

# UNA DECISIÓN NECESARIA Y AUSENTE

Históricamente, puede decirse que hay dos conceptos opuestos: uno que toma al individuo como un elemento de la sociedad que sirve a ésta y el otro que indica que el conjunto debe servir a cada persona que lo integra y no a la inversa. En el tema específico que nos ocupa, esto es la preservación de la salud y de la vida, la segunda de las aserciones parece ser la más indicada, esto es, priorizar el caso particular por sobre todo, frase repetida innumerables veces pero también desmentida otras tantas por la realidad cotidiana.

Si bien los conocimientos médicos y la infraestructura puesta a disposición de la asistencia a la enfermedad (nótese que, adrede, omito caer en la frase «atención de la salud») han crecido geométricamente, el promedio de vida útil de las personas no lo ha hecho en la misma proporción y, aún así, el aumento se debe más a la información sobre hábitos nocivos que a la acción de los adelantos supra señalados. Así como la extinción de las pestes que asolaban a nuestros ancestros, fue causada más por las medidas de higiene personal y pública que por la tarea de los médicos, la prolongación de la vida en los últimos tiempos responde a razones similares.

No obstante lo expuesto, a poco de repasar la extensa oferta que hacen las casi trescientas obras sociales y otro centenar de mutuales y empresas, se denota que la casi totalidad de ellas promete cobertura «integral», esto es, toda la posibilidad diagnóstica y terapéutica actual y la por venir. Este concepto, vale aclararlo, es el que exhiben los jueces cuando es sometido a su criterio un desacuerdo entre prestatarias y beneficiarios/afiliados.

Este compromiso, me apresuro a afirmarlo, es imposible de cumplir y la realidad lo demuestra día

a día, en el sector estatal y en el de la seguridad social igualmente. El Estado, todas las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y las mutuales y asociaciones de beneficencia, aunque distintos en origen, objetivos y mecanismos de acción, se rigen bajo una norma que les es común, que es la correlación de la disponibilidad del recurso con la demanda observada. Limitado el primero, inconmensurable la segunda.

La asistencia de las enfermedades que sufren las personas demanda dinero y éste debe adjudicarse con eficiencia, es decir, logrando el mayor beneficio al menor costo posible. Un cálculo actuarial, similar al que realizan las compañías de seguros para establecer cuotas (posibilidad de ocurrencia de siniestros-costo del reparo de los mismos) es el que debiera realizarse para estimar el monto que demandará un plan determinado de atención de la enfermedad. Es una perogrullada decir que son pocos los que lo hacen y, asimismo, cuando lo llevan a cabo se topan con mítica aseveración de que «...hay que cubrir todo...».

Haría falta un pronunciamiento plausible del Estado primero y del resto luego, que marque con franqueza las opciones, esto es, qué se va a priorizar y qué se va a desalentar en referencia a la atención de la enfermedad de las personas. Pero, como toda elección, esto significa tomar una cosa y desechar otra. Para ello hay que tener ideas claras, capacidad y coraje, cualidades excepcionales que, hoy por hoy, brillan por su ausencia.

Dr. Fernando Carignano  
Secretario General de la AMBB  
Director de la RCAMBB