

GEORGE MOSELEY: “EL ÉXITO DE LA REFORMA SANITARIA NO ESTÁ GARANTIZADO”

El especialista estadounidense, asesor del presidente Barack Obama, disertó sobre la nueva ley de atención de la salud aprobada en marzo en Estados Unidos; qué puede esperarse del nuevo esquema



Organizada por la Acción Social de Empresarios (ASE) y auspiciada por Fundación Medifé, se realizó en el Hotel Panamericano de Buenos Aires una disertación sobre *La reforma del sector salud en Estados Unidos. Un primer análisis de lo que se hizo y lo que falta hacer*, que tuvo como expositor al profesor George B. Moseley, consultor de la reforma del sistema de salud de Estados Unidos. Profesor reconocido de la Universidad de Harvard, ha escrito libros sobre *Estrategias en Cuidados de Salud para Médicos* y *Estrategias en el Gerenciamiento del Mercado de la Salud*. Dirige investigaciones en la introducción de nuevas tecnologías en el cuidado de la salud y cuestiones legales relacionadas a fármaco-genética.

“El éxito no está garantizado”, señaló George Moseley, en su segunda visita al país en menos de un año –pero ahora con el sistema de reforma sanitaria impulsado por el presidente estadounidense Barack Obama, aprobado en marzo de este año–, y ponderó las mejoras que generará su aplicación, pero al mismo tiempo alertó sobre los costos de salud que se elevarán en el nuevo sistema y que obligará a un nuevo

replanteo dentro de cinco años. La nueva ley norteamericana obliga a todos los ciudadanos a afiliarse a una aseguradora privada, pero para eso les ofrece sistemas de amplios subsidios y de créditos para que todos puedan hacerlo. De esta manera, se logra el ingreso de 30 millones de ciudadanos que antes no estaban en el sistema de salud y no tenían ningún tipo de cobertura. Moseley señaló que se creó además una bolsa de seguros médicos, donde la gente puede ver las opciones disponibles y compararlas fácilmente. Esto, argumenta Moseley, facilita la elección libre y consciente. Las empresas, para acceder a esta bolsa, deben presentar por lo menos dos opciones de planes de salud. La ley impone algunas obligaciones a las aseguradoras, entre ellas la de no dejar de cubrir a personas con enfermedades preexistentes, ni desafiliar a un paciente porque le genera demasiados gastos, o porque se enferma seguido, es decir, cuando más necesita la cobertura social. También establece que al menos el 85% de su inversión la dediquen a atención médica, recortando de ser necesario los gastos de marketing y otras actividades.

Las nuevas medidas tienden también a promover en lo posible el uso de medicamentos genéricos (que son más baratos porque han perdido los derechos de patente y pueden ser fabricados por cualquier laboratorio), derivar la carga de los juicios por *mala praxis* médica (que en los Estados Unidos son toda una industria en sí) en las empresas más que en los médicos, hacer que los médicos al recetar una droga deban aclararle al paciente si tienen o no relaciones comerciales con el laboratorio que la produce, estandarizar los servicios (que dos pacientes con el mismo problema de salud reciban el mismo tratamiento), capacitar médicos para la atención primaria e incentivar económicamente esta elección profesional.

En relación al sistema de salud argentino, advirtió que se necesita más información sobre la propia situación sanitaria para “no legislar a ciegas”. En coincidencia con el Dr. Federico Tobar, que disertó previamente, destacó que en la Argentina no hay una ley que regule los servicios de salud y es-

PARECIDOS Y DIFERENTES

“¿Has observado las ruedas de los autos antiguos?, La gente que tiene un automóvil y no tiene mucho dinero cuando se le pincha una cubierta la emparcha, la situación se repite sucesivamente y cuando uno revisa la cámara observa que está llena de parches. Bueno, así viene funcionando el sistema de salud de Estados Unidos, que ha sido emparchado tantas veces que algún día terminará explotando. El sistema de salud de Estados Unidos presenta una debilidad que en alguna medida es similar a la Argentina: demasiada fragmentación y muchas partes que no funcionan bien en el conjunto. Lo ideal en una situación así es lograr un sistema donde una sola parte es la que paga, para que la mayor parte del financiamiento del sistema venga de una sola fuente, para no tener tantas partes que están peleándose. En los EEUU es casi imposible pensar algo así. Tanto las empresas de seguro de salud como las empresas farmacéuticas tienen mucho poder y no lo van a resignar. Mientras que los políticos de la derecha tienen terror de darle más poder al Gobierno”, describió Moseley.

tablezca las funciones de cada institución del sector. Según Moseley, que fue uno de los principales asesores de Barack Obama en la reforma hecha este año en Estados Unidos, lo aconsejable para alcanzar un buen sistema es que se estudien diferentes modelos de reforma sanitaria dados en el mundo y se elabore, en base a los que mejor funcionan, uno adecuado a las necesidades locales: ‘Y en lugar de copiar a los Estados Unidos, hagan cambios para que nosotros los copiemos a ustedes’, apuntó.

Moseley destacó las mejoras de la reforma estadounidense, pero opinó que “los costos de la salud para el sistema se elevarán mucho” y que por eso, “en unos cinco años habrá que hacer nuevos replanteos”. Reiteró que el principal logro de esta reforma

“En Estados Unidos existe el programa Medicaid, para las personas de bajos ingresos, y Medicare, al que acceden los mayores de 65 años; pero no hay un sistema público de salud: la cobertura social se basa en las empresas aseguradoras privadas. La nueva ley estadounidense obliga a todos los ciudadanos a afiliarse a una aseguradora privada, pero para eso les ofrece sistemas de amplios subsidios y de créditos para que todos puedan hacerlo”, explicó Moseley.

es haber ampliado el acceso a la cobertura –de ahí que no sea correcto hablar de una universalización del sistema–, aún cuando alrededor de 23 millones de habitantes, personas que por su condición de inmigrantes ilegales o nivel de pobreza no pueden acceder a ninguna de las pólizas existentes.

El camino latinoamericano

En la presentación previa, Tobar, consultor internacional en Política de la Salud y docente de ISALUD, brindó una detallada descripción de los sistemas de salud y sus reformas en el continente latinoamericano (*¿Qué aprendimos de las reformas de salud en el continente latinoamericano?*, fue el título de su exposición). El especialista en Economía de la Salud señaló además la necesidad de debatir sobre la mejora del sistema sanitario del país y remarcó el objetivo de consolidar una autoridad sanitaria, avanzar sobre un seguro de enfermedades catastróficas y crear una ley nacional de salud, como ejes para mejorar el sistema sanitario argentino. Al respecto, también señaló que debían fijarse políticas y reformas sanitarias basadas en evidencias: “En términos económicos –señaló– podríamos afirmar que la función de la producción de salud cambia en la medida que los factores y los procesos de producción son alterados. Hace tiempo tenemos una crisis de racionalidad en nuestro sistema porque hay otros sistemas que producen más salud con el mismo contenido que el nuestro. Tenemos un problema de financiamiento, así como también de racionalidad y de legitimidad de nuestro sistema en la medida que no da respuesta de las necesidades de salud de la población”.

Tobar realizó una impecable reseña de los sistemas de salud en el mundo partiendo del sistema alemán que logró consolidarse durante el período del canciller alemán Otto von Bismarck, a través de la ley del seguro de enfermedad de 1883; el modelo universal de servicio público gratuito que incorpora la revolución rusa, pero con un nivel de desarrollo de la medicina bastante más precario comparado con el alemán, que lideraba el conocimiento y la tecnología. Se

DE LO NUESTRO, LO MEJOR

El doctor Federico Tobar, uno de los impulsores del Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación y asesor en la actualidad del Banco Mundial y de UNICEF, destacó también las reformas hechas en los sistemas de salud en América Latina. Ponderó el gran acuerdo nacional (“pacto por la vida”) al que se arribó en Brasil y al que las provincias decidieron adherir lográndose un compromiso de financiamiento mutuo. Se logró un sistema público y municipal, con un mix prestador público privado. Brasil tiene otro componente interesante que es el impuesto al cheque destinado a financiar la seguridad social, una especie de contribución que le otorga cierta estabilidad. El de Uruguay, bajo el Gobierno de Tabaré Vázquez, donde las entidades prestadoras integrales que se disputan recursos de un fondo nacional de salud son por cumplimiento de metas definidas estratégicamente desde el Ministerio de Salud (el Estado fija metas sanitarias en el control de enfermedades de alta incidencia y paga un 20% más a las aseguradoras que logren sus objetivos entre sus afiliados mediante programas de prevención). En Chile, hubo una primera reforma cuando se separó al sistema de salud en dos grandes segmentos, el sistema público financiado por el fondo nacional de salud y el sistema privado de instituciones de salud previsional, con lo que se evitó la doble cobertura, y una segunda reforma en la que se establecieron 57 enfermedades altamente prevalentes, en la que se dispuso que todos los pacientes que las padezcan reciban los mismos protocolos de tratamiento médico, independientemente de su poder adquisitivo. Se hizo mención también de las reformas realizadas en Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Para Moseley, el principal logro de la reforma sanitaria en Estados Unidos es haber ampliado el acceso a la cobertura, aún cuando alrededor de 23 millones de habitantes, personas que por su condición de inmigrantes ilegales o nivel de pobreza no pueden acceder a ninguna de las pólizas existentes.

refirió a la segunda generación de reformas que implementó en forma progresiva el gobierno del primer ministro británico Winston Churchill, que apuntó a la idea de un sistema donde todos paguen una tasa y se asegure un piso de prestación.

Y el más emblemático, considerado sino el mejor uno de los mejores sistemas de salud en el mundo, el canadiense, que a finales de la década del 40 ya tenía cobertura universal y gratuita. Fue entonces cuando el Gobierno Federal resuelve convocar a un pacto con todas las provincias, donde cada una mantiene la administración de sus respectivos modelos de salud, pero con ciertos principios y niveles de calidad que garantizan que el sistema funcione de manera uniforme en todo el territorio, con transferencias de fondos del Gobierno Federal hacia los estados provinciales para el cumplimiento de las metas. 