

Entre las décadas del 60 y 80 algunos sanitaristas sostenían que los Sistemas de Salud dependían de las estructuras económicas predominantes en cada país, por lo que vinculaban a la asistencia pública con el precapitalismo, los seguros de enfermedad con el capitalismo y los servicios nacionales de salud con el socialismo. A través de este razonamiento, en el Siglo XXI los resultados vinieron a mostrarnos que, en realidad, las monarquías eran de izquierda.

En efecto, los modelos actuales de protección social más equitativos se encuentran en países monárquicos: Inglaterra y los países de la Commonwealth (Canadá, Australia y Nueva Zelanda), los países escandinavos, España, Bélgica, Holanda y Japón. Otro modelo capitalista —la Seguridad Social alemana— casualmente surgió en pleno Imperio Prusiano (1883) y hoy, aunque dentro de una democracia republicana, es la más avanzada —en términos de equidad y sustentabilidad— entre las organizaciones de Seguridad Social (financiadas con alícuotas del salario).

De estos ejemplos, el que más similitudes tiene con la Argentina, es el alemán: está financiado por trabajadores y empleadores con algunos subsidios del Estado, forma parte de un país federal y su operatoria se ejecuta por medio de unas 300 cajas de enfermedad, que dependen del ente recaudador, pero mantienen autonomía respecto a la administración de sus servicios.

Las diferencias con la Argentina son sustanciales.

El federalismo de Alemania se basa en la estructura productiva de las provincias y un gobierno parlamentario.

En nuestro país la mayor parte de las provincias dependen económicamente de la Nación, varias no tienen una productividad sustentable y el principal empleador es el Estado. Son independientes en materia de salud y educación, tienen su propia Obra Social para empleados públicos y se mantienen al margen de las regulaciones nacionales de cobertura. El ente recaudador para Obras Sociales nacionales es la ANSeS (y el fiscalizador la AFIP); sin embargo, lo recaudado es sólo un asiento contable, no establece normas generales para los destinatarios de esos fondos.

En Alemania el ente recaudador es solo uno para todas las cajas (krankenkassen), a las que asigna un monto por cada beneficiario ajustado edad, sexo y riesgos, mediante un régimen de premios y castigos. Con esos fondos las cajas compiten entre sí mediante mejores servicios. Una modalidad similar de recaudación y federalismo funciona en Canadá, pero el plan de cobertura del Seguro Nacional de Salud es diferente. Ante los incontenibles incrementos de los costos de la atención médica, los países mencionados reservan fondos específicos para afrontarlos y cuentan con agencias de evaluación de nuevas tecnologías, lo que está facilitado por la unidad administrativa de la recaudación.

En la Argentina, la fragmentación recaudatoria es de difícil abordaje: ninguna autoridad ejecutiva tiene poder suficiente para unificarla. La propia Superintendencia de Servicios de Salud, que regula las Obras Sociales Sindicales, las de Dirección y la Medicina Prepaga, no tiene alcance para las de las FF.AA. y de Seguridad, universidades nacionales y poderes legislativo y judicial. Además, la mayoría de las Obras Sociales Sindicales tercerizan la atención de sus afiliados de mayores ingresos en empresas de prepago.

De modo que, para llegar a un Sistema más equitativo y sustentable, la Política de Estado debería concentrarse en dos instrumentos nucleares: a) arbitrar los medios para concentrar todos los ingresos de Salud en un solo ente recaudador, que fije normas de cobertura comunes, y b) establecer un reaseguro obligatorio para gastos catastróficos común a toda entidad aseguradora (todas las obras sociales y prepagos), incluyendo la Cobertura Universal de Salud (CUS).

Por supuesto, los actores e intereses políticos se opondrían férreamente a tal concentración autoritaria: las provincias preferirán mantener el formidable caudal político de su Obra Social; lo mismo puede esperarse de los sindicatos que administran a discreción su Obra Social, aunque éstas legalmente sean “sujetos de derecho público no estatal”; más aún la Medicina Prepaga, que son empresas de seguros privados con fines de lucro. La CUS parte de suponer que cuenta con los servicios públicos, sin que haya definido cómo se van a brindar tratamientos de alto costo disponibles en el ámbito privado. La esperada Agencia de Evaluación de Tecnologías no tiene todavía un formato definido y corre el riesgo de agregar mayor burocracia a la equidad del Sistema.

Aplicando el principio de “no unir por el amor sino por el espanto”, la amenaza de una medicina judicializada —donde los jueces fallan siempre a favor del peticionante (aunque científicamente no se justifique)—, parece avanzar a pasos agigantados. Un reaseguro obligatorio para gastos catastróficos podría seducir a los actores del Sistema, no sólo porque garantizaría una mayor sustentabilidad de los seguros, sino también porque la escala universal de la población cubierta terminaría por reducir el actual gasto global del Sector Salud.



Por el Dr. Hugo E. Arce (\*)

(\*) Médico Sanitarista. Miembro del Grupo PAIS.