

# DE CUS (COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD) A CUS (A CADA UNO LO SUYO)



Por Rubén Torres

Con la aparición del ahora famoso cubo de la CUS de la OMS surgieron simultáneamente algunas preguntas (todas ellas aplicables a la realidad argentina).

La primera, referida a la cobertura, se ve ahora amplificada por la nueva concepción de acceso (utilizada en la resolución de la OPS), y es: ¿estamos hablando de acceso (cobertura) “de jure”, teórica o efectiva, o “de facto”? Esta distinción,

que pareciera sólo académica o teórica es clave para definir políticas sanitarias en nuestro país, en el cual, tal vez con la mayor diferencia, con el resto de América latina, la Argentina asegura acceso gratuito al 100% de su población. Pero este acceso “de jure” resulta en claras diferencias de tiempo, calidad y resultados según la ubicación del ciudadano en el mercado de trabajo, nivel de ingresos, lugar de residencia, etc.

La segunda, se refiere a la dimensión de los servicios cubiertos, y especialmente a cuáles son los servicios a cubrir, y para quienes. Nuevamente, “de jure”, el PMO, constituye tal vez

uno de los conjuntos de prestaciones más amplios y menos razonables del mundo. Además, es permanentemente engrosado con el aporte de leyes específicas por patología, que no respetan ninguna prioridad epidemiológica y mucho menos las necesidades reales de los más pobres, dado que el PMO cubre exclusivamente a los asegurados por las leyes 23.660 y 24.754 –obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga– y excluye tácitamente de sus alcances a los 15 mi-

llones de argentinos que sólo poseen la cobertura –y el acceso– del sector estatal... casualmente los más pobres. Demás está decir que, en mi opinión (y en la de muchos expertos internacionales<sup>1</sup>), resulta una situación inaceptable (y profundamente antitética) garantizar nuevos servicios para los más acomodados cuando no se garantizan otros prioritarios para todos.

La tercera, se relaciona con la protección o garantía financiera y la visión focalizada en las enfermedades catastróficas. Para un hogar del

primer quintil de ingresos, la necesidad de comprar un medicamento de uso corriente –sin descuentos– puede constituir un episodio catastrófico (medido en términos de compromiso porcentual de su ingreso). Del mismo modo el incumplimiento de la ley de prescripción por el nombre genérico, resta ingresos en los hogares de todos los niveles.

Sin necesidad de plantear muchas más preguntas, ¿de qué estamos hablando cuando decimos CUS? Estamos hablando de calidad de la atención: que todos reciban lo correcto; de protección financiera: que la atención recibida no deje a la familia en la pobreza; y espe-

cialmente estamos hablando de equidad: que la atención esté vinculada con las necesidades y no con la capacidad de pago.

Para todos los afectos a la definiciones rimbombantes y poco apegadas a la realidad (que igualmente resultan entusiastas de los acrónimos y etiquetas); propongo una nueva: **CUS**: a Cada Uno lo Suyo.

**En mi opinión, y en la de muchos expertos internacionales, resulta una situación inaceptable y profundamente antitética garantizar nuevos servicios para los más acomodados cuando no se garantizan otros prioritarios para todos**

<sup>1</sup> Making fair choices on the path to universal health coverage, OMS, 2014