

¿Cobertura o Sistema Universal de Salud?: *hacia dónde vamos y quién decide*

****Gonzalo Basile**

Los recientes anuncios del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) sobre la iniciativa de Cobertura Universal de Salud (CUS) atado al financiamiento del sistema de seguro social (obras sociales sindicales), sumerge de hecho a nuestro país en el marco de relanzamiento de las reformas de los sistemas de salud que en la región latinoamericana cobró reimpulso desde 2013 promovido por la alianza Banco Mundial, OPS-OMS y la Fundación Rockefeller. Relanzamiento de reformas sectoriales que en todas las consultas regionales, las organizaciones de la sociedad civil y centros académicos con expertise en sistemas y políticas de salud vienen expresando su preocupación, rechazo y describiendo incluso los límites de la propia propuesta de CUS (UHC en siglas en inglés).

En Argentina todos los actores (gubernamentales, privados, sociales), coinciden que existe una gran deuda pendiente de la democracia: qué hacer con el sistema de salud. Un sistema de salud fragmentado, desfinanciado en sector público, estratificado-segmentado, que es generador de desigualdad e inequidad en salud (con coberturas, calidad y acceso de salud diferencial, o sea *salud “para pobres”, “trabajadores formales” y “ricos”*). Del gasto total en salud del país que ronda el 10% del PBI, en la salud pública sólo se invierte 2.3%. A ese sistema de salud pública que menos financiamiento tiene, es dónde asisten más de 15 millones de habitantes. Es decir, a casi al mismo sistema de salud de 1600 Hospitales públicos y 6000 unidades sanitarias que en el año 1975 acudían 2 millones de personas (en situación pobreza y empleo informal), hoy demandan entre 15 y 20 millones. De ahí no podemos sorprendernos del cóctel de sobredemanda poblacional, pérdida de capacidad de respuesta de los servicios públicos, deshumanización en la atención, malas condiciones trabajo, enfermología pública (todo gira alrededor del hospital y atención clínica-curativa a enfermedad) con abandono de estrategias preventivos-promocionales, epidemiológicas, entre otras.

Es evidente que ni el modelo de protección social liberal residual ni el de meritocracia resolvieron la cuestión social de la desigualdad en América Latina y Caribe. Ahora bien, frente a este nuevo escenario regional la pregunta que aparece indispensable es resignificar si la CUS es el camino a asumir para garantizar una ciudadanía social protectora y de derechos. Enmarcada en las propuestas de Segunda Reforma del Estado y su modernización, la CUS en la región viene acoplándose a la prerrogativa de extensión de sistemas de “aseguramiento” en salud. Traducción: cobertura sanitaria a través de seguros de salud por estrato social. El precursor Chile de Pinochet en el '82, la reforma neoliberal de Colombia en los '90, o actualmente México, Perú, Dominicana, Uruguay son casos a evaluar sin sesgos. Si uno estudia estas experiencias identifica rápidamente que: 1- El Aseguramiento (CUS hoy) no fue un camino efectivo para la universalidad del derecho a la salud (caso Chile a 30 años), 2- Los seguros no lograron ser integrales ni cubrir todas las necesidades (su cobertura se vincula a un listado de enfermedades y prestaciones mínimas), 3- Son ineficaces e ineficientes para desarrollar estrategias de APS y abordar las dimensiones preventivas-epidemiológicas frente a nuestras endemias y epidemias regionales prevalentes, 4- El subsidio a la demanda con enfoque de riesgo social y apertura de competencia público-privada no mejoró el acceso ni la calidad de atención en salud y acrecentó transferencia pública a sector privado, 5- se profundizó la fragmentación de los sistemas de salud, no por un error de la Reforma CUS, sino dividiendo a los prestadores, a los usuarios/poblaciones a cubrir, para crear competencia y mercados, 6- Se intentó relacionar CUS latinoamericana con la gradualidad del aseguramiento universal europeo u el modelo Costa Rica, cuando ambos casos fueron fenómenos de pos-guerra en contextos de Estados Sociales expansivos. Es importante comprender que estos antecedentes fueron reformulados con la nueva matriz conceptual del gerenciamiento del riesgo social (SRM), donde las bases de reforma ya no son las mismas que en la década de los '90 o primera parte de este siglo. Es decir, la CUS no usa como ejemplo a Colombia o Chile.

Guste o no, la CUS hasta el momento viene funcionando como lo expresa un académico brasileño sobre la analogía de la invitación a una cena: *“todos estamos invitados a la mesa pero no todos vamos a comer lo mismo. Unos comerán pan y tomarán agua, otros caviar y champagne, y otros las sobras... todos comen diferente pero están cubiertos... De eso se trata “CUS”: ahondar segmentación y estratificación de nuestro modelo de protección social y sistema de salud.*

En Argentina sobre la base de la reforma de baja intensidad sufrida en últimas décadas, la descentralización-desresponsabilización con pérdida rectoría pública nacional en salud en los '90, las ciudadanías desiguales con inversiones per cápita y disponibilidad de servicios públicos diferenciales por provincia y por municipio, con extensión de paquetes de "seguros" primero Plan Nacer(materno infantil) y luego SUMAR junto a los seguros provinciales de salud(Banco Mundial), son a partir de donde se encuentran las bases jurídicas, políticas, conceptuales y arreglos institucionales para implantar la CUS en sintonía con la geopolítica regional y global en salud como un salto de filosofía y economía política neoliberal en el sector (aunque en la práctica signifique en esta primer etapa "nominalizar", es decir, universalizar una credencial/carnet). Importante: En el 53° Consejo de OPS-OMS del 2014, nuestros países, incluyendo Argentina, aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (CD53/5,Rev.2).

Quizás habría que preguntarnos si no perdimos nuevamente la oportunidad histórica de refundar el Sistema de Salud en Argentina. Hoy es necesario que la CUS no quede sólo encapsulada como un acuerdo entre despachos gubernamentales y sindicales. Resulta fundamental abrir un espacio público polifónico desde la sociedad civil para reflexionar, debatir, pensar, aportar, estudiar evidencias pero sobre todo potenciar una fuerza social capaz de refundar el sistema de salud que garantice derechos sociales de ciudadanía, buscando el camino más efectivo y eficaz desde dónde hacerlo.

Una convocatoria amplia, plural y diversa que permita poner en el centro de la agenda de políticas públicas si la salud es un derecho social en el marco de un nuevo andamiaje institucional de seguridad social universal que pueda revertir la cuestión de la desigualdad, si la salud debe ser asumida como bien público por el Estado a través de un nuevo Sistema Universal de Salud-SUS (en el caso argentino quizás integrando primero en un "único" sistema a la caótica esfera pública estatal como es el subsector público(Hospitales-Centros), PAMI, PROFE, Obras Sociales Provinciales, municipios, y otros efectores estatales; para luego pensar otras pasos).

El SUS significa no sólo ciudadanía universal y democracia social (sin importar la capacidad de pago, tipo de empleo u demostración de "prueba de medios" que cada persona/familia tiene). Es el modelo de organización y gestión de salud que demuestra por los principios de universalidad, integralidad e interdependencia de derechos, que más eficazmente desmercantiliza la vida y salud, responde de forma más eficiente a las necesidades de las sociedades complejas e inequitativas que aún tenemos. Tener un sistema integral y universal es lo más "seguro" para la salud colectiva buscando eliminar barreras de acceso, shock de fondos públicos generadores de ciudadanía y distribución del ingreso, potenciar capacidad de atención y respuesta sobre nuestros perfiles epidemiológicos desiguales, priorizar diálogo intercultural y equidad de género, conectándose a un sistema de previsión social (pensiones) y de protecciones sociales que aspire a lograr un Sistema Universal de Seguridad Social para vivir bien. Un nuevo patrón civilizatorio de justicia e igualdad social. Esta tesis requiere la sofisticación de rediseñar, revitalizar y reconstruir un proceso pero sobre todo "ciudadanizarlo" en una estrategia y debate marcador, de cómo convertirlo en agenda política y social de las mayorías en nuestras sociedades. En esta última década fracasamos en varios intentos.

Hoy las consignas rápidas y dilemas apocalípticos quizás nos dejen cándidamente tranquilos, pero pueden llevar a cometer errores de cómo potenciar nuevas coordenadas de innovación y creatividad para repensar y resignificar la salud colectiva y seguridad social en la etapa actual de Latinoamérica. Cómo hacer para no alejarnos de los problemas de la materialidad de la vida de los pueblos, de cómo abordar ese divorcio de décadas entre "salud pública" y calidad de vida, es una pregunta que debe retumbar en cada uno de nosotros/as.

¿Debemos continuar por el sendero y las bifurcaciones (recetas enlatadas propias y ajenas) de los últimos 40 años? Pareciera que insistir por la profundización del mismo camino, CUS mediante, difícilmente obtengamos resultados diferentes.

* Presidente Honor y Coordinación América Latina y Caribe Médicos del Mundo
**Coord. Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud ALAMES
***Investigador de Instituto de Investigaciones en Salud Caribe