



DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD: ¿PARA TODOS O PARA ALGUNOS?

MARCELA BELARDO

GT SALUD INTERNACIONAL Y SOBERANÍA SANITARIA, CLACSO // INSTITUTO GINO GERMANI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

MARÍA BELÉN HERRERO

GT SALUD INTERNACIONAL Y SOBERANÍA SANITARIA, CLACSO // ÁREA DE RELACIONES INTERNACIONALES, FACULTAD
LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES. BUENOS AIRES, ARGENTINA.



SOBRE EL COBRO DE LAS PRESTACIONES A LOS EXTRANJEROS

En los últimos días resurgió un viejo debate en relación al cobro a los extranjeros por la utilización del sistema de salud público de nuestro país. El ministro de salud de la provincia de Jujuy, **Gustavo Bouhid**, sostuvo que son “muchos los casos que cruzan la frontera, y que no son ocasionales que tuvieron un accidente, sino por el contrario se trata de una derivación diaria a la provincia por tratamientos carísimos como los oncológicos”¹. Por su parte, el gobernador provincial, **Gerardo Morales**, argumentó que “Jujuy no está dispuesta a seguir sosteniendo trasplantes

1. El ministro de Salud jujeño advirtió: “Queremos que Bolivia pague por la atención médica en nuestros hospitales públicos”. La Nación. 22/02/2018. [En: <https://www.lanacion.com.ar/2111530-el-ministro-de-salud-jujeno-advirtio-que-quieren-que-bolivia-pague-por-la-atencion-medica>]

y cirugías de alta complejidad”² a los extranjeros. Y finalmente, en esta línea, el Jefe de Gabinete del gobierno nacional, **Marcos Peña**, quien apoyó el proyecto de ley³ que velozmente fue presentado en la Cámara de Diputados por el radical Luis Petri. El proyecto no solo abarca las prestaciones de salud sino además a los extranjeros que cursen estudios terciarios o universitarios. Establece la firma de convenios de reciprocidad con países limítrofes en materia de atención sanitaria; un sistema de compensaciones

2. Gerardo Morales: “Mientras no haya reciprocidad vamos a cobrar la atención de salud a los extranjeros”. El Tribuno. 27/02/2018. [En: <https://www.tribuno.com/salta/nota/2018-2-27-15-34-19-gerardo-morales-mientras-no-haya-reciprocidad-vamos-a-cobrar-la-atencion-de-salud-a-los-extranjeros>]

3. Gerardo Morales: “Nación defendió la postura que tomaron en Jujuy. El Tribuno. 27/02/2018. [https://www.tribuno.com/salta/nota/2018-2-28-0-0-0-nacion-defendio-la-postura-que-tomaron-en-jujuy]

tomando en cuenta el costo de los servicios prestados, y, de no existir ni estar disponibles las dos alternativas anteriores, la imposición de un arancel a aquel extranjero que busque atenderse en el país. **Marcos Peña** respaldó la iniciativa sosteniendo que “uno tiene que responder ante la situación de sus ciudadanos y los impuestos que ellos pagan, y en un país con desigualdades y déficits en materia social, eso se vuelve más acuciante”⁴.

A pesar de estos argumentos, los datos disponibles indican que el impacto de las prestaciones brindadas a la población extranjera, no residente en nuestro país, no es significativo. Esto significa que la evidencia no sustenta la necesidad de cobrarles a los extranjeros por la salud y la educación, y que algunas falacias en relación a estos argumentos, desvían el foco de la discusión.

La discusión sobre la gratuidad de la salud y la educación ha sido el caballito de batalla de los gobiernos neoliberales desde la década de los 90´ precisamente utilizando este tipo de argumentos, que hoy se camuflan bajo las nociones de “reciprocidad y justicia social”. Pero, ¿cuál es el verdadero costo de la atención a la población extranjera no-residente en la provincia de Jujuy y en el territorio nacional?

Primera falacia. Según datos del informe publicado por la **Fundación Soberanía Sanitaria**⁵ “en 2016, del total de 728.035 nacidos vivos en nuestro país solo 219 (un 0,03%) eran hijos de madres con residencia habitual en el extranjero. En ese mismo año, según el “Departamento Provincial de Bioestadística” de la provincia de Jujuy se registraron 12.681 nacidos vivos en establecimientos públicos de salud, de los cuales solo 56 tenían madres con residencia fuera de nuestro país, representando el 0,44% del total de los nacidos vivos de esa provincia. Asimismo, de los 47.147 egresos hospitalarios, sólo 132 personas (un 0,29%) tenían residencia habitual en el extranjero (...) tanto en Jujuy como en CABA, las internaciones y los nacidos vivos de extranjeros no residentes representan menos del 1% del total”. Incluso si uno se traslada a la frontera, donde los límites siempre son más borrosos y difusos de lo que uno imagina, en el hospital Jorge Uro, en la Quiaca, el año pasado atendieron a 28.084 personas. De ese total, 26.001 fueron personas con documento argentino, y 1848 de Bolivia y los 235 restantes de otros países, es decir, 3,85%, según los datos proporcionados por la directora de ese centro asistencial.

Segunda falacia. El mismo **informe** muestra que los extranjeros no-residentes no acceden a las prácticas de alto costo como los trasplantes y los tratamientos oncológicos ya que la normativa de trasplantes del INCUCAI prohíbe esa práctica a extranjeros no residentes. A su vez, se establece como requisito de admisión para la provisión gratuita de medicamentos oncológicos la presentación del Documento Nacional de Identidad (DNI) del paciente y de quien retira el medicamento.⁶

Tercera falacia. Si se observan los datos referidos a los estudiantes extranjeros universitarios, estos son 53.101 y representan sólo un 2,8% del total de la población universitaria en el país que asciende a 1.902.935 si se consideran las carreras de grado y pregrado durante el 2015, que es el último registro que difundió el Ministerio de Educación⁷.

Cuarta falacia. Efectivamente Argentina es un país con desigualdad y déficits en materia social, sin embargo considerando los datos mostrados hasta aquí, la iniciativa de cobrar por la salud y la educación a los extranjeros de ningún modo saldaría esos déficits.

Entonces, si no es una cuestión de costos, ¿de qué trata este proyecto de ley? A simple vista, uno podría decir que el gobierno quiere desviar la atención de otros temas acuciantes que están impactando directamente el bolsillo de los ciudadanos, sin embargo, este tipo de iniciativas no son nuevas y los gobiernos conservadores intentan, una y otra vez, desarticular derechos al reducir el gasto del Estado. Esta reducción del gasto público tiene lugar en el marco del combate al déficit fiscal. En verdad, el déficit fiscal no es un causante ni de crisis ni de inflación como pregona el gobierno actual, pero sirve de excusa para producir un reordenamiento de los impuestos y gastos del Estado alterando la distribución de la riqueza. Por ejemplo, un aumento del gasto en salud pública implica un efecto distributivo progresivo, desde los más ricos hacia los más pobres. Tampoco hay que perder de vista la xenofobia selectiva que está por detrás de estos anuncios porque el foco está puesto esencialmente en los extranjeros pobres provenientes de los países limítrofes. Nadie se escandalizó ni hubo ningún debate nacional cuando un ciudadano norteamericano fue atendido gratuitamente en nuestro hospital público al haber sido asaltado y malherido. Por el contrario, los medios de comunicación resaltaron con orgullo nuestro sistema público de salud.

Cabe destacar que “...la nacionalidad como categoría de selección para el pago de las prestaciones de salud es ilegal, inconstitucional y se encuentra por fuera de los Tratados Internacionales firmados por nuestro país.”⁸ El derecho universal a la salud en nuestro país, está garantizado por la Constitución Nacional (Art. 20), la Ley 25871 de Migraciones (Art. 8) y diversos Tratados Internacionales de Derechos Humanos a los que el país adhiere, por lo tanto.

Ahora bien, la privatización de los sistemas de salud y educación, sustentada en estos falsos argumentos, es el objetivo último de este proyecto. El año pasado Mauricio Macri emitió un **decreto**⁹ para implementar la Cobertura Universal de Salud (CUS) en todo el territorio nacional. Por lo tanto, el único y verdadero objetivo del gobierno con este debate es abrir una puerta más para modificar el financiamiento del sistema público de salud enmarcado en la nueva figura de la CUS.

¿Qué significa hoy la CUS? Pocos pueden objetar la importancia de que haya cobertura universal de salud, el problema es qué se entiende con ella. CUS es un término ambiguo que dificulta detectar las intenciones detrás de él.¹⁰ La **CUS** se plantea como un “seguro” médico (opuesto por lo tanto a la idea de la universalización del sistema de salud para garantizar la salud como derecho) para brindarle cobertura médica (a través de prestaciones básicas) a aquellas personas que no tengan obra social o prepaga, y que se calcula alcanza a **15 millones** de personas (los cubiertos por el sistema público, erróneamente denominados “sin cobertura”). En este sentido, la CUS busca principalmente generar un mercado de salud, donde el financiador continúe siendo el Estado, pero los servicios sean prestados por empresas privadas por medio de “canastas básicas” o “paquetes de servicios”. Este tipo de cobertura, significa seguros de salud en función de la capacidad de pago de las personas; lo que genera a su vez una ampliación del mercado de la salud. Se propone el aseguramiento, público y/o privado para pagar la prestación de servicios, privada

8. Fundación Soberanía Sanitaria, *ibídem*

9. Caviglia M. “Cobertura Universal o Privatización de la Salud”. La Piedra en el zapato. 28/11/2017 [https://lapiedraenelzapato.com/2017/11/28/cobertura-universal-o-privatizacion-de-la-salud/].

10. Laurell AC (2014) ¿Cobertura universal en salud en América Latina? Medicina Social 9(1) http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/826/1608

4. Marcos Peña: “Marcos Peña se manifestó a favor de que el Congreso discuta el cobro de atención médica a no residentes”. La Nación. 27/02/2018. [https://www.lanacion.com.ar/2112602-marcos-pena-ve-con-buenos-ojos-que-el-congreso-discuta-el-cobro-de-atencion-medica-a-no-residentes]

5. Fundación Soberanía Sanitaria “Cobro de prestaciones de salud a extranjeros: ¿cuál es el verdadero debate?” Buenos Aires, Febrero 2018. [http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/cobro-de-prestaciones-de-salud-a-extranjeros-cual-es-el-verdadero-debate/]

6. Fundación Soberanía Sanitaria, *ibídem*.

7. La Nación. Cuántos extranjeros estudian en universidades argentinas y de qué países vienen. La Nación. 09/11/2017 [https://www.lanacion.com.ar/2071328-cuantos-extranjeros-estudian-en-universidades-argentinas-y-de-que-paises-vienen]

o pública. Esto se implementaría por medio de una credencial para acceder a una canasta básica de prestaciones bajo la cual los **extranjeros** no son tenidos en cuenta.¹¹ Es en este contexto que se debe interpretar la ofensiva ideológica detrás de la CUS y tener en cuenta que “como los casos latinoamericanos de la instrumentación de la CUS demuestran, por ejemplo, en Colombia, México y Perú, el modelo de aseguramiento ha restringido el derecho a la salud y fortalecido la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios.”¹²

Ciertamente es necesario discutir nuestro sistema de salud. Sin dudas. Pero poniendo el foco en la población extranjera, y culpabilizando a personas que necesitan acceder a la atención de salud no es el camino correcto. Menos aún en un contexto donde existen intentos de una mayor integración sudamericana en materia de salud.

¿QUÉ AGENDA INTERNACIONAL ADOPTAMOS?

Si bien lo que está en debate es el sistema y financiamiento de salud argentino, este debate se ancla en el cambio de la agenda de salud que viene de la mano del G20. La CUS no es un invento argentino sino una estrategia de la **agenda global** para relanzar una nueva serie de reformas en los sistemas de salud de nuestra región,^{13,14} promovida por una alianza entre el Banco Mundial, la OMS y la Fundación Rockefeller.¹⁵ Es decir, “...el **debate sobre la CUS** se da hace tiempo en América Latina donde los gobiernos neoliberales han instrumentado políticas basadas en el aseguramiento público/privado y la competencia entre prestadores de servicios públicos y privados. (...) El carácter netamente doctrinario e ideológico de la propuesta neoliberal se demuestra por el hecho de que tiene como modelo al sistema de salud más caro e ineficiente del mundo: el de los EUA.”¹⁶

La CUS como estrategia de una agenda global (y regional) (im)puesta desde los países del Norte y adoptada por muchos países de nuestra región, ha cobrado mayor impulso en Argentina con el cambio de gobierno y particularmente a partir de la presidencia en el G20 que asume nuestro país durante el 2018. El G20 es el grupo que reúne a los países más poderosos y que se congregarán en un foro internacional para la cooperación económica, financiera y política que se realizará en Buenos Aires en noviembre de este año. En esta Cumbre de Líderes los países firmarán un documento donde se comprometen a abordar los temas acordados. En el 2017, bajo la presidencia de Alemania, se conformó un Grupo de Trabajo de Salud del G20 y para este año la agenda incluye 4 temas prioritarios entre los que se encuentra, ni más ni menos que el “fortalecimiento de los sistemas de salud” y “el **financiamiento de la Cobertura Universal de Salud**”¹⁷.

11. Manoukian DE (2016) “Cobertura Universal de Salud, golpe al Derecho a la Salud y al acceso universal”. IDEP-ATE, Buenos Aires Argentina. [<http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2016/10/IDEP-Salud-Cobertura-Universal-de-Salud.pdf>]

12. Laurell, ibídem

13. Laurell Asa Cristina, Ronquillo Joel Herrera. La Segunda Reforma de Salud: Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud colectiva [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Mar 03]; 6(2): 137-148. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200002&lng=es.]

14. Heredia et al (2014). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? MEDICC Review, 2015, Vol 17, Suplemento [<http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151h.pdf>]

15. The Lancet. “Argentina must follow Germany’s lead on health at G20.” 12/09/2017 <http://globalhealth.thelancet.com/2017/09/12/argentina-must-follow-germanys-lead-health-g20>

16. Laurell AC (2014) ¿Cobertura universal en salud en América Latina? Medicina Social 9(1) [<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/826/1608>]

17. Infobae “Sobrepeso y Obesidad infantil los temas de salud en la agenda del G20” 5/3/2018 [<https://www.infobae.com/salud/2018/03/05/sobrepeso-y-obesidad-infantil-los-temas-de-salud-en-la-agenda-del-g20/>]

La **primera reunión** se realizó en Buenos Aires los pasados 5 y 6 de marzo y estuvo enfocada en 2 de los 4 temas prioritarios: la malnutrición y particularmente en el sobrepeso y la obesidad infantil. La segunda reunión será en mayo, en Ginebra, y tratará el fortalecimiento de los sistemas de salud y la reacción de los sistemas de salud a desastres, pandemias y catástrofes. La tercera será en octubre, en Córdoba, un día antes de la reunión de ministros de Salud. Conviene agregar que los organismos que participarán del Grupo de Trabajo de Salud son el Banco Mundial, OCDE, OMS y el BID. Todos organismos, que como ya sabemos, han tenido una responsabilidad protagónica en las reformas neoliberales que han atravesado los países de nuestra región.

Esto, sumado al ascenso de gobiernos neoliberales y conservadores en muchos países de nuestra región parece indicar que cambiarán las coordenadas de las políticas salud, no solo al interior de los países, sino en la región en su conjunto. La conocida revista **The Lancet**, respaldada por la Fundación Rockefeller, ha publicado recientemente una nota donde menciona que la Argentina, al presidir la Cumbre del G20 de este año, debería encabezar los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud y avanzar en la cobertura universal de salud en toda la región y de manera más amplia. Incluso más, **Merkel** llamó a la Argentina a unirse e instar a ello a todos los gobiernos nacionales de la región, al **UHC2030**, una asociación mundial administrada por OMS-Banco Mundial.

La región había comenzado a transitar un camino en materia de integración regional en el campo social, a partir de una agenda sanitaria centrada en **la salud como derecho**, la reducción de asimetrías entre los países, y la soberanía sanitaria, por ejemplo en materia de **acceso a los medicamentos**, solo por mencionar algunos ejemplos.^{18,19} Sin embargo, re direccionamiento hacia el norte a través del interés explícito en sectores como el G20 o la OCDE plantea giros en la forma y el contenido de la gobernanza regional, que sin dudas planteará cambios en la agenda de salud.

Cuáles serán esos cambios, es lo que debemos discutir, pero por lo pronto en vez de proponer medidas restrictivas y retrógradas como las que se proponen desde sectores del gobierno, tendríamos que orientar el debate a buscar experiencias que resulten más progresivas y discutir las en el marco de nuestra realidad regional, a partir de una Ciudadanía Suramericana. Un ejemplo de ello son los mecanismos que instrumenta la Unión Europea, donde cualquier ciudadano de un país de la comunidad sea atendido en hospitales públicos en igualdad de condiciones con los ciudadanos locales. Porque la salud es un derecho humano universal y como dijo el ciudadano estadounidense: “En el hospital son héroes, me salvaron la vida. Tengo una segunda vida. Soy fanático de este hospital, que es público, y por eso es importante”.²⁰

En la Argentina, el acceso a la salud es formal y legalmente, Universal y Gratuito. Esto es, la población ya está universalmente “cubierta” en el sistema público. Insistimos, ¿debemos darnos la discusión sobre el sistema de salud que necesitamos? Por supuesto. Pero detrás del debate sobre el cobro a los extranjeros lo que está en debate en nuestro país es el tipo de sistema de salud: para todos o para unos pocos. Y en el telón de fondo está la puja por la implementación del modelo neoliberal en materia de salud en nuestra región.

18. Rovere M. “La producción pública de medicamentos en la Unasur; una mirada desde la salud internacional” [<http://www.vocesenelfenix.com/content/la-produccion-publica-de-medicamentos-en-la-unasur-una-mirada-desde-la-salud-internacional>]

19. Rovere M. “Organismos Internacionales de Salud y la Argentina” [<http://www.vocesenelfenix.com/content/organismos-internacionales-de-salud-y-la-argentina>]

20. Diario Clarín. “Después de 21 días internado, dan de alta al turista acuchillado por ladrones en La Boca: ‘Acá me salvaron la vida’ “ 28/12/2017 https://www.clarin.com/policiales/despues-21-dias-internado-dan-alta-turista-acuchillado-ladrones-boca-aca-salvaron-vida_0_SJUlLMQz.html



8º CONFERENCIA LATINOAMERICANA y CARIBEÑA de CIENCIAS SOCIALES

LAS LUCHAS POR LA IGUALDAD, LA JUSTICIA SOCIAL
Y LA DEMOCRACIA EN UN MUNDO TURBULENTO

PRIMER FORO MUNDIAL DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

26º ASAMBLEA GENERAL DE CLACSO



Buenos Aires, Argentina

19 al 23 de noviembre de 2018

#clacso2018

La Conferencia #CLACSO2018 constituye un espacio amplio, plural y abierto, donde se expresarán aportes e intervenciones de líderes mundiales que representan y expresan los ideales de lucha por sociedades más justas e igualitarias, intelectuales progresistas de los más diversos campos teóricos y disciplinarios, activistas y dirigentes de movimientos sociales y populares, organizaciones de estudiantes, redes y grupos de jóvenes que actúan en la construcción, promoción y defensa de la democracia, la comunicación alternativa y la movilización ciudadana, organismos de derechos humanos, de lucha por el derechos a la educación y la escuela pública, movimientos y organizaciones feministas, antirracistas, antimperialistas, decoloniales y ecologistas, así como docentes, investigadores/as y estudiantes de todos los campos del conocimiento, especialmente, de las ciencias sociales y las humanidades.



PRESENTA UNA PONENCIA INDIVIDUAL O GRUPAL EN
ALGUNO DE LOS 36 EJES TEMÁTICOS DE #CLACSO2018



www.clacso.org

#CLACSO2018



www.clacso.org.ar/conferencia2018

conferencia2018@clacso.edu.ar

www.clacso.org