



El fracaso sanitario argentino. Diagnóstico y propuestas¹.



Con el objetivo de promover la investigación y el estudio sobre la realidad económica argentina, como una forma consciente de contribuir al desarrollo intelectual y económico del país, Fundación Arcor creó en 1993 el Premio Fulvio Salvador Pagani, como homenaje a quien fuera uno de los pioneros de Arcor. El presente documento refleja una síntesis de la investigación premiada en la convocatoria del año 2004.



Una de las grandes paradojas de nuestro tiempo es que, pese a los inmensos logros de la medicina moderna, los usuarios manifiestan elevados niveles de insatisfacción con su sistema de salud. En todos los países, ya sea su sistema de salud concentrado en el Estado o esté más dominado por el mercado, las restricciones siempre están presentes. En general, los sistemas estatales penalizan la accesibilidad con listas de espera, mientras que los sistemas de puro mercado con costos prohibitivos para el ciudadano medio. En todos los países cada vez se gasta más y los resultados en salud siempre dejan mucho que desear. La Argentina no es la excepción.

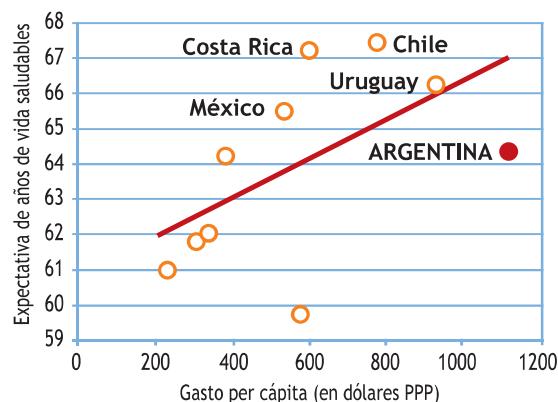
Nuestro país no gasta poco en salud, o al menos, no gasta menos que otros países de similares características. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Argentina invierte en salud un 8% de su PBI. Este esfuerzo, poco usual para un país latinoamericano, no se condice con la percepción de la mayoría de la población respecto a la calidad de sus servicios de salud.

Los resultados sanitarios en Argentina

La percepción de la gente no es equivocada. En Argentina, la probabilidad de muerte para los niños menores de 5 años es del 18 por mil, mientras que, según datos de la OMS, en Chile es 15 y en Costa Rica de 11. Resulta llamativo que estos países gastan menos en salud.

Otro indicador son los años de vida saludables, es decir, los años que se vive en plenitud sin sufrir una enfermedad. Argentina no es el país mejor situado. En Chile, Costa Rica, México y Uruguay, con un menor gasto per cápita en salud, la gente vive más años saludables que en Argentina. (Gráfico 1)

Gráfico 1
Expectativa de años de vida saludables y gasto per cápita en salud



Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Fuente: OMS - 2001

¹ Este trabajo es un extracto del libro "El Sistema de Salud en Argentina. Diagnóstico y Propuestas". Fundación Arcor, "Premio Fulvio Salvador Pagani 2004". Realizado por Jorge Colina (IDESA), Osvaldo Giordano (IDESA) y Pablo Rodríguez de Pozo (Weil Cornell Medical College in Quatar).

Otro dato desalentador lo da un ranking que elaboró la OMS para evaluar y comparar los sistemas de salud de casi 200 países. Argentina quedó en el puesto 75º, lejos de Colombia (22º), Chile (33º), Costa Rica (36º), Cuba (39º), México (61º) y Uruguay (65º).

Todas estas evidencias muestran que Argentina podría lograr mucha más satisfacción de su población, menos muertes entre los recién nacidos o más años de vida en plenitud, con la misma cantidad de recursos que hoy destina a la salud.

Las causas del fracaso: las malas reglas de juego.

Con frecuencia se apela a dos diagnósticos diferentes para explicar el fracaso del sistema de salud argentino. Uno, típico de los actores sectoriales, es que faltan recursos. El otro, compartido por legos y expertos, es que los dirigentes son ineptos y corruptos. Nadie está del todo equivocado, pero ambos son diagnósticos simplistas para explicar el mal desempeño sanitario.

La clave de los problemas no reside en la falta de recursos o de escrúpulos sino en las reglas de juego del sector salud que inducen a dilapidar recursos y a desentenderse de los usuarios. Conviene entrar en detalles analizando por separado las acciones de promoción y prevención de las acciones de atención médica.

Las malas reglas de juego en la promoción y en la prevención .

La totalidad de los actores sectoriales coincide en afirmar el carácter prioritario y estratégico de las acciones de promoción y prevención en salud. Pero más allá de las declamaciones, la inversión en promoción y prevención es insuficiente y está mal asignada.

"El problema de la promoción y la prevención en la Argentina es que no llegan a quienes realmente las necesitan."

Es indiscutible el impacto sanitario que tienen la provisión de agua potable y la red de residuos cloacales y pluviales, al igual que las acciones dirigidas a la población materno-infantil. Sin embargo, en estos terrenos prevalecen la irracionalidad y el despilfarro (*Recuadro 1*), simplemente porque las acciones de promoción y prevención no llegan a las familias más pobres. Esto, más allá de violentar criterios distributivos básicos, minimiza el impacto de las acciones porque no se previene ni promueve la salud allí en donde existe el mayor riesgo sanitario.

La causa está en el desorden institucional de la relación entre la nación y las provincias. Según la Constitución, la promoción y prevención son responsabilidad de las provincias. Pero en la práctica intervienen organismos de los tres niveles de gobierno, sin que exista una asignación explícita o simplemente lógica de funciones. El desorden generado es costoso e ineficaz. Tristemente, a la hora de rendir cuentas, este desconcierto institucional diluye las responsabilidades. Todas las jurisdicciones declaman su compromiso con la promoción y la prevención, todas gastan mal y ninguna se hace cargo de la pobreza de los resultados.

Las malas reglas de juego en la atención médica.

La mayor parte de la población accede a la atención médica a través de sistemas de seguros segmentados y estratificados (obras sociales, PAMI, prepagas). Quién no tiene un seguro debe concurrir al hospital público. Se calcula que aproximadamente 58% de la población accede por algún tipo de seguro y el 42% restante lo hace a través de la red de hospitales públicos.

Recuadro 1.

La discriminación de los pobres en el acceso a la promoción y prevención.

Según datos de la base de SIEMPRO del Ministerio de Desarrollo Social, entre la población urbana la cobertura de agua potable es relativamente alta (88%), es decir, sólo el 12% de la población no accedería a ella. Sin embargo, su distribución es bastante desigual. Entre los hogares no pobres, la falta de accesibilidades es de 9% mientras que entre los hogares pobres es del 10% y en los indigentes del 22%. La situación de las cloacas es bastante peor. Un 37% de la población no tiene acceso a la red cloacal, pero entre los hogares pobres, la falta de cobertura asciende a 55% y entre los indigentes a 57%. La distribución geográfica sigue exactamente la misma tendencia. Las provincias de menor desarrollo social y educacional, son las que tienen más hogares sin agua potable ni cloacas.

En la prevención durante el embarazo, la evidencia muestra que la accesibilidad puede ser alta pero la sistematicidad es inapropiada. El 98% de las mujeres con hijos menores a 2 años declara haber tenido al menos un control médico durante su embarazo. Para que el control sea efectivo, se requiere por lo menos entre 5 y 7 controles durante todo el período de gestación. En promedio, sólo un 15% no habría recibido la cantidad de controles recomendada pero entre las mujeres pobres el indicador aumenta a 17% y entre las mujeres indigentes a 29%.

Las intervenciones preventivas sobre niños sanos menores de 2 años muestran una realidad similar. La detección temprana de malformaciones congénitas y el control apropiado de enfermedades infecciosas en esta etapa de la vida son decisivas para la salud y el bienestar de los niños. La cantidad de visitas médicas recomendadas en el primer año es entre 12 y 15 visitas, y en el segundo, entre 6 y 8. En Argentina, en promedio, un 15% de niños menores de 2 años no recibió ningún control médico preventivo pero en el caso de las familias pobre el indicador asciende a 19% y en las familias indigentes a 21%. El 85% que recibió al menos un control no siempre accedió en la cantidad mínima requerida. El 12% apenas recibió un control, el 14% recibió 2 controles y el 35% recibió entre 3 y 6 controles. En palabras simples, más del 60% de los niños en la primera infancia no recibe en forma apropiada estas vitales acciones de prevención de la salud.

Régimen Nacional de Obras Sociales:

El sector de las obras sociales se integra por un complejo entramado de instituciones segmentadas donde el Régimen Nacional de Obras Sociales es apenas uno de los segmentos (ver Recuadro 2). El común denominador son las reglas de juego que generan inconsistencia financiera y coartan -o proscriben- la competencia. Las obras sociales sindicales se crearon para cubrir a todos los trabajadores de una misma rama de actividad. Pero no todas las actividades tienen el mismo nivel salarial ni la misma demografía. Un peón rural gana menos y tiene más hijos que un piloto de líneas aéreas por lo que la obra social de aquél contará con menos recursos per cápita que la de éste. Esta regla de juego generó entonces obras sociales pobres y obras sociales ricas. Las primeras, sin recursos suficientes; las segundas, sin suficientes incentivos para dar prestaciones adecuadas dado que la población era cautiva. Así, las obras sociales no subsistieron por la calidad de sus servicios, sino gracias al aporte compulsivo de sus afiliados cautivos.

Desde 1997 se permite a los trabajadores elegir su obra social. Pero el marco regulatorio, en lugar de promover la competencia en beneficio de los usuarios, tendió por presiones sectoriales a desincentivar la movilidad mediante restricciones administrativas. Tampoco se eliminó la brecha entre cotizaciones por lo que las personas de menores ingresos siguieron teniendo aportes por debajo del costo de las prestaciones, y se prohibió el ingreso de nuevas entidades a competir en el sistema. El Estado, así, terminó protegiendo más a las obras sociales que a los usuarios.

Sin embargo, las restricciones no impidieron el ingreso de las empresas de medicina prepaga, que lo hicieron tras la discreta fachada institucional de una obra social. En esta operatoria, las prepagas afilan a personas de ingresos medios y altos a la obra social que hace de fachada. La obra social percibe los aportes salariales y los transfiere a la prepaga a cambio de una comisión. En algunos casos, el trabajador refuerza, de su propio bolsillo, los aportes de ley.

Recuadro 2.

La Seguridad Social.

Las obras sociales son entidades que operan como seguros de salud en varios sistemas altamente segmentados:

- **Régimen Nacional de Obras Sociales.** Cubre a trabajadores asalariados del sector privado y la mayor parte del sector público nacional. Comprenden 250 obras sociales que, según datos de AFIP, cubren a 4,3 millones de trabajadores y aproximadamente 7,8 millones de beneficiarios totales (con los familiares). Manejan recursos por 3.932 millones de pesos anuales medidos a precios de 2004, lo que se traduce en un ingreso per beneficiario de 42 pesos.
- **Otras obras sociales del sector público nacional.** Se trata de entidades que agrupan al personal de determinados organismos del estado nacional. Entre las más importantes se destacan las entidades que brindan seguro de salud al personal de las fuerzas armadas, las fuerzas de seguridad, las universidades nacionales, el poder judicial y el poder legislativo. Se trata de un conjunto de entidades aisladas que no constituyen un sistema.
- **Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).** Es el seguro de salud más grande de la Argentina. Cubre a quienes en vida activa estaban en el Régimen Nacional de Obras Sociales, a trabajadores independientes y a poblaciones especiales (madres con más de siete hijos, veteranos de la guerra de Malvinas). Tiene 3,9 millones de afiliados de los cuales 600 mil ejercieron la opción de permanecer en la obra social que tenían durante su vida laboral. Sus recursos alcanzan a 3.397 millones de pesos anuales medidos a pesos de 2004. Su ingreso per cápita llega a 72 pesos.
- **Obras Sociales Provinciales.** Son las instituciones que brindan cobertura a los trabajadores en relación de dependencia, activos y pasivos, de los sectores públicos provinciales y municipales. Se trata de los empleados públicos que trabajan para los 23 gobiernos provinciales, sus respectivos municipios y la Ciudad de Buenos Aires. Si bien tienen muchas características en común, son entidades aisladas y no conforman un sistema. Cubren a 5 millones de personas y administran 2.155 millones de pesos anuales a precios de 2004.

El resultado es que se profundizó la brecha entre obras sociales ricas y pobres, y además, la desigualdad entre ricos y pobres se filtró al interior de cada obra social. Ahora las personas de mayores ingresos pueden optar por los servicios de una prepaga mientras que los de menor salario difícilmente puedan hacerlo al no tener capacidad adquisitiva para pagar un plan privado.

Los que tienen capacidad de pago mejoraron su situación ya que pueden comprar planes de medicina prepaga. Es para ellos un avance importante -desde 1997 más del 20% de los trabajadores hicieron uso de la libertad de elección- pero parcial. El lado oscuro es que quienes no tienen capacidad de pago, no tienen más opción que resignarse a lo que la obra social les dé, y recurrir al hospital público para todo lo demás.

La enseñanza es que la incorporación de competencia no resuelve por sí los problemas del sector salud si no se la acompaña de un marco regulatorio apropiado que proteja al usuario y un régimen financiero que garantice el financiamiento suficiente a todos los afiliados.

El PAMI

La corrupción y clientelismo son tan endémicos en el PAMI como los cortes de servicios, el cobro de plus y los prestadores que no cumplen mínimos estándares de calidad.

La insuficiencia de recursos y la deshonestidad de los funcionarios, aquí también, explican sólo una parte de estos males (Recuadro 3).

Los problemas radican en que el PAMI es un asegurador monopólico, con población cautiva, que concentra todas las funciones de financiamiento y administración, junto a las de regulación y control (o sea, se regula y se controla a sí mismo). Todo el poder y la discrecionalidad presupuestaria queda en manos de funcionarios sin control político ni de mercado. Los usuarios, destituidos del derecho a elegir otra obra social, son rehenes del funcionario de turno, y quedan finalmente condenados al mismo destino que los afiliados al resto de las obras sociales.

Recuadro 3.

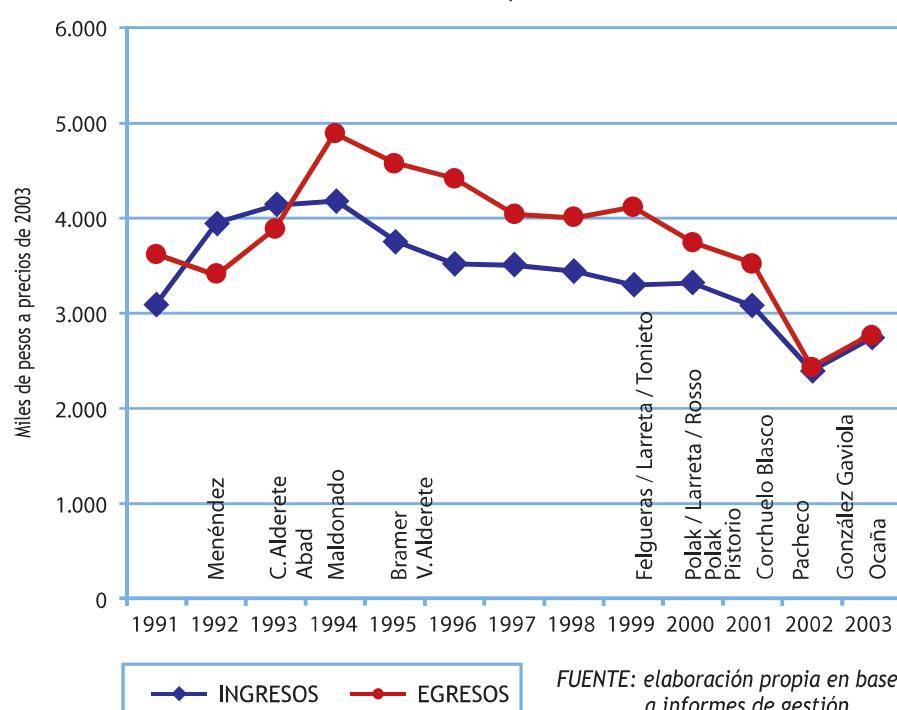
¿Son la falta de recursos y la corrupción el origen de los problemas del PAMI?

La historia económico-financiera de la institución hace difícil argumentar insuficiencia de recursos como problema fundamental. Obviamente que toda afirmación en cuanto a suficiencia de recursos siempre resulta opinable dado que en salud las expectativas de la gente son infinitas. Sin embargo, un primer dato objetivo es que los recursos del Instituto han sido históricamente más del doble del promedio del sistema de obras sociales sindicales. Si bien el tipo de población que atiende tiene mayor consumo, la diferencia es significativa. Otra evidencia es el desempeño financiero del organismo. La regla financiera básica que sigue el organismo es siempre gastar más de lo que ingresa. Esto ocurre tanto en períodos de bonanza como cuando los ingresos se contraen. Así se generan ciclos de déficit cuyo pico de máxima tensión aparece cuando la acumulación de deuda produce un ahogo financiero, se agudiza el conflicto con los prestadores por la falta de pago y se deteriora de la calidad de las prestaciones. Como el flujo de ingresos se mantiene gracias a la cautividad, la disminución transitoria del gasto brinda un oxígeno financiero para recomponer el ciclo de déficit y endeudamiento. Este proceso es incentivado por el mismo Estado a través de improvisados mecanismos de "salvataje" con el Tesoro Nacional.

El segundo tipo de argumento que usualmente se alude para explicar la degradación de la institución es la falta de probidad y honestidad de sus funcionarios. Un indicio de que mas que una causa se trata de una de las consecuencias del problema es la gran cantidad y variedad de administraciones que han fracasado. En los últimos 12 años, han pasado por el gobierno de la institución 14 administraciones diferentes, o sea, un cambio de administración cada diez meses, en promedio. Es notable la cantidad de intentos infructuosos por mejorar la calidad profesional y moral del PAMI por parte de muchos gobiernos de muy distinta extracción política e ideológica. Como el deterioro moral e institucional nunca se detuvo, es posible afirmar que estos problemas trascienden la calidad humana de las personas que se colocan al frente de la institución.

Historia económica-financiera del PAMI y cambio de autoridades.

1994 - 2003 (a precios de 2003)



FUENTE: elaboración propia en base a informes de gestión.

Con estas reglas de juego, la captura del PAMI pasa a ser un objetivo muy apetecible. En nombre de la salud de los ancianos, la dirigencia política, los prestadores, los contratistas y los sindicatos pugnan por incorporar agentes que respondan a sus intereses dentro del PAMI para usufructuar del poder de manejo discrecional de estos fondos públicos. Al mismo tiempo, para los prestadores y los contratistas se vuelve mucho más rentable y efectivo corromper a un funcionario del PAMI que competir por brindar buenas prestaciones.

El resultado es el mismo. Quienes tienen capacidad de pago complementan la falta de cobertura y mala calidad de los servicios con gasto de bolsillo o planes de medicina prepaga, a costa de erosionar su ya castigado bolsillo. Los que no, deben resignarse a la incertidumbre de lo que el hospital público pueda brindarles.

Las obras sociales provinciales

Los problemas de estas entidades son casi un calco de los del PAMI. Naturalmente, las reglas de juego y la falta de control sobre los funcionarios repiten el patrón del PAMI. Un matiz diferencial es aquí el papel de las agremiaciones médicas. Las normas provinciales casi siempre establecen que la obra social provincial debe contratar colectivamente a todos los médicos de la provincia. Esto da casi poder de veto a las gremiales médicas sobre la obra social. Las presiones de las entidades médicas son, sin embargo, más predecibles al tener un cariz de defensa gremial, a diferencia de las pugnas que se dan en el interior del PAMI en donde la defensa es de intereses puramente individuales.

"En el PAMI y las obras sociales provinciales, los usuarios satisfechos son los que pueden suplementar su cobertura con gasto de bolsillo. A los demás, no les queda más remedio que acudir al hospital público."

Sin embargo, las consecuencias no son muy diferentes.

Las presiones de los políticos para promover funcionarios de sus propias filas a puestos de decisión en la obra social, de las agremiaciones médicas por garantizar trabajo de los profesionales agremiados y los sindicatos de empleados públicos para encaramar a sus cuadros en la estructura y mejorar en las condiciones laborales, conducen al quebranto de la institución.

Al final, el deterioro de la cobertura lleva a que los usuarios con poder adquisitivo suplementen su cobertura con un plan de salud

privado (que en algunas provincias no es otro que el plan de la agremiación médica) y los que no pueden pagar un plan privado, terminan demandando atención en el hospital público. Otra vez, los usuarios satisfechos son los que pueden suplementar su cobertura con gasto de bolsillo. A los demás, no le queda más remedio que acudir al hospital público.

Las Empresas de Medicina Prepaga.

Los seguros privados operan en un régimen de afiliación voluntaria y libre elección.

No es de extrañar, entonces, que ofrezcan engeneral una atención aceptable. La amenaza de perder afiliados es siempre un fuerte incentivo para que las empresas se ocupen de sus clientes. Además, tienen herramientas para evitar la inconsistencia financiera: planes prestacionales con límites, exclusiones y condiciones de accesibilidad bien definidos, lo que les permite determinar un precio consistente con el gasto que el plan demande.

"En las prepagas, la falta de reglas claras lleva a que el desenlace sea para los afiliados similar al de las obras sociales y el PAMI: mayor gasto de bolsillo o recurrir al hospital público."

"El factor de mayor deterioro del hospital público es el mal entendido concepto de universalidad que implica una perversa articulación con el resto del sector."

Naturalmente, con consistencia financiera y afiliación voluntaria, los resultados son mejores. Sin embargo, el fracaso regulatorio en el segmento de las prepagas también genera problemas para los usuarios. Este es un mercado con fuertes asimetrías de información, en donde los usuarios suelen descubrir las limitaciones de los planes contratados cuando se enfrentan con enfermedades crónicas o catastróficas.

La falta de reglas claras lleva a que los usuarios de las prepagas sufran a veces un desenlace análogo al observado en las obras sociales y el PAMI: cuando aparecen controversias en torno a cuál es el alcance de la cobertura, es posible recurrir a Defensa de la Competencia o a la Justicia, pero en tanto, la atención médica requiere gasto de bolsillo adicional al pagado por el plan o el uso del hospital público.

El Hospital Público.

Para los usuarios, los problemas más visibles del hospital público son las esperas interminables, el ausentismo de los profesionales y el escaso cuidado en el trato al público. Y aunque los usuarios no lo ven, también es frecuente que no se respeten criterios básicos de calidad como tener una historia clínica.

De nuevo, la escasez de recursos y de funcionarios honestos no son argumentos que permitan explicar estos graves problemas.

"Alrededor de este principio universalista se ha formado un perverso equilibrio en donde todos (obras sociales, PAMI, empresas de medicina prepaga) descargan sus problemas en el hospital público."

Un diagnóstico más ajustado a la realidad se logra cuando se analizan los vicios de su organización interna y, más aún, las reglas que lo articulan con el resto del sistema de salud. En la organización interna prevalecen la centralización administrativa y los procedimientos públicos burocráticos. Los recursos humanos, las inversiones y hasta muchas compras corrientes, se administran desde la autoridad central. Los directores no deciden los ascensos, penalizaciones, incentivos al personal, o las mejoras del hospital.

Sin embargo, el mayor deterioro del hospital público proviene del mal entendido concepto de universalidad que implica una perversa articulación con el resto del sector. Existe en la

Argentina la creencia de que el hospital público tiene las responsabilidades más amplias imaginables, que debe cuidar integralmente la salud de la población y que, además, debe ser abierto y gratuito para todos. El hospital admite por igual a las personas sin cobertura, usuarias naturales de sus

servicios, y a las personas con cobertura de una obra social, PAMI o prepaga, frustradas por la falta de servicios.

Así, las obras sociales, el PAMI y las prepagas descargan su ineeficiencia y la incorrecta definición de sus compromisos ante sus afiliados, en el hospital público.

"De no operar el hospital público como prestador de última instancia, el sistema de salud argentino habría colapsado."

Esto convierte al hospital público en un permanente mecanismo de subsidio indirecto desde el Estado a la seguridad social y a los seguros privados. Las evidencias en este sentido son contundentes (ver *Recuadro 4*).

De no operar el hospital público como factor equilibrante, como prestador de última instancia, el sistema de salud argentino habría colapsado.

Al final, la gran presión que implica atender a la población sin cobertura y a aquella cubierta pero desahuciada por su obra social, PAMI o prepaga, es el argumento preferido de los funcionarios provinciales para justificar las fallas de organización interna y la mala atención que se brinda en los hospitales. De esta forma, además de perverso, el equilibrio se vuelve estable.

Recuadro 4.

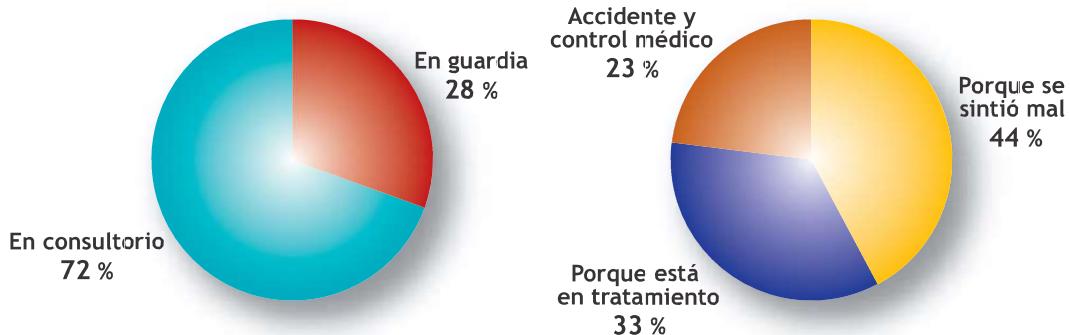
El Hospital Público como receptor de la ineficiencia del sistema de salud.

La encuesta de condiciones de vida del SIEMPRO (2001) arroja que el 24% de las consultas atendidas por el hospital público fueron realizadas por personas con cobertura de salud. En el caso de las internaciones, el 26% correspondieron a pacientes con cobertura de obra social, PAMI o prepaga. Esto da una idea de la magnitud que tiene el fenómeno del hospital público operando como lugar de "descarga" de los seguros de salud. Una de cada cuatro prestaciones que da el hospital es para alguien que ya pagó esa atención a otra entidad del sistema de salud: obra social, PAMI o una prepaga.

La mayor parte de la demanda por consultas (72%) de las personas afiliadas a obras sociales y prepagas ha sido en consultorio. Esto significa que no se trata de una demanda espontánea, como serían las consultas en guardia, sino un acto programado. Teniendo en cuenta además las altas barreras administrativas a la accesibilidad que se dan en los hospitales públicos (largas filas y listas de espera, cupos diarios de atención, etc.), la hipótesis de que esta demanda estaría reflejando problemas de accesibilidad en los seguros de salud se refuerza.

En este mismo sentido, indagando en torno al motivo de la consulta, se detecta que las dos causas más frecuentes de demanda al hospital público por parte de la gente con cobertura son "porque se sentía mal" (44%) y "por estar en tratamiento" (33%), mientras que las restantes fueron accidentes y control médico (23%). Estas dos últimas causas son propias de la demanda espontánea de urgencia (accidente) o de demanda preventiva (controles), en cambio, el 77% de las consultas han sido por motivos de estricta necesidad (Gráfico 6).

Tipo y motivo de consulta al hospital público de gente con cobertura.



Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO (2001).

Una evidencia adicional de que la demanda que reciben los hospitales públicos por parte de personas afiliadas a un seguro se origina en problemas de accesibilidad se deduce de los motivos de internación en el hospital público. El 90% de las internaciones de personas con cobertura no son intervenciones de urgencia por demanda espontánea sino que son prácticas programadas.

Las propuestas.

La clave para salir de este atolladero sanitario es hacer cambios profundos en las reglas de juego del sistema para generar una estructura de incentivos que sea consistente con el interés general. Esto requiere superar los ideologismos. No se trata de aferrarse a expandir el Estado ni a caer en la confianza ciega en el mercado. La eficiencia no vendrá automáticamente del libre juego de la oferta y la demanda, y resulta un acto de necesidad esperar que la equidad sea un derivado espontáneo de cualquier tipo de intervención del Estado.

Los principios rectores que deberían signar la reforma no son otros que los que inspira la Constitución Nacional:

- Reconocer a la gente el poder de elegir.
- Respetar la organización federal.
- Establecer reglas de juego estables y transparentes, que promuevan la competencia para que la satisfacción del usuario sea el eje rector del sistema.

La promoción y la prevención en salud.

Las provincias deben ser las únicas responsables de las acciones de prevención y promoción de salud y hacerse cargo de los resultados. El papel del Estado nacional debe ser el de vigía sanitario que evalúe y publicite los resultados de cada provincia en el cumplimiento de estos objetivos, para que los electores juzguen a sus gobernadores.

Obviamente, esto no garantiza la erradicación de focos de alto riesgo sanitario y social en algunas regiones del país.

"La eficiencia no vendrá automáticamente del libre juego de la oferta y la demanda, y resulta un acto de necesidad esperar que la equidad sea un derivado espontáneo de la intervención del Estado."

La historia reciente muestra que, precisamente, en las regiones más empobrecidas es donde más se necesita la promoción y la prevención, y en donde escasea la cultura democrática. En estas zonas, el financiamiento de la promoción y prevención debería realizarse con fondos aportados solidariamente por las propias provincias (no deben ser fondos federales) en proporción a la riqueza de cada una. Asimismo, la estrategia de intervención debería ser definida por las mismas provincias aportantes. Así, ellas mismas intentarán maximizar la efectividad y minimizar el costo de las intervenciones.

La atención médica.

En materia de atención médica, puede mantenerse el modelo de financiamiento actual que combina impuestos al trabajo, presupuesto público y gasto de bolsillo. Las reformas deben focalizarse en los mecanismos de asignación. El Gráfico 2 muestra de manera esquemática el cambio propuesto.

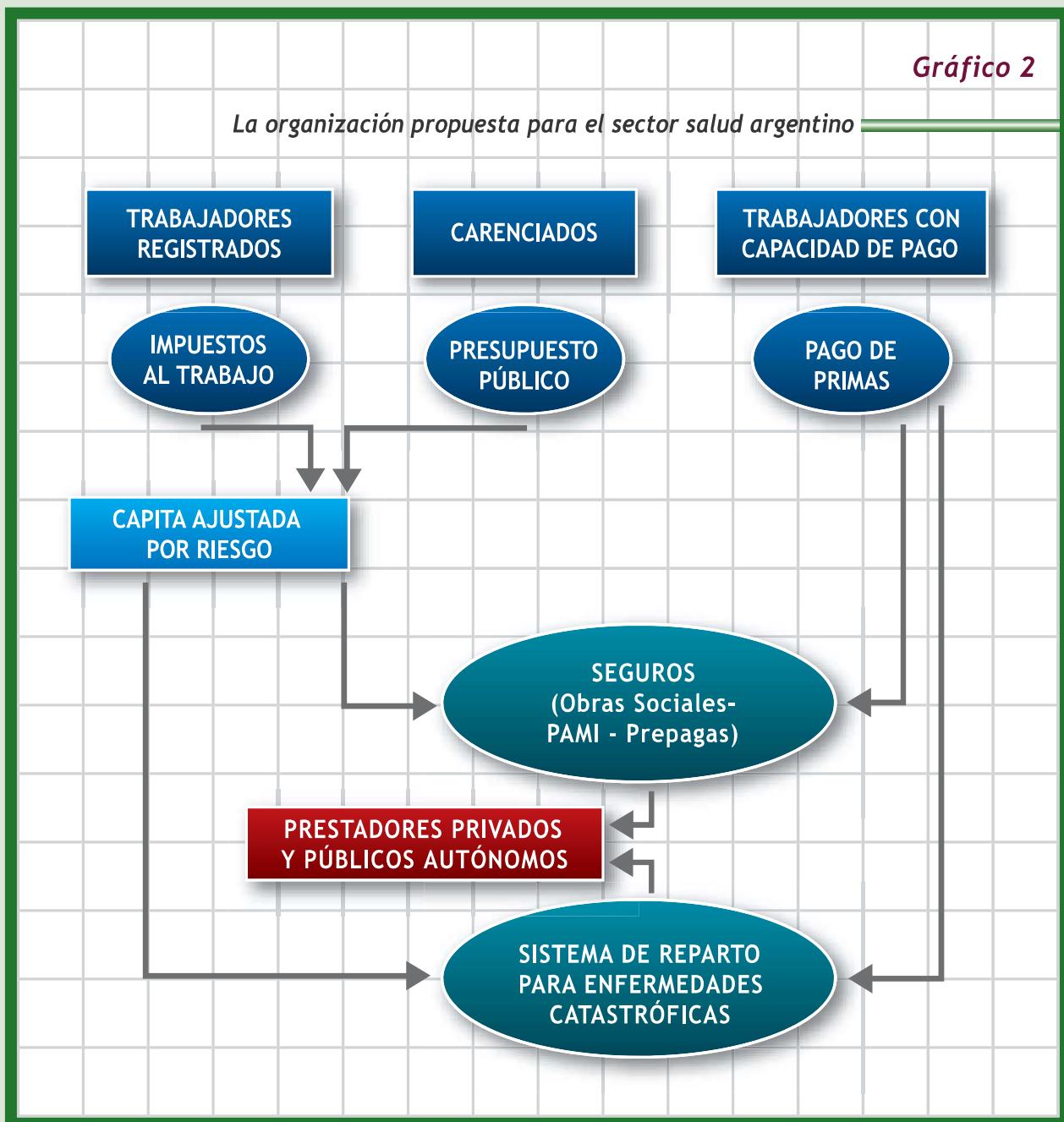
Para llevar adelante estos cambios, hay que partir del concepto básico de que los recursos no son propiedad de las obras sociales, ni de las prepagas, ni de los hospitales. Son propiedad de los usuarios, y ellos tienen el derecho de decidir a qué entidad deben dirigirse.

A partir de este concepto, lo primero que debe cambiarse es la filosofía en la administración de los recursos públicos destinados a los hospitales, pasando de un esquema de subsidio a la oferta a otro centrado en subsidiar la demanda.

"Las provincias deben ser las únicas responsables de la promoción y la prevención y hacerse cargo de los resultados. La Nación debe ser el vigía sanitario que evalúe y publicite los resultados."

Así, el primer punto de la reforma es identificar a las personas que no tienen seguro de salud para pagarles con fondos públicos el costo de un seguro en la obra social o empresa prepaga que elijan. Cada persona sin cobertura sería dueña de un monto para su cobertura (capita portable) financiada por el Estado y ajustada por riesgo.

"Debe identificarse a las personas sin cobertura y pagarles con fondos públicos el costo de un seguro en una obra social o empresa prepaga, según su elección."



El segundo punto es transformar los hospitales públicos en instituciones con personería jurídica propia, autónomos y descentralizados, que no reciban un presupuesto preasignado sino que se autofinancien contratando con las obras sociales, el PAMI y las prepagas. Además, el hospital público debería cobrarle al Estado por otras funciones que ejecuta, como por ejemplo, la formación médica, la investigación, y las campañas de prevención, todas ellas redituables para la sociedad en su conjunto.

El tercer punto es avanzar de inmediato hacia un sistema nacional de seguros de salud integrado por las obras sociales y las empresas prepagas. Las reglas básicas deben ser la libertad de elección del asegurador, la competencia regulada y la consistencia financiera. Cada afiliado debe contar, aquí también, con una cápita portable suficiente para su nivel de riesgo, financiada mediante aportes propios y subsidios solidarios. Para que estos principios sean posibles se requiere un diseño institucional que divida los mecanismos de atención de enfermedades agudas, por un lado, de los destinados a la atención de enfermedades catastróficas, por el otro.

El primero debería ser un paquete de prestaciones para la atención ambulatoria, de internación y tercer nivel de complejidad. Se financiaría con las cápitas portables de los afiliados que las entidades consigan captar.

"Deben transformarse los hospitales públicos en instituciones con personería jurídica propia, autónomos y descentralizados que se autofinancien contratando con las obras sociales, el PAMI y las prepagas."

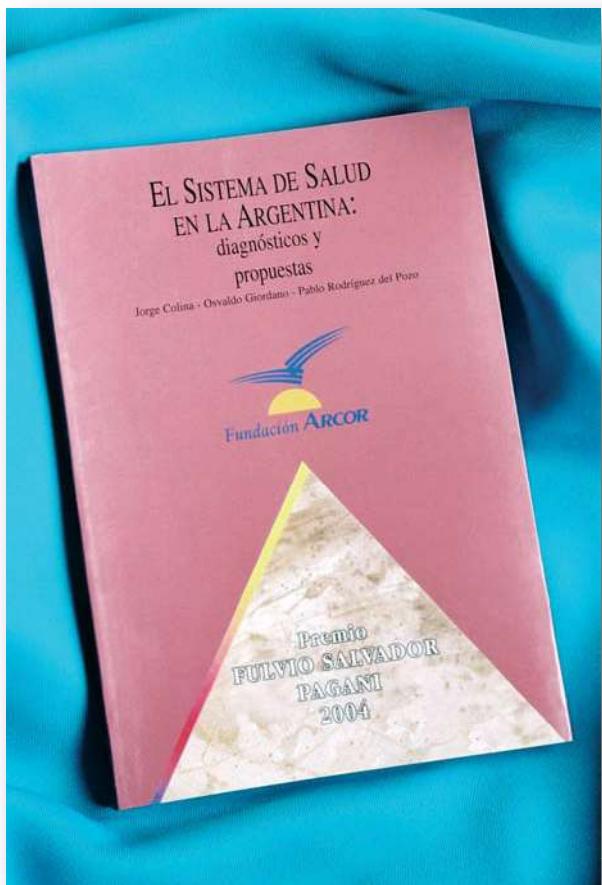
El segundo mecanismo, en cambio, sería un paquete de prestaciones destinado a la atención de enfermedades catastróficas. El objetivo es que las entidades no asuman individualmente la cobertura de riesgos catastróficos, es decir, su financiamiento no sería mediante cápita portable, sino a través de un sistema de reparto solidario que cubra a todas las personas cualquiera sea el tipo de seguro, obra social o medicina prepaga a la que estén afiliadas. Esta división es clave para viabilizar la libertad de elección. La separación mejora sustancialmente la consistencia financiera porque

tiende a cubrir con la cápita portable todas aquellas prestaciones de alta frecuencia y bajo costo, que son las más demandadas, y por las que menos incentivos tienen las entidades a discriminar. Con el sistema de reparto se financiarían solidariamente las prestaciones de las enfermedades de baja incidencia y alto costo, en donde la cantidad de recursos por paciente requiere compartir el riesgo entre toda la población asegurada.

La propuesta implica reformas políticamente complejas. Si bien tiene implícita una gran cantidad de beneficios para la población, especialmente para aquellos en situación de mayor vulnerabilidad social, es claro que agravia una gran cantidad de intereses creados. Por eso, tan importante como un cuidadoso diseño técnico, es también contemplar una estrategia política para afrontar la desarticulación de los polos de interés afectados.

"Debe avanzarse de inmediato hacia un sistema nacional de seguros de salud, basado en la libertad de elección, la competencia regulada y la consistencia financiera."

El presente estudio es un extracto del trabajo ganador del Premio Fulvio Salvador Pagani 2004, distinción que otorga anualmente la Fundación Arcor para promover la investigación sobre la realidad económica argentina.



"El Fracaso Sanitario Argentino: Diagnóstico y Propuestas" aborda la estructura y el comportamiento del sector salud de nuestro país desde un enfoque interdisciplinario atendiendo tanto los aspectos distributivos como aquellos relacionados con la eficiencia en la asignación de los recursos.

El origen de los problemas que enfrenta nuestro sistema de salud son las malas reglas de juego sobre el que está organizado, lo cual explica los mediocres indicadores sanitarios de la Argentina que no se condicen con el hecho de ser uno de los países que más invierte en salud en la región.

Se plantea así la necesidad de incidir sobre las tres grandes áreas de acción sanitaria: promoción y prevención, atención de enfermedades agudas y atención de enfermedades catastróficas mediante tres principios rectores: la incorporación de mecanismos democráticos que reconozcan a la gente el poder de elegir; la asignación de funciones dentro del Estado respetando la organización federal; y el establecimiento de reglas de mercado transparentes y en competencia regulada para que la satisfacción del usuario sea la fuerza que dinamice al sector.

IDEA
S



Av. Belgrano 456 - 4º piso
1092 - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
+54 (11) 4345-0775
info@idesa.org www.idesa.org

Presidente: Osvaldo Giordano
Dirección Ejecutiva: Alejandra Torres
Investigador Jefe: Jorge Colina