

La “desregulación” de obras sociales

Preguntas y respuestas

Por Rubén Torres*

Los desiguales marcos de acción con que cuentan las empresas de medicina prepaga y las obras sociales generan un debate que sigue vigente. Los interrogantes abiertos y algunas propuestas.

A pocos pueden quedarles dudas respecto al legítimo derecho que asiste al beneficiario de una obra social de abandonarla y optar por otra si la primera no le brinda los servicios con la calidad pretendida. Hoy, se plantea nuevamente la discusión sobre la legitimidad de este derecho, y desde algunos sectores se coloca la suspensión de los traspasos como alternativa. Creo que la problemática requiere un análisis de una profundidad que debiera poner en su justo marco el tema, y tratar definitivamente su núcleo y no aspectos marginales. Algunas preguntas pueden ayudarnos:

¿Es ilegítima la participación de las entidades de medicina prepaga (EMPP) en el sistema? Sin abrir juicio de valor sobre su eficacia, efectividad y calidad en las prestaciones respecto de las obras sociales, su participación en el sistema

(sin regulación previa) se fundó en la presunción (pues no existían en ese momento estudios que lo avalaran y los realizados a posteriori nunca pudieron confirmarlo) de que existía una enorme disconformidad con los servicios de las obras sociales, postura esgrimida por los “expertos” de los organismos internacionales de crédito y nunca técnicamente refutada por las autoridades del momento. Más allá entonces de esta valoración, resulta absolutamente impracticable poner en competencia (herramienta legítima) a un sistema cuyo principio básico es la solidaridad con otro que tiene el (absolutamente legítimo) fin de lucro y la ganancia como objetivo. Máxime cuando se permite la competencia con un rígido mecanismo de control para algunas entidades y ninguno para otras.

¿Desregulación? Más allá del eu-

femismo (paradigma de las acciones llevadas a cabo sobre el Estado y su poder regulatorio en la década de los 90) resulta inexplicable (o no) que los referidos “expertos” ignoraran que todos los países desarrollados desregulan ciertas actividades, pero jamás dejan de regular aquellos bienes públicos, meritorios o sociales que hacen a la cohesión y protección social de sus ciudadanos, o que por la irregularidad de sus condiciones de competencia o suministro no pueden garantizar el acceso en condiciones igualitarias para todos. Y justamente la salud cumple estas dos condiciones. Además, la llamada “desregulación” fue asimétrica, pues no se “desreguló” el funcionamiento de las obras sociales (incluso se lo reguló más: creación de la SSS, ley de funcionamiento, PMO, etc.) mientras que instituciones privadas (EMPP) participantes de este sector de mercado irregular quedaron huérfanas de regulación hasta el día de hoy. Cabe plantear en su descargo que fueron sometidas al cumplimiento del PMO (Ley 24.754) con un pequeño “olvido”: no se definió la autoridad de policía de esa obligación. Tampoco se tomaron los recaudos necesarios para adecuar el cumplimiento del PMO a las condicionalidades elementales de un sistema de seguros (por ejemplo, valorar su costo antes de garantizar su derecho).

¿El fin de la cautividad? El argumento más poderoso esgrimido para poner en marcha la “desregulación” fue terminar con la cautividad de los beneficiarios, sin duda, objetivo loable. El problema fue que la instrumentación financiera y regulatoria del traspaso (diseñada por los “expertos” con la aquiescencia o la ignorancia del resto de los participantes) realmente permitió el fin de la cautividad... pero sólo de aquellos que por su

* Rubén Torres es Magister en Sistemas de Salud y Seguridad social y en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social. Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Director de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de Universidad ISALUD. Ex Superintendente de Servicios de Salud. Asesor Regional en Seguridad Social de OPS-OMS.

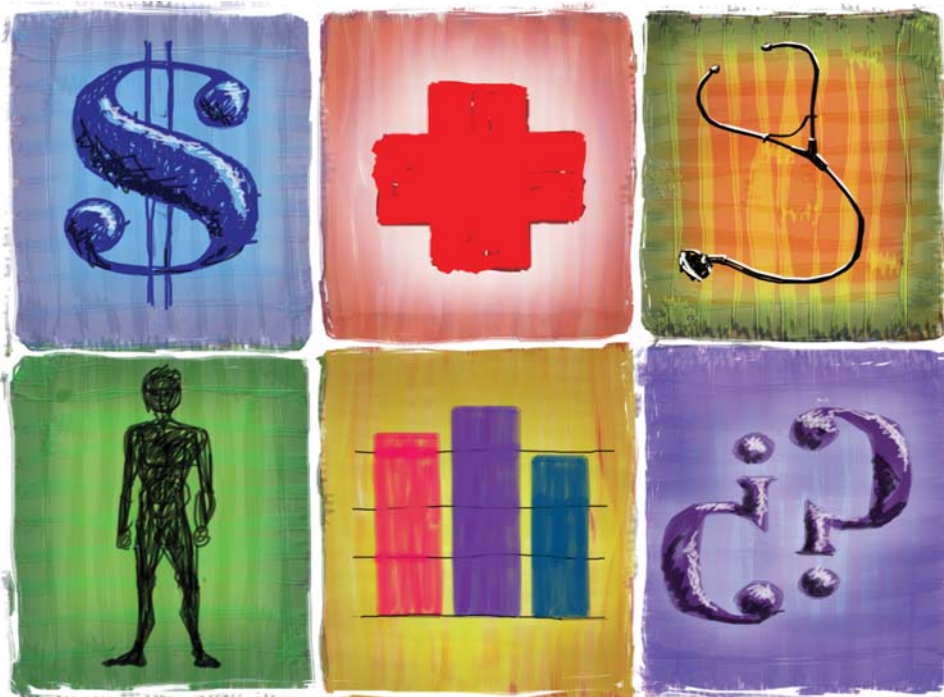
nivel de aportes y/o salarial pudieron acceder a los copagos planteados por las entidades privadas. Este mecanismo comúnmente llamado "descreme" tiene facetas más graves y poco analizadas.

¿Descreme? Al permitir solamente el traspaso de aquellos con capacidad de pago, el mecanismo vulnera íntimamente la concepción de la seguridad social: el que más gana más aporta, a fin de establecer una compensación solidaria que permita brindar a todos una prestación en base a sus necesidades e igualitaria en acceso y calidad.

En un sistema como el nuestro, organizado por ramas de actividad, permitir el traspaso con la totalidad del aporte rompe el criterio de solidaridad hacia adentro de cada obra social (sólo mínimamente paliado con el subsidio automático nominativo) y entre la totalidad de los beneficiarios de la seguridad social (más resguardado por la utilización del Fondo Solidario de Redistribución -FSR- para el pago de prestaciones de alto costo. Pero también fuertemente vaporeado por la incorporación de monotributistas con aporte independiente de sus ingresos y la fijación de alícuotas para la permanencia de jubilados en las obras sociales).

¿Una sociedad solidaria? El acceso a la salud ha dejado de ser en el imaginario social de una parte de nuestra comunidad un bien de usufructo universal y solidario, para convertirse en un bien de consumo individual relacionado con la capacidad de compra de cada uno (¿no existen acaso entidades de "consumidores" en salud?). Algunas respuestas deben nacer de una discusión transparente y sin prejuicios:

La organización del sistema por ramas de actividad genera una enorme dificultad para lograr equilibrios solidarios intrasistema (el más eficiente, aunque insufi-



ciente, es el FSR). Una solución posible está representada por el subsidio nominativo automático realizado en base a una distribución por riesgo de enfermar. Por supuesto esto requiere previamente rever el funcionamiento del sistema de monotributo y la alícuota de permanencia de los jubilados en su obra social de origen.

Una regulación del sistema de medicina prepaga que apunte más a proteger a los muchos que no pueden acceder a ella que a los pocos que pueden hacerlo. Una solución posible: incluir para las EMPP que quieran participar del sistema una regulación de control financiero, gasto y obligaciones similar a las de las obras sociales, incluyendo su participación en el FSR, pero *con aportes por la totalidad de lo desembolsado por cada beneficiario.*

Cada sindicato tiene el derecho a ser el marco natural de contención de sus afiliados, pero este legítimo derecho no puede colisionar con otro igualmente auténtico: el de cada afiliado de tener acceso equitativo al mejor servicio de salud posible. Las obras sociales cumplen un rol social que excede ampliamente el de los gremios, y su gerenciamiento profesional y el uso trans-

"La llamada 'desregulación' fue asimétrica, no se 'desreguló' el funcionamiento de las obras sociales (incluso se lo reguló más) mientras que instituciones privadas participantes de este sector de mercado irregular quedaron huérfanas de regulación hasta hoy".

parente de los recursos nada tienen que ver con el encuadramiento del trabajador; su objetivo es otorgar a todos los beneficiarios la mayor protección sanitaria independientemente de su actividad sindical. La práctica demuestra que aquellas obras sociales que son correctamente gestionadas y brindan los servicios adecuados logran la fidelidad de sus beneficiarios, excepto aquellos que por capacidad de pago o visión consumista deciden marcharse. El hecho de que mucho menos de un 20% de los afiliados ha cambiado de obra social resulta una prueba de ello. Que varias obras sociales incorporen por su calidad casi tantos afiliados como los que pierden, es otra. Este último hecho también amerita replantear, fortalecer e incentivar positivamente a estas obras sociales que, de persistir el régimen actual, estarán condenadas -¡increíblemente!- a la desaparición, como resultado de un éxito de gestión que las torna elegibles para una multitud de beneficiarios de obras sociales negligentes o inviables que provocan la emigración de sus afiliados, mayoritariamente de bajos salarios (necesidad de la compensación por riesgo). Caso contrario estaríamos otorgando la razón a

aquellos dirigentes que, llamativamente defensores de un sistema solidario, han entregado el nombre de su obra social para servir de "máscara" a entidades privadas que le permitan a sus afiliados "solidarios" cumplir el sueño de su prepago no solidario.

Ha llegado el momento, basados al planteo del punto anterior, en que discutamos no sólo si es necesario sino si es prudente que todos los gremios tengan su propia obra social. No pretendo hacerlo en el tono de los "expertos" de los noventa, considero que el aporte a la salud de las obras sociales sindicales es y ha sido decisivo para el sostenimiento del sistema argentino. Pero también estoy seguro de que hay un importante número de obras sociales que por sus dimensiones poblacionales, la dispersión de sus afiliados, su nivel de gestión y sus mecanismos de escala no resultan viables en términos de

sus posibilidades de brindar servicios a sus afiliados con un mínimo de decoro y dignidad.

Debe pensarse en un mecanismo de traspaso vinculado a la cápita media de cada obra social o del sistema, adicionado al riesgo de enfermar del beneficiario que haga uso de la opción. El resto del aporte (su componente solidario) *debe continuar en el sistema*, y subrayo este hecho porque deberíamos discutir en qué lugar del sistema para evitar que se transforme en un incentivo a la inacción o a la desidia de aquellas obras sociales que pierden un gran número de beneficiarios por su propia ineficiencia. ¿Deberíamos premiarla dejándole un aporte solidario que mal utiliza? Posiblemente cabría pensar en un fondo que contribuya a fortalecer a aquellas obras sociales que realizan esfuerzos importantes de gestión, o bien para la compensación de riesgos en aque-

llas obras sociales que permiten la permanencia de sus jubilados. Para terminar vale una pregunta (de difícil respuesta): si lográramos ajustar este sinnúmero de situaciones, ¿esa parte de la sociedad que privilegia el valor consumo sobre la solidaridad, estará dispuesta a dejar parte de su aporte (el componente solidario) para sostener el acceso equitativo de los más pobres del sistema? Si estudiamos detalladamente el perfil de ese menos del 10% de los afiliados que optaron por pasar a una EMPP, veremos que se encuentran en el decil más "rico" de los beneficiarios de la seguridad social. Debemos pensar en un sistema que les permita hacer uso de su legítimo derecho de optar por una de estas entidades siempre que no sea en perjuicio de la cautividad de los más pobres en obras sociales sin financiación sostenible.

"Resulta absolutamente impracticable poner en competencia a un sistema cuyo principio básico es la solidaridad con otro que tiene el fin de lucro y la ganancia como objetivo".

Servicios de Salud Mental

RED
NACIONAL DE SALUD MENTAL

Las 24 hs., los 365 días del año.
0800-8882600

Juncal 2336 - (1125)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
TEL / FAX. 4824-8700

info@sesamsaludmental.com
www.sesamsaludmental.com

