosos.

Una vez derrocado Perón, con la autoproclamada Revolución Libertadora se inicia el proceso de descentralización de los sistemas de salud nacionales a las provincias. Y desde entonces, en un movimiento de ida y vuelta, se dio el intento de descentralizar el sistema de salud público hacia los municipios alegando afianzar el federalismo.

En 1970 se sancionó la ley 18610 según la cual los aportes a las obras sociales por parte de lxs trabajadorxs en relación de dependencia se torna obligatoria. A partir de ese momento las obras sociales cubrirán la atención de salud de lxs trabajadorxs y sus grupos familiares. La regulación estatal queda a cargo del flamante INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales).

El aumento de la población a cargo de la seguridad social superó fácilmente su capacidad instalada y proliferaron los actores privados con quienes se realizan contratos por prestación, dando lugar al fortalecimiento de un tercer subsector, el de la medicina privada que tendrá su gran crecimiento durante el neoliberalismo. En efecto, la Ley 18610 no sólo generalizó un sistema de obras sociales connotado por la fragmentación y heterogeneidad de organizaciones con muy diferente capacidad de cobertura del riesgo de enfermedad, también consolidó un déficit de autoridad resultante del desinterés o la impotencia del Estado para regular sus vínculos con profesionales y sanatorios.

La fragmentación y heterogeneidad se manifiesta en el sistema en general por la existencia de tres subsistemas no articulados y sin rectoría única, situación que se repite hacia adentro de cada subsistema.

Entre 1970 y 1985 se sucedieron intentos de resolver los crecientes problemas del sistema. En 1973 el Secretario de Salud, Domingo Liotta, propuso la integración de los servicios con el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Con resistencia de la CGT y del Ministro de Bienestar Social, José López Rega, se aprobó con modificaciones en 1974. Pocas provincias adhirieron, y la norma quedó en el olvido. En 1978, la dictadura sancionó una ley que le quitaba a los sindicatos el control de las obras sociales pero nunca llegaría a ser aplicada.

En 1985, ya en democracia y en medio de la crisis económica, el ministro Aldo Neri preocupado por las prácticas de sobrefacturación de los efectores privados y del constante aumento en el gasto por las nuevas tecnologías y medicamentos, dispuso regulaciones en los precios y realizaría cambios en el nomenclador de prestaciones para desincentivar el uso sin control de las tecnologías más caras. Hasta ese entonces y durante toda la década de 1980, la salud del país se caracterizó por lo que se conoce como demanda inducida por la oferta, que implica un aumento exorbitante de especialidades y especialistas, camas sanatoriales y tecnología compleja estimulado por el aumento de una demanda no siempre vinculada con las necesidades reales de lxs pacientes, rasgo que persiste hasta hoy.

Durante la década de 1990, con un gobierno decidido a aplicar las políticas neoliberales, nuevas reformas tuvieron lugar en nombre de la eficiencia. En 1993 se firmó el decreto

que habilita la libre elección de obra social. El aporte, inicialmente solidario para sostener un subsistema, se convierte en un aporte personal de cada trabajador que puede ser direccionado según criterios personales. A partir de este decreto comenzó el período conocido como de descreme: los aportantes de mayores salarios migraron hacia las obras sociales con mejores servicios (o más renombre) generando un gran desbalance a pesar de los mecanismos de mitigación de asimetrías que se instalaron.

Por otro lado, las empresas de medicina prepaga (uno de los grandes objetivos del capital financiero internacional) que quedaban sin la posibilidad de competir por estos aportes, encontraron el truco perfecto: realizar acuerdos con obras sociales pequeñas para que reciban los aportes “desregulados” de quienes tienen mayores salarios y tomarlos como parte de pago de la cuota de sus planes privados. En el año 1995 se redacta el Programa Médico Obligatorio (PMO), que determina qué prestaciones se deben cubrir pero no hace mención a la importancia de realizar análisis del costo beneficio de las prácticas, ni de la importancia de fortalecer el primer nivel de atención, quedando a cargo del control la Superintendencia de Servicios de Salud. Siguiendo los lineamientos dominantes en la época, se establece la libertad de contratación de servicios, sin sujeción a nomencladores o tarifas prefijadas, en busca de aumentar la competencia entre los oferentes de servicios. En el sector público se establecieron los hospitales de autogestión y se procedió al cobro de las prestaciones a beneficiarios del subsistema de la seguridad social, con el objetivo de caminar hacia el autofinanciamiento disminuyendo las partidas públicas. Por último, se retomó con fuerza el movimiento iniciado en los 50, continuado en los 70, de descentralización de los hospitales a jurisdicciones provinciales. En algunos casos, hubo además transferencias a los municipios. El presupuesto saldría de los mayores fondos que recibirían las provincias por el esquema de coparticipación. Nada de esto, por supuesto, tuvo efectos positivos sobre la salud de la población.

La actualidad del sistema sanitario

Después de la década del '90 no ha habido grandes reformas en el sistema de salud. El PMO ha incorporado prácticas y varias leyes han complementado las normativas. El subsistema público sigue perdiendo presupuesto año tras año. La mayoría de las obras sociales reciben menos aportes que el costo estimado del PMO, las empresas de medicina prepaga siguen creciendo, comprando y edificando nuevas clínicas para la atención de las personas con más recursos. Los precios de insumos médicos y medicamentos aumentan por encima de la inflación, los precios de las prestaciones no se regulan. La fragmentación y heterogeneidad se manifiesta en el sistema en general por la existencia de tres subsistemas no articulados y sin rectoría única, situación que se repite hacia adentro de cada subsistema. El Ministerio de Salud de la Nación puede dictar normativas, puede dar recomendaciones pero su poder de regulación alcanza sólo a los hospitales nacionales.

Para mostrar una pequeña radiografía de algunos aspectos del sistema en la actualidad, compartiremos algunos números. Según datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de 2018, realizado por la entonces Secretaría de Salud de la Nación, un 36% de la población sólo tiene cobertura del subsistema público, el 57% por el subsistema de seguridad social y un 5% posee un plan de medicina prepaga por pago directo de bolsillo (el 2% restante se considera dentro de programas especiales del Estado). Existe un porcentaje

que migra de la seguridad social al sistema privado a través del mecanismo antes descrito (aproximadamente 11% del total de la población).

En cuanto a los establecimientos de salud, según un estudio de 2019 realizado por la Universidad de Tres de Febrero, el sistema público posee aproximadamente 77.000 camas de internación mientras que el sector privado cuenta con 8.040 clínicas que cuentan con poco más de 70.000 camas entre internación y observación. Es evidente que la capacidad instalada, en lo que a camas se refiere, es similar entre el sistema público y el privado, teniendo en cuenta en este último caso se incluye los servicios brindados a quienes poseen obra social y a quienes pagan de bolsillo un plan prepago.

Pero lo cierto es que dado que el subsistema público ofrece atención a toda persona que requiere atención. Muchas de las personas que deberían ser cubiertas por la seguridad social se atienden en hospitales y centros de salud del Estado. Este fenómeno responde a varias razones: por un lado, de las cerca de 300 obras sociales nacionales, más de la mitad recibe aportes inferiores a los necesarios para cubrir el PMO, con lo cual, aún queriendo funcionar bien no podrían hacerlo y esos beneficiarios terminan atendiéndose en el sector público; por otra parte, dentro del sistema de seguridad social se encuentran los beneficiarios de PAMI que tiene aproximadamente 5 millones de afiliados, muchos de los cuales tienen de cabecera hospitales públicos.

Para sumar al análisis, los trabajadores monotributistas, cada vez más en la Argentina, figuran en el padrón de obras sociales aunque, por su bajo aporte, casi nunca logran efectivamente atenderse a través de las obras sociales (salvo quienes optan por planes superadores, pagando de su bolsillo la diferencia).

Además de estos elementos que tienen que ver estrictamente con la atención de la enfermedad, es importante destacar que los efectores del sector público no sólo tienen funciones de atención (como los privados) sino que también llevan adelante las tareas de prevención y promoción de la salud, con el cien por ciento de la población como destinataria sin importar su afiliación.

¿Podemos cambiar el sistema?

Tener nuevamente un Ministerio de Salud nos permitió enfrentar la pandemia con otras herramientas. Apenas asumió Ginés González García declaró la emergencia sanitaria, lo que implica la posibilidad de reasignar recursos y hacer compras evitando parte de la burocracia inherente a la Administración Pública. También permitió congelar los precios de algunos medicamentos y liberar importaciones de insumos (como las vacunas retenidas en la Aduana por cuestiones impositivas). Es así que enfrentamos la pandemia, con una cartera nacional teniendo supremacía por sobre las provincias para el diagnóstico, denuncia y control de los infectados con SARS-CoV-2. Sin embargo la mirada positiva sobre esta gestión pareciera que pende de un hilo, algunas veces más sólido que otras.

Hace unas semanas se esbozó la idea de hacer un comando central a cargo del Ministerio de Salud de la Nación que se encargaría de coordinar el uso de camas de terapia intensiva en todo el país, lo que, desde luego, incluía a las camas del sistema privado. En pocas horas las cámaras que nuclean a ese sector instalaron la idea de una supuesta nacionalización (que, dicho sea de paso, no sería una mala idea). Muchos usuarios pagadores de planes de

medicina privada pusieron el grito en el cielo ante el “temor de caer en el hospital público” y los medios de siempre hicieron el resto del trabajo para que la propuesta quedara en la nada. No faltó un tirón de orejas al Ministro de Salud por haber hecho declaraciones inconsultas.

Ahora, supongamos que el pico de contagiados es muy alto y aumenta la demanda de camas de cuidados críticos. Si los hospitales públicos cubren su capacidad, ¿no tiene sentido usar las camas disponibles en clínicas y sanatorios? Desde Swiss Medical, una de las empresas más grandes, aclararon que estarían a disposición pero, ¿a qué precio? En un mercado no regulado si un bien escasea en contexto de alta demanda, aumenta su valor. ¿Quién decidirá a qué precio se puede ocupar esa cama? Aún sin ser tan malpensados es lícito preguntarse cómo se ordenará el flujo de pacientes críticos sin un comando central. Si los hospitales de la CABA ya no tienen respiradores disponibles, ¿cuánto se demorará en saber si en alguna clínica cercana hay alguno? ¿Cómo nos aseguramos de que no se “reserven” camas para quienes tienen los planes prepagos más altos? Si hubo personas que quisieron comprar un respirador para tener en su casa, todo es posible.

Otro ejemplo de los problemas que genera esta organización del sistema se puede ver de manera muy clara en los protocolos de actuación. Desde la cartera nacional todos los días se revisa la definición de caso y la forma de actuar cuando se recibe a un paciente con sospecha de coronavirus, pero luego cada provincia, cada municipio puede hacer lo propio. ¿De qué manera se podrían distribuir los recursos de manera eficiente si no se comparten los criterios? En las clínicas y sanatorios privados esto se profundiza. ¿Se les puede prohibir que hagan, por ejemplo, el test de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) a todos los pacientes que ingresen a la institución? Si cada clínica hiciera esto (y algunas lo hacen) no sólo tendríamos faltante de barbijos, guantes y máscaras, sino que también faltarían reactivos. Sin un órgano rector que dicte pautas claras y de cumplimiento obligatorio cada actor hace lo que mejor le parece, sin importar el efecto que pueda tener sobre el sistema en general.

El sistema de salud como está actualmente profundiza la inequidad todos los días pero, sigue funcionando con parches y con el empuje de un enorme sector de lxs trabajadorxs que hacen su labor lo mejor que pueden a pesar de las condiciones adversas. Pero la fragmentación, en el contexto de esta pandemia, nos enfrenta a problemas muy graves que hacen que la salud en Argentina esté en boca de todos. Ignacio Ramonet, en una extensa nota publicada a fines de abril³, escribe que la pandemia no es sólo una crisis sanitaria y la califica de “hecho social total” en el sentido de que convulsa el conjunto de las relaciones sociales y conmociona a la totalidad de los actores. No habrá mejor momento para discutir una reforma que se oriente a lograr un Sistema Único de Salud que priorice lo público sobre lo privado, el derecho sobre la mercancía, la vida sobre el afán de acumulación. Que no se nos pase el tren. No sea cosa que cuando se haya pasado la atención que todxs tenemos en el árbol, nos olvidemos del bosque.

³ “La pandemia y el sistema-mundo” <https://www.nodal.am/2020/04/la-pandemia-y-el-sistema-mundo-por-ignacio-ramonet/>



Fuente: Gob. de Córdoba

Covid-19: crisis sistémica y oportunidad para construir un sistema de Salud Colectiva, Pública, Universal e Integral

Viviana García⁴

Las principales características y problemáticas del Sistema de Salud

De acuerdo a la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población.

Argentina ha experimentado múltiples intentos de reformas desde 1946, cuando se crea el Ministerio de Salud con Ramón Carrillo a la cabeza y con un modelo sanitario inspirado en el Sistema Nacional de Salud Inglés. En la década del '70 con el Sistema Nacional Integrado de Salud o, el intento de un Seguro Nacional de Salud en los inicios de la democracia en los '80.

El argentino es un sistema de salud mixto y fragmentado. Compuesto por tres subsectores: el Estatal, el de Obras Sociales (un modelo “bismarkiano” de seguridad social) y el Privado. A pesar de su fragmentación llegó a dar cobertura a casi el total de la población.

Con la década neoliberal de los años '90 se incorporó la lógica privada a la esfera de lo público. Se intentó cumplir a rajatabla los planes del Banco Mundial con la conformación de Hospitales de Autogestión (desligar al Estado del financiamiento, a través de tercerizaciones, privatizaciones de servicios, autofinanciamiento y precarización de la fuerza de trabajo). Se llevó a cabo la descentralización del Sistema de Salud Nacional a provincias y municipios, pero sin los fondos de coparticipación necesarios. Lo que significó mayor ajuste, precarización y destrucción de los sistemas públicos de salud. Si ese proceso no se completó fue, en gran parte, por la acción organizada de los trabajadorxs.

Durante el Kirchnerismo, las distintas medidas de inclusión social aplicadas, como el acceso al empleo formal, la Asignación Universal por Hijo (AUH), planes de salud sexual y reproductiva, planes focales para maternidad e infancia, obligatoriedad de nuevas vacunas en el plan nacional resultaron estratégicas. Pero no alcanzaron para dar respuestas a las necesidades colectivas de una sociedad excluida y segmentada producto de las reformas neoliberales de los '90. Desde la visión de la salud colectiva pensamos que las políticas extractivistas de este período profundizaron la fragmentación en desmedro de políticas universales e integrales.

Con la llegada del gobierno neoliberal de Macri el retroceso en derechos logrados y la destrucción del sistema de salud llegó a límites insostenibles. Aumento de la precariedad

⁴ Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Directora del IFCI-Fesprosa (CTA A-ISP). Integrante del Colectivo de Investigación sobre Crisis Socioambiental-Tricontinental Buenos Aires.

laboral (30% de lxs trabajadores actualmente). Destrucción de servicios hospitalarios, desfinanciación en equipamientos. Disminución salarial. Destrucción del más emblemático hospital nacional “El Hospital Nacional Posadas” (1600 trabajadorxs despedidxs), desmantelamiento de servicios ultraespecializados y únicos en el país. Persecución laboral. Implementación de la CUS (Cobertura Universal de Salud) siguiendo a rajatabla los lineamientos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. La CUS, que es un mix público-privado, intensificó las condiciones “adecuadas” para el ingreso de grandes actores económicos a un renovado y ampliado mercado de la salud.

A poco tiempo para la finalización de su mandato, por decreto, Macri modifica la categoría del Ministerio de Salud para pasarlo a Secretaría. Cambio que no sólo implica una cuestión formal, sino que va acompañada de más ajustes presupuestarios y de la pérdida del carácter nacional de la salud. De acuerdo con los datos oficiales del Ministerio de Hacienda de la Nación, durante la gestión de Macri, el presupuesto ejecutado en el área de salud se redujo un 22% en términos reales. El gobierno de Alberto Fernández asume en un contexto de real emergencia sanitaria. Su primera acción en este área fue restituir el Ministerio de Salud al rango que le corresponde.

En 2018 organizaciones sindicales, políticas, territoriales, académicas constituimos “la Multisectorial por el Derecho a la Salud” que organizó el 4 de octubre de ese año la marcha por el “Derecho a la Salud” más multitudinaria, plural y democrática de los últimos veinte años en el país. Durante 2019 seguimos construyendo la Multisectorial, que se pronunció por 15 puntos fundamentales para recuperar un sistema de Salud Público, Universal e Integral. En el 2020 continuamos trabajando en la Multisectorial con las características que impone la pandemia.

Las medidas gubernamentales para enfrentar la pandemia

En esta pandemia los Estados en general y el nuestro en particular, se enfrentan a todo lo que el neoliberalismo ha construido: desigualdades, pobreza, el despojo sobre la tierra y los cuerpos. En tiempos de pandemia, una de las mejores maneras de valorar los logros o injusticias sociales de un país o comunidad es analizar en detalle sus condiciones de salud y, muy en especial, su nivel de equidad.

Aún no disponemos de análisis adecuados para valorar de forma mínimamente afinada el impacto integral de la pandemia de la Covid-19, pero los resultados preliminares indican muchos de los efectos que están sucediendo, y también las consecuencias que, con una elevada probabilidad van a ocurrir en el futuro inmediato.

A mi entender podemos dividir las medidas tomadas por el gobierno desde dos miradas:

La sanitaria epidemiológica:

Cuarentena obligatoria, distanciamiento social, suspensión del sistema educativo, licencias a mayores de 60 años y personas con patologías previas, licencias a trabajadorxs públicos, licencias a personas gestantes.

El país está en cuarentena desde el 20 de marzo. La cuarentena pasó por tres etapas, hasta el momento. Una primera de cumplimiento estricto, una segunda con flexibilización de

algunas actividades “esenciales” y la tercera “regulada” en lugares y provincias con muy poca o casi nula circulación viral.

Las áreas de mayor circulación viral son el AMBA, Chaco, Córdoba, Santa Fe y Tierra del Fuego. A casi 50 días de instalada la cuarentena, estamos con una epidemia “controlada”, la duplicación de casos es entre 17-20 días, eso es muy bueno. La tasa de letalidad es 5,4%, la edad promedio de contagios es de 42 años. La circulación comunitaria es 28,2%. Hay preocupación por el aumento de casos en CABA, en los barrios más pobres.

Algo que llama la atención es que en nuestro país el porcentaje de mujeres contagiadas (50,5%) es mayor al de hombres (49,5%) invirtiendo la relación que se da en los países del norte.

Medidas de protección social:

Aumento de la AUH, subsidios para trabajadores informales, medicamentos gratuitos para jubilados, línea de créditos blandos para pequeñas empresas y monotributistas (con algunos problemas en su implementación).

Decreto del Poder Ejecutivo, desde inicio de la cuarentena por el cual se prohíben los despidos (las empresas lo han inclumpido). Control de precios de alimentos básicos (también boicoteado por formadores de precios),

El capital concentrado, los bancos, la prensa hegemónica ejercen cada más presión para “levantar” la cuarentena priorizando ganancias sobre el estado sanitario de lxs argentinxs. La Federación Sindical de Profesionales de la Salud (Fesprosa) ve positivamente el esfuerzo realizado hasta hoy por el conjunto de la población. Las medidas epidemiológicas hasta el momento, están dando resultados positivos en el manejo de la pandemia.

Planteos y demandas de lxs trabajadorxs de la salud

Nuestra preocupación mayor es la situación de lxs trabajadorxs de la salud. Con más 864 infectadxs y 9 fallecidxs, es indispensable redoblar esfuerzos sobre quienes enfrentan y enfrentarán las etapas que siguen, difíciles y complejas. La negociación, participación y consenso entre trabajadores y autoridades son las herramientas indispensables para conseguirlo.

La experiencia de enfermedad y muerte entre lxs trabajadorxs de la salud de Italia, España y, ahora EE.UU está vinculada a la insuficiencia de equipos de protección personal (EPP). La OMS estima en un 40% el faltante mundial.

Es en ese marco que la Fesprosa está trabajando en todo el país para el cuidado y protección de lxs trabajadores, y también de la comunidad toda, en torno a estas grandes líneas:

- 1.** Protección de lxs trabajadorxs. La Fesprosa requiere un informe sobre el stock nacional de EPP consolidado, el faltante estimado e insta a que los Ministerios de Producción y de Salud intervengan de manera urgente y enérgica entre los posibles productores para que junto al apoyo de la comunidad pueda alcanzarse una provisión adecuada.

2. Aumentar de manera sustancial el testeo del personal de salud, en particular en las provincias y localidades con mayor circulación viral. Al día de hoy lxs trabajadorxs de la salud infectados representan el 16,8% del total.
3. Diálogo social: Incorporar a los comités de crisis a los representantes de lxs trabajadorxs. La gestión tecno-burocrática (políticos más expertos) de la crisis es insuficiente. Las voces de alarma ignoradas en varios de los casos más resonantes vienen de lxs trabajadorxs.
4. El Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de las provincias deben redoblar el control de procesos y procedimientos en los establecimientos privados y de la seguridad social.
5. Argentina es signataria de los convenios 155 y 187 de la OIT que facultan a lxs trabajadorxs a cesar en sus tareas si éstas implican un riesgo inminente para su salud o su vida. Instamos a nuestrxs compañerxs a exigir su implementación.
6. El reconocimiento al esfuerzo: Fesprosa sigue reclamando la continuidad de la negociación paritaria en todos los niveles durante la crisis. En el orden nacional, para fijar un piso de derechos para lxs trabajadorxs durante la pandemia. Durante la emergencia se habilitó la continuidad de la paritaria del sector privado de salud mientras se cerraron las del sector público y la patronal privada fue favorecida con la eximición de aportes patronales. Necesitamos planes concretos de desprecuarización en todas las jurisdicciones junto a un piso de \$70.000 para lxs trabajadorxs abocados a la emergencia. La Fesprosa se opone a monetizar el riesgo.
7. Impuesto a las ganancias: Lxs trabajadores de la salud deben ser eximidos del impuesto al salario durante la pandemia. El artículo 6 de la ley 27.480 habilita a concretarlo mediante instrumentos al alcance del Poder Ejecutivo Nacional.
8. El COVID-19 es una enfermedad profesional: El Poder Ejecutivo debe instruir a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo para que el COVID-19 sea incluido en el listado de enfermedades profesionales para lxs trabajadores de la salud. Ello llevará al pleno reconocimiento como tal por parte de las ART y de los autoseguros provinciales. Esta recomendación fue avalada en su reciente pronunciamiento sobre la pandemia por la Organización Internacional del Trabajo.
9. Bono estímulo de \$20000: La resolución conjunta 3/2020 es “ambigua” con respecto al pago del Bono. Distintintas jurisdicciones la han interpretado con un criterio discriminador dejando a lxs trabajadorxs de la atención primaria de la salud, fuera del pago. Si bien el Ministerio de Salud de la Nación dice que se va a resolver la situación, la Resolución Conjunta N° 3 no ha sido modificada.
10. Habilitación de un registro Público de Trabajadorxs afectadxs y en estudio. Información por separado en el contexto del informe diario matutino y vespertino emitido por la autoridad sanitaria local.

- Plan Nacional de Cuidados de trabajadores y trabajadoras de la salud. Con esto no solo aspiramos a que su aplicación abarque el período de emergencia sanitaria por la pandemia, sino que sea el inicio de un camino para transformar y modificar la organización del proceso de cuidados en salud. Un proceso complejo donde el “desgaste profesional”, en tanto descripción del estrés crónico, es un proceso progresivo y dinámico de pérdida de capacidades y habilidades que se desarrolla en la vida laboral de lxs trabajadorxs de la salud.
- 11.**

A partir de esas demandas, desde la Fesprosa existe una valoración de ciertos avances parciales. Entre ellos, la participación en comités de crisis a nivel del Estado Nacional y, con disparidades, en algunas provincias, municipios y centros hospitalarios de referencia. El reconocimiento del COVID 19 como enfermedad profesional para todxs lxs trabajadorxs de la salud mientras dure la emergencia sanitaria y durante un período posterior de 60 días. Una definición que si bien es “transitoria” sienta un gran precedente para la modificación posterior del Sistema Nacional de Protección y Riesgos en el Trabajo. Mejoras en la entrega de Elementos de Protección Personal (EPP) y la presentación de un borrador del Plan de Cuidados para trabajadorxs de la salud.

El vínculo con el Ministerio de Salud de la Nación

Con el cambio de gobierno la Fesprosa inició un camino de diálogo con las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, que comenzó con el proceso de “normalización” del Hospital Posadas, llevado a cabo luego de la destrucción a la que lo sometió el macrismo. En el Posadas se está regularizando progresivamente la situación a través del consenso entre autoridades y sindicatos. Nuestro sindicato base, la Cicop, es un actor central en este camino. Actualmente, trabajadorxs, directivxs y la comunidad están al frente de la pandemia en ese Hospital Nacional que es referente de la lucha contra el COVID-19 en Argentina.

El proceso de diálogo y negociación con el Ministerio de Salud de la Nación continúa con metas en común, que en el contexto de la emergencia pueden resumirse en el objetivo de atravesar la pandemia con los mejores resultados para trabajadorxs y ciudadanxs a corto y mediano plazo.

Desde Fesprosa existen expectativas de continuar en el largo plazo en post de la recuperación de una medicina social y colectiva cuyo centro sea el buen vivir de los pueblos y por un Sistema de Salud Público, Único, Universal e Integral de calidad..

La Salud pública en el centro del debate

En este mundo global, la pandemia ha desarrollado una situación trágica y de colapso, pero gran parte de la población mundial vive ya cotidianamente inmersa en el colapso de las desigualdades. La causa de la pandemia no es sólo biológica, no es sólo un virus. La Salud Pública Colectiva nos ha enseñado que los procesos de vivir-enfermar-morir son procesos producto de los determinantes sociales y políticos. Luego de más de dos décadas

de políticas de ajuste y transformaciones neoliberales, del despliegue de nuevas tecnologías, del despojo de los recursos y bienes comunes, de fundamentalismo del mercado y el agregado del filantropocapitalismo en intervenciones parcializadas, cortoplacistas, desencadenaron la destrucción de derechos convirtiéndolos en mercancías, en detrimento de políticas públicas, más sostenidas y eficientes en el tiempo. Se afianzaron condiciones malsanas en los modos de vivir y una mutación entre la relación de la sociedad y la naturaleza que profundizó el deterioro de la segunda al tiempo que precariza las condiciones de vida de las mayorías sociales.

Las causas profundas de la pandemia radican en la crisis ecosocial sistémica en que se encuentra la humanidad y la pandemia del COVID-19 amplificará las desigualdades sociales. Miles de trabajadorxs formales e informales viven en medio de la incertidumbre, el miedo y el riesgo, condiciones que la pandemia profundiza. Trabajar, perder el empleo, hacer la cuarentena, realizar el teletrabajo (si cuentan con las herramientas para realizarlo), hacinarse en los barrios pobres donde lavarse las manos es un privilegio.

Lxs trabajadores de la salud “No somos héroes”, sólo somos trabajadorxs que estamos en la primera línea de fuego por esa “esencialidad” de la salud. Somos tan esenciales que no podemos tomarnos licencias por embarazo ni quedarnos en nuestras casas cuidando de niñxs, ancianxs o personas con capacidades diferentes. La pandemia, la cuarentena han visibilizado lo “invisibilizado”. El trabajo de “cuidados” y las desigualdades de las mujeres, diversidades, niñxs, ancianxs, poniendo sobre la mesa que también es una crisis de cuidados.

Lo más grave sería que, cuando pase la pandemia, volvamos a la “normalidad”. No podemos volver a las desigualdades sociales, de profundas contradicciones. ¿Hacia dónde tenemos que ir? Sin duda, hacia la recuperación de los espacios públicos, las acciones colectivas, solidarías-sororas entre pueblos y países.

El coronavirus nos obliga con urgencia a hacer un cambio social radical. El capitalismo mata. Una pandemia que tiene origen sistémico no puede resolverse solo desde la institucionalidad. Tiene que resolverse desde un vínculo estratégico entre las instituciones y las organizaciones sociales que son las que tienen el dominio sobre la movilización popular.

Y no podemos hacerlo “verticalmente”, patriarcalmente. Tenemos que cambiar el sistema social que se ha acostumbrado a acelerar sus ganancias utilizando los extractivismos, destruyendo los ecosistemas y despojándonos de nuestros cuerpos y territorios. Tenemos que ir a un sistema que respete la naturaleza y a una sociedad que priorice la vida. Es clave preguntarnos cómo vamos a reconstruir formas colectivas que son inherentes a la condición humana y que avancen en la autonomía de las condiciones para la reproducción de la vida sin el hostigamiento permanente que las lógicas de la privatización y de la ganancia imponen a los espacios de lo común.

Es imperiosa la construcción de espacios colectivos interdisciplinarios comunes. Desde los espacios de luchas (movimientos sociales, de mujeres, sindicales, políticos, académicos), tejiendo y armando redes que nos permitan construir la masa crítica necesaria para avanzar en un proyecto de nueva sociedad con justicia fiscal, ambiental y social.

Tomemos esta crisis como una oportunidad para ir hacia un nuevo modelo de la salud, basado en un profundo rediseño participativo y con un nuevo paradigma basado en la salud, en los cuidados, con perspectiva de géneros, relegitimando el rol del Estado. La salud es un derecho humano fundamental. Sólo políticas públicas universales solidarias la pueden garantizar.

“La pandemia vino a poner el cuidado colectivo por sobre el cuidado individual”

Entrevista a Mariano Salerno

Militante del Movimiento de Salud Irma Carrica, Médico, Especialista en Medicina General y Familiar. Instructor de la Residencia de Medicina General del Hospital Gutiérrez de La Plata.

¿Cómo es la situación actual del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco de la pandemia?

La Provincia de Buenos Aires concentra en toda su extensión poco más de 16 millones de personas, 135 municipios y aporta aproximadamente un tercio del total de los ingresos económicos nacionales, lo cual genera un peso en términos económicos y políticos absolutamente relevante. Las tensiones de las últimas semanas, en relación a cuidar la Economía y la Salud es un planteo de falsa dicotomía que se juega muy fuerte en la provincia más populosa del país.

El Ministerio de Salud de la Provincia, divide el territorio en 12 Regiones Sanitarias. Para tomar dimensión del vínculo entre el coronavirus y los grandes centros urbanos, podemos decir que al día de hoy estamos muy cerca de los 2000 casos confirmados, de los cuales el 93% se encuentra en 5 regiones de las 12 (V, VI, VII, XI y XII). Estas regiones se encuentran en los márgenes de la Caba, donde se iniciaron los primeros casos en el país. Es decir, que en términos de pandemia, la clave está en el Conurbano.

El mayor porcentaje de los casos confirmados bonaerenses corresponde a la transmisión comunitaria del virus con un 37%. Lo siguen los trabajadores de la Salud con un 20,4%. Continúan los contactos estrechos de casos positivos con un 20%. Los importados, que fueron los primeros, en la actualidad sólo representan el 12% y aún hay un 10% de casos en investigación. Se encuentran a la espera de confirmación unos 2230 casos sospechosos, mientras que hay más de 23.000 casos descartados y un total de 122 fallecidos (al 9 de mayo).

Respecto a los fallecidos, la tasa de mortalidad general es del 6%. Hay que resaltar y seguir reforzando las medidas de cuidado para los adultos mayores, ya que el 81% de los fallecimientos corresponden a personas mayores de 60 años y aquí la tasa de mortalidad asciende por encima del 23%.

Hablando de los municipios de la provincia, ya son 4 los que superan los 100 casos. A la cabeza se encuentra La Matanza con 181 casos, luego San Martín con 138, Merlo con 120, y por último, Quilmes con 102. Esta progresión se revirtió en las últimas semanas ya que inicialmente los casos prevalecieron en Zona Norte (San Isidro y Vicente López) hoy esa región se encuentra promediando los 70 casos por municipio.

Haber implementado la cuarentena el 20 de marzo, permitió ganar tiempo en el fortalecimiento de un sistema de salud bonaerense que viene castigado hace mucho tiempo, sufriendo uno de sus golpes más profundos en la gestión de María Eugenia Vidal. Salarios atrasados, servicios inhabilitados, deudas y proveedores esperando ser atendidos por la nueva gestión, fueron algunos de los problemas que nos dejó la ex gobernadora. Sobre ese marco de vaciamiento el gobierno provincial tomó dos medias centrales. En primer lugar, abrió una gran convocatoria a trabajadorxs de la salud. Más de mil ya se incorporaron en distintos hospitales en esta primera etapa y pueden llegar a cuatro mil al finalizar el invierno. En segundo lugar, se reforzó el equipamiento, sobre todo de cuidados intensivos y se estableció un puente aéreo con China para traer insumos y equipos de protección personal que están escaseando a nivel mundial.

No hay que dejar de mencionar que el sistema de salud bonaerense cuenta también con los tres subsectores, el público, el sistema de obras sociales y el privado. De los casos confirmados el 80% tiene cobertura social, pero aun así el 46% de los confirmados fue atendido en un hospital público, dato que no es menor para un debate posterior a la pandemia sobre el rol del Estado y de los hospitales públicos a la hora de dar respuesta a la población.

Podemos decir que la Provincia se encuentra en mejores condiciones para afrontar la pandemia que a fines de marzo, pero esto se encuentra en un fino equilibrio en relación al cumplimiento de las medidas de higiene y de distanciamiento social, sobre todo en los grandes centros urbanos del Conurbano.

¿Cómo afecta la heterogeneidad del sistema en la capacidad para hacerle frente ?

Para entender la heterogeneidad del Sistema de Salud de la Provincia hay un año clave en la historia reciente: 1994. Ese año, la Constitución delega a las provincias la responsabilidad primaria de la atención de la salud y en Buenos Aires (al igual que Córdoba) se suma la descentralización del primer nivel de atención (CAPS) hacia los municipios. Esta medida implica que prácticamente tengamos en la Provincia 135 formas distintas de pensar la salud.

A pesar de las dificultades, la pandemia puso a prueba el sistema de salud y se tomaron medidas para intentar integrar los tres subsectores, como por ejemplo en la vigilancia epidemiológica y en el manejo de las camas de la provincia para la derivación oportuna de lxs pacientes.

El mayor desafío que presenta la pandemia en relación a las coordinaciones entre los distintos niveles y sectores tiene que ver con el seguimiento de los casos sospechosos y confirmados. Según sus condiciones, lxs pacientes podrán cursar su aislamiento en un hospital, en un centro de aislamiento extrahospitalario o en su domicilio. Aquí se juega gran parte del control de la pandemia: si logramos generar dispositivos que permitan aislamientos acordes a las recomendaciones sanitarias evitaremos contagios innecesarios y por lo tanto estaremos más lejos de la temida posibilidad del colapso del sistema de salud provincial.

Esta quizás sea la pata más floja del sistema y la que hay que reforzar con políticas intersectoriales que promuevan la participación comunitaria en el seguimiento y control de los casos, fundamentalmente en los barrios más populares y vulnerables.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta el sistema sanitario de la provincia en este marco?

El principal desafío no es solo del sistema sanitario, sino de la sociedad en su conjunto. La pandemia vino a poner el cuidado colectivo por sobre el cuidado individual, por eso como la mayoría de las cuestiones estructurales que hacen a la salud de los pueblos, el sistema sanitario tiene un rol importante pero en algún punto no definitorio.

Ahora, haciendo foco en el sistema de salud, su principal objetivo es administrar los recursos de lxs trabajadorxs, insumos y sobre todo fortalecer las áreas de cuidados intensivos que como sabemos una parte de lxs infectados van a necesitar. Para cumplir con este desafío se ampliaron más del 100% de camas de cuidados intensivos a nivel provincial estatal y se constituyó una red inédita de articulación con el sector privado y obras sociales para tener un registro único de camas disponibles en la provincia.

Un segundo desafío importante es la coordinación con los municipios para el seguimiento de los casos sospechosos y positivos, para poder garantizar las mejores condiciones de aislamiento y así evitar nuevos casos provenientes de los contactos estrechos del círculo familiar, y aquí es importante reforzar cuidados de adultos mayores y familiares con factores de riesgo demostrado para esta enfermedad.

Un tercer desafío es cuidar a los trabajadorxs de la salud. El sistema no solo colapsaría si no hay camas de terapia, sino que si se caerían servicios enteros si hay un brote en un hospital o una clínica bonaerense. Esto conlleva un doble cuidado, por un lado la provisión de insumos necesarios y equipos de protección personal, y por otro una nueva cultura de cuidados por parte del equipo de salud que sin dudas tiene que ir acompañada de la formación correspondiente.

...al menos 9 de cada 10 trabajadorxs de la salud demuestran síntomas de ansiedad y depresión por miedo a contagiar a sus familias

En cuarto lugar, podríamos mencionar el monitoreo de los geriátricos de la provincia e instituciones cerradas con pacientes crónicos internados. Son dependencias que ameritan un control estricto por ser población de riesgo y muchas veces escasean los controles y el cumplimiento de protocolos de funcionamiento.

Por último, el desafío que queda posterior a la pandemia es poder sistematizar esta experiencia y aprovechar la centralidad que tuvo la salud en estos meses. A su vez, proponer reformas estructurales que puedan, por un lado, ayudar a encontrarnos en mejores condiciones frente a situaciones excepcionales, y, por el otro, garantizar el acceso a la salud de manera más eficiente y efectiva de lo que venimos viviendo hasta el momento.

¿Qué evaluación se puede hacer hasta el momento de las condiciones de trabajo de lxs trabajadorxs del sector?

Lxs trabajadorxs de salud de la Provincia fueron el primer sector afectado por la pandemia. Como sucedió en el resto de los países, los contagios se dieron en un primer momento en este sector y actualmente representan cerca del 20% de lxs infectadxs de la provincia.

Las condiciones de trabajo actuales son complejas. Desde hace un tiempo el sector salud fue relegado de las agendas públicas, con una fuerte reducción del presupuesto en los últimos cuatro años (caída del PBI destinado a salud y reducción del presupuesto en la Provincia) sumado a la degradación del ministerio de salud a secretaria a nivel nacional.

Esto explica que la percepción de lxs trabajadorxs en relación a las condiciones laborales con las que se cuenta para enfrentar esta pandemia no puede escapar a este análisis. Hace años se viene reclamando por insumos, salarios dignos y condiciones de trabajo. Así nos encuentra la pandemia. Con trabajadorxs que tienen que tener 2 ó 3 trabajos para tener un salario que garantice cubrir las necesidades de una familia, lo cual complica la restricción de exposición, con hospitales y centros de salud. Se observa un gran deterioro edilicio que evidencia la imposibilidad, muchas veces, de garantizar medidas de higiene y distanciamiento. Se convive con un faltante de recursos humanos, debido a la no apertura de nuevos cargos en los últimos años, lo cual implica que ante un brote interno de covid, se requiera el aislamiento de trabajadorxs pudiendo determinar, en muchos casos, el cierre de servicios.

Estas condiciones explican el gran impacto de la pandemia en la salud de lxs trabajadorxs con relación a la Salud Mental, donde algunos datos relevados por un estudio en desarrollo del Conicet expone que al menos 9 de cada 10 trabajadorxs de la salud demuestran síntomas de ansiedad y depresión por miedo a contagiar a sus familias y donde el 65 % de lxs trabajadorxs refirió no contar con los insumos necesarios.

¿Cuáles son los problemas fundamentales del sistema sanitario de la Provincia más allá de esta situación de emergencia?

Mucho se ha escrito sobre los problemas estructurales del sistema de salud argentino y particularmente en la provincia de Buenos Aires, podemos hacer foco en uno en particular que se pueda analizar en varias dimensiones: LA FRAGMENTACIÓN

Fragmentación en las responsabilidades. Hoy en un mismo territorio de la provincia pueden coexistir instituciones que dependan de la Nación, la Provincia o el Municipio. Esto deriva en múltiples problemas de articulación, diferentes formas de contratación y desiguales recursos económicos.

Fragmentación en la cobertura social. Como ya mencionamos, hay tres subsectores de la salud que coexisten y muchas veces compiten desde una perspectiva mercantilista que poco tiene que ver con la preservación de la salud de nuestro pueblo.

Fragmentación Geográfica. Como vino a evidenciar la pandemia, no es lo mismo nacer en una region sanitaria que en otra, ya sea por los recursos económicos que tienen determinados municipios, la cantidad de efectores, la cantidad de habitantes por km², la cantidad de médicos cada 1000 habitantes, entre otras variables que ponen de relieve las desigualdades de la provincia.

Fragmentación Económica. Tal como sucede en el resto del país y en el mundo, la desigualdad en los ingresos de las personas impactan directamente en la salud. La provincia no escapa a este dilema y es una de las barreras más importantes para acceder al sistema de salud.

Fragmentación en la Formación de los/as Trabajadores/as de la Salud. La provincia concentra gran parte de su formación en pocos territorios, en los últimos años se han intentado vaciar proyectos que venían justamente a poner en discusión este modelo promoviendo espacios de formación fundamentalmente en el Conurbano. Es un desafío volver a poner en el centro estas políticas para que haya nuevos espacios de formación en el interior y estos puedan dialogar con la capacidad instalada del sistema de salud provincial.

La fragmentación en la vida laboral de lxs trabajadorxs de la salud. El pluriempleo es uno de los temas que quizás se pueda empezar a discutir apenas concluya esta primera etapa de la pandemia, ya que puso de manifiesto que uno de los vectores de transmisión son lxs trabajadorxs y eso atenta contra la dinámica de aislamiento y poca circulación que se pretende instalar. Promover espacios laborales de dedicación exclusiva en vinculación con la docencia y la investigación es un gran desafío para atacar esta problemática.

¿Qué evaluación es posible hacer de las políticas desplegadas desde el Gobierno Nacional y el provincial en este marco?

A esta altura de la cuarentena, rondando los 50 días de aislamiento social preventivo y obligatorio, creo que es una obviedad decir que las políticas desplegadas por el gobierno fueron muy buenas, sobre todo en comparación con otros países de la región que están cursando la misma etapa epidemiológica que nuestro país. En este sentido, la estrategia de unidad que desplegó el gobierno nacional fue exitosa no solo desde lo sanitario sino también desde lo político. Pudo conducir desde el comienzo sin grandes sobresaltos (más allá de algunas excepciones, como el viernes de cobro de jubilados, que terminó con la salida de Vanoli al frente de la ANSES) mostrando un amplio diálogo con la Caba y las provincias comandadas por la oposición para llevar adelante las políticas de corte transversal que demandaba la coyuntura sanitaria. La imagen positiva de Alberto Fernández creció sin dudas y el mensaje de "la Economía se recupera pero las vidas no" logró calar hondo en la mayoría del pueblo argentino, que veía por la televisión como el Coronavirus arrasaba Europa y EEUU.

Quizás el punto más débil tiene que ver con el acompañamiento territorial a las definiciones políticas que se tomaban a nivel central. En lo que respecta a los temas sociales y al alimentario aún queda mucho por hacer, mucho por federalizar y por redistribuir. Estamos a la espera de que se trate el impuesto a las grandes fortunas, que se concreten medidas de este tipo marcan el perfil de gestión y dejen un campo fértil para los debates que se nos vendrán luego de la etapa aguda de la pandemia.

¿Existe un margen para que en este contexto de emergencia se implementen medidas que ataquen los problemas estructurales del sistema sanitario? En ese caso ¿cuáles podrían ser?

Existe una oportunidad, ya que toda la sociedad está mirando este tema y hay un consenso social de que la salud es lo importante, que deja una ventana para poder avanzar con algunas medidas de corte estructural. En la Provincia hay una cuestión que quizás no apareció tanto en los medios y tiene que ver con la incorporación de lxs Residentes, que finalizan este año su formación, a la planta de los hospitales bonaerenses. Son cerca de 1500 lxs que

finalizan y de los cuales más de 1000 se quedarán trabajando en el sistema público de salud como primer inserción laboral luego de cuatro años de formación en su especialidad.

Por otro lado, durante estos meses se inyectaron recursos económicos sin precedentes en los últimos años y eso permite pensar nuevos desafíos para lo que se viene. Por ejemplo qué hacer con los hospitales modulares que se construyeron en el Conurbano para fortalecer las UPAs, que la mayoría de ellas se encuentran en lugares estratégicos para trabajar la salud comunitaria y hoy se encuentran rellenas de respiradores y camas de alta complejidad por que la coyuntura lo demanda.



Fuente: Télam

Si la primavera nos encuentra con un panorama similar al de estos meses, más allá de las urgencias económicas, que seguramente tendremos que atravesar en la provincia, es probable que quede un piso muy fértil para promover debates sanitarios que tenemos pendientes al menos desde fines de los '80. Hay un amplio temario a debatir con toda la comunidad sanitaria provincial, que promueva una agenda de trabajo que marque los próximos años de la gestión provincial. Entiendo que ese temario debe poner el acento en la discusión real sobre la estrategia de atención primaria de la salud y la participación comunitaria, en el fomento a la producción pública de medicamentos, en el fortalecimiento de las políticas de género y derechos humanos, por mencionar algunas estructurales que aún demandan de mucho trabajo para que se concreten.

“El Gobierno de la Ciudad no ha desarrollado una política pública específica para contener la pandemia”

Entrevista a Paloma Franco

Médica Residente de Pediatría del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

¿Cómo es la situación actual del sistema de salud de la Caba en el marco de la pandemia?

Actualmente en la Caba se está desarrollando una situación que acentúa la ya conocida desigualdad en el acceso al sistema sanitario. El Ministerio de Salud de la Ciudad no ha desarrollado una política pública específica para contener esta pandemia más allá de la adquisición de insumos para la protección del personal de salud y los test diagnósticos. Incluso en este sentido se observa una desigualdad en el acceso a estos recursos en los diferentes efectores de salud. Existen sedes que han tenido que cerrar sus puertas por no contar con los recursos necesarios, y otras en las que trabajadorxs se ven forzadxs a trabajar sin los elementos de protección adecuados, o teniendo que adquirirlos por su cuenta.

A esto se le suma la ausencia de planes estratégicos de control de la diseminación de la infección en los barrios populares, donde las consignas “quedate en casa” y “lavate las manos” quedan chicas cuando conocemos que gran parte de la población de los barrios populares vive en condiciones de hacinamiento, con acceso reducido a los servicios esenciales necesarios para una higiene adecuada. El elevado de número de contagios en estas comunidades hace que la cuarentena comunitaria se torne inviable, y no se encuentra una respuesta estratégica del Gobierno de la Ciudad para resolver esta situación.

A su vez, no es menor que esta pandemia nos encuentre atravesando la peor epidemia de Dengue de los últimos años en la Caba, habiéndose reportado alrededor de 12 mil casos en el último mes. Esto también es consecuencia de una falta de política activa de prevención de la infección por parte del Ministerio de Salud de Caba, incluso habiendo recibido múltiples denuncias de vecinxs por acumulación de agua en espacios públicos como plazas o terrenos baldíos.

¿Cómo afecta la fragmentación del sistema en la capacidad para hacerle frente ?

El sistema de salud argentino está fragmentado hace décadas en un sistema público, privado y de obras sociales, y a la vez en los diferentes distritos y municipios. La fragmentación del sistema de salud es un problema en varios sentidos, pero principalmente a la hora de necesitar un sistema de salud integrado y cooperativo, como es el caso de una pandemia, donde el Estado debe ser capaz de organizar y financiar unificadamente un sistema sobre el cual actualmente no tiene plena soberanía. Es así entonces que el Ministerio de Salud, en medio de la crisis sanitaria, debe encargarse de improvisar un seguimiento epidemiológico y de disponibilidad de recursos del sistema entero.

¿Qué evaluación se puede hacer hasta el momento de las condiciones de trabajo en el sector?

En el medio de esta situación de crisis estamos lxs trabajadorxs de la salud, históricamente precarizadxs, quienes actualmente nos encontramos atravesando condiciones laborales extremas. Teniendo en cuenta la dificultad en el acceso a equipos de protección personal (EPP), no es menor el dato de que, del total de infectadxs en la CABA, una gran proporción son trabajadorxs de la salud. Entre ellxs residentes y concurrentes, éstxs últimxs no perciben salario y tampoco cuentan con ART. Se aplaude y reconoce, tanto de manera privada como pública, a lxs trabajadorxs de la salud, pero al día de hoy, en la Caba, el bono compensatorio adjudicado por el Decreto de emergencia sanitaria no fue depositado.

¿Cuáles son los problemas fundamentales del sistema sanitario de la Ciudad más allá de esta situación de emergencia?

El sistema de salud de la Caba es estructuralmente deficiente y esencialmente excluyente. La disponibilidad de recursos es geográficamente desigual, sosteniendo un sistema de salud pobre para lxs pobres. La descentralización del sistema en centros de salud periféricos y áreas programáticas se encuentra en parte limitada por la escasez de recursos en estas sedes, las cuales se encuentran distribuidas en toda la extensión de la ciudad, relegando la distribución de hospitales de mayor complejidad, en su mayoría, a las comunas del centro y norte de la ciudad.

A esto se suma la precarización laboral a la que se ven sometidxs lxs trabajadorxs de la salud, especialmente lxs residentes y concurrentes, quienes trabajan jornadas laborales extensas y extenuantes (de entre 24 y 48 horas), teniendo que hacerse cargo de la mayor parte del trabajo del sistema de salud.

No hay que olvidarse de que en diciembre de 2019 el Gobierno de la Ciudad, a través de la Legislatura Porteña, sancionó una nueva Ley de Residentes, en la que reglamentaba un empeoramiento de las condiciones laborales. Entre otras cosas, regularizando jornadas de trabajo muy extensas y contemplando la figura de concurrente como trabajador de la salud que no cobra salario ni tiene otros derechos laborales, como ART, licencias, etcétera. La ley se frenó gracias a la lucha y organización del colectivo de residentes y concurrentes, quienes sostuvieron un paro del sistema de salud de la Caba durante ocho días y forzaron una mesa de negociación con el ejecutivo para rediscutir las condiciones laborales.

A su vez, no es menor que esta pandemia nos encuentre atravesando la peor epidemia de Dengue de los últimos años en la Caba, habiéndose reportado alrededor de 12 mil casos en el último mes.

¿Qué evaluación es posible hacer de las políticas desplegadas desde el Gobierno Nacional y el de la Caba en este marco?

Se entiende que el gobierno Nacional y el de la Caba están trabajando articuladamente en lo que respecta a la unificación de políticas de intervención en todos los municipios. El decreto de la cuarentena obligatoria en todo el país y la promoción de medidas de higiene personal se identifica como una estrategia reconocida a nivel universal como la indicada para la reducción del contagio a un punto que pueda ser absorbido por nuestro sistema de salud.

Durante casi 40 días se pudo contener el pico de contagio del virus de una manera más o menos exitosa. Pero en las últimas semanas se comenzaron a diagnosticar casos positivos en los barrios populares de la Caba, principalmente en la Villa 31 y en la 1-11-14. Población que se encuentra excluida de la propuesta estatal de cuarentena total, no solo por las condiciones habitacionales y de higiene en general, sino porque ahí es donde se concentra la mayor parte de trabajadorxs informales y de la economía popular, quienes necesitan salir a trabajar o asistir a comedores comunitarios para poder sustentarse, incluso ante la propuesta (digamos en parte fallida) del Ingreso Familiar de Emergencia propuesto por el Gobierno Nacional.

¿Existe un margen para que en este contexto de emergencia se implementen medidas que ataquen los problemas estructurales del sistema sanitario? En ese caso ¿cuáles podrían ser?

Creo que la articulación entre todos los subsistemas de salud en este marco, que está implementándose por primera vez a nivel general, debería funcionar como un primer paso para la unificación del sistema de salud en todo el país, permitiendo la organización de políticas de intervención, prevención y promoción de la salud de manera orgánica a nivel nacional.

Por otra parte, siempre que existen conflictos de esta envergadura se ponen en tensión las condiciones en las que se vive en general en los barrios populares, principalmente ante la falta de acceso a servicios esenciales, donde el Estado debe ser responsable de realizar las obras necesarias para universalizar dicho acceso.

“Hay que fortalecer el Primer Nivel de Atención y la atención domiciliaria”

Entrevista a Cecilia Astegiano

Médica especialista en Medicina Familiar y General. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Presidenta de la Asociación Cordobesa de Medicina Familiar y General.

¿Cómo es la situación actual del sistema de salud de la provincia en el marco de la pandemia?

En el marco de la pandemia, la provincia de Córdoba organizó un Centro de Operaciones de Emergencias (COE) con el fin de concretar la planificación, organización, dirección, coordinación y control de todas las acciones referidas a los eventos relacionados con la pandemia del Coronavirus (COVID-19). Su principal objetivo es coordinar acciones del actual sistema sanitario. Está dirigido por un Coordinador General y hay seis (6) Centros de Operaciones de Emergencias Regionales de las localidades de Río Cuarto, Villa María, San Francisco, Jesús María, Villa Caieiro y Mina Clavero. Desde el inicio se diseñaron protocolos de atención según diferentes grupos poblacionales (adultos mayores y cuidado en los geriátricos), problemas de salud (personas con discapacidad), manejo prehospitalario, óbitos, transporte, comercio, entre otros. La mayor dificultad observada ha sido la inadecuada comunicación de las medidas y las normativas, creando confusión y demoras en adoptarlas. En la provincia de Córdoba no hay un plan sistemático de comunicación con la comunidad en general ni con los equipos de salud, entendiéndose que la situación obliga a dar marchas y contramarchas, es imperante mantener una comunicación clara.

Las situaciones de “brote” (así denominado por el propio COE) han sido manejadas de diferentes maneras: el geriátrico de Saldán fue desalojado por las madrugadas (varias derivaciones fueron hechas entre la 1 y las 4 de la mañana hacia varias instituciones de la ciudad de Córdoba, prestadoras de PAMI). En algunas localidades con casos positivos, las cercaron literalmente, y se estudiaron los contactos. En algunos barrios de sectores sociosegregados los operativos estuvieron teñidos de presencia policial hasta completar la búsqueda activa de contactos y en el caso de la institución privada, la búsqueda se hizo de manera social a través de un llamado a la comunidad...

¿Cómo afecta la fragmentación del sistema en la capacidad para hacerle frente?

La mayor dificultad es tener claridad sobre el lugar que ocupa cada actor del sector sanitario de la provincia. Si bien el COE ha determinado que la atención se diferencia en tres niveles: el primero destinado a la atención ambulatoria; el segundo, a internación simple; y el tercero para la internación en servicio crítico y está definido en cuál participará cada institución, la integración y la comunicación continúan no siendo claras.

Por otra parte, si bien hay protocolos de bioseguridad descriptos, hay gran confusión entre los equipos de salud sobre el uso de equipos de protección personal (EPP), lo que conlleva

al mal uso y al aumento del gasto destinado a los mismos. En instituciones del interior no hay provisión de los EPP necesarios para la atención, por falta de presupuesto o por desconocimiento de las indicaciones.

¿Qué evaluación se puede hacer hasta el momento de las condiciones de trabajo en el sector?

Lo que esta pandemia ha dejado al descubierto es la magnitud del pluriempleo (mayor al 50 % del equipo de salud) y la precariedad en las contrataciones, condiciones determinantes que han favorecido el aumento de casos y la propagación de la infección. Lo observamos en el caso del Hospital Italiano, donde el personal está en cuarentena y eso ha repercutido en la terapia de un hospital público (13 profesionales comparten ambas instituciones) de tal manera que se debió cerrar.

¿Cuáles son los problemas fundamentales del sistema sanitario de la provincia más allá de esta situación de emergencia?

Los principales problemas son la falta de capacidad resolutive en muchos de los centros de atención, principalmente en el interior de la provincia; la fragmentación del sistema entre jurisdicciones, entre diferentes subsectores; y, la falta de coordinación, articulación ó integración del sistema para dar una respuesta sanitaria adecuada.

¿Qué evaluación es posible hacer de las políticas desplegadas desde el Gobierno Nacional y el provincial en este marco?

Es indiscutible que el aislamiento social, preventivo y obligatorio ha sido una medida que favoreció el enlentecimiento del número de casos y permitió al sistema sanitario ordenarse para equiparse e intentar coordinar acciones. Dichas acciones se centraron y continúan centrándose en la atención hospitalaria dejando al margen a los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) que son el primer contacto en el sector público entre la comunidad y el sistema de salud. El protocolo de atención para el PNA ha sido uno de los últimos en elaborarse. A su vez, la provisión de los EPP no está garantizada y, como decía antes, falta claridad para el uso.

¿Existe un margen para que en este contexto de emergencia se implementen medidas que ataquen los problemas estructurales del sistema sanitario? En ese caso ¿cuáles podrían ser?

El margen sería fortalecer el Primer Nivel de Atención y la atención domiciliaria, dos estrategias poco desarrolladas hasta el momento. Estas han sido estudiadas y recomendadas por organismos nacionales e internacionales.



Fuente: A24