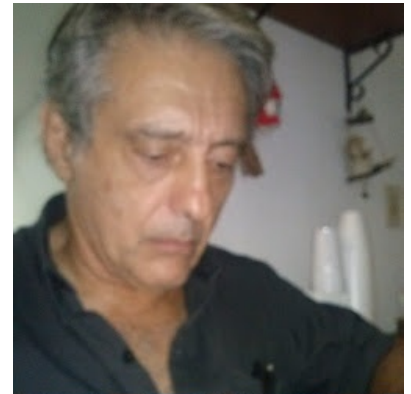


Un modelo de reforma del Sistema de Salud en la Argentina



La salud como bien es de interés público No en el sentido de la filosofía utilitarista sino en el sentido que es útil: útil para el conjunto social, porque una población más sana es a su vez más productiva y útil a cada uno de los ciudadanos, porque la innovación tecnológica ha incorporado costos imposibles de afrontar individualmente.

Por ello se sigue la lógica de dilución del riesgo con el concepto de seguro.

Si analizamos desde cierta perspectiva podríamos decir que enfrentamos como todo dilema económico, “recursos escasos frente a demandas infinitas”. Pero si uno analiza la composición del gasto sanitario vemos con sorpresa que casi el 45% del mismo lo pone la gente de su bolsillo[1]. (En realidad todo el dinero que se dice “social” lo ponen los ciudadanos)1

Y lo que quiero expresar es que los recursos terminan por no ser tan escasos (si nos comparamos con otros países de la región Argentina es el país de mayor gasto cápita/habitante/año) y sin embargo nuestros resultados sanitarios dejan mucho que desear.

Demás está decir que las consecuencias las pagan en mayor medida – tanto en los resultados, como en la correlación gasto directo/ingresos – los más vulnerables: los que menos tienen, que precisamente frente a quienes el discurso político se edulcora cuando dice que responde a aquellos a quienes quiere proteger y se inflama en la manifestación de “derechos”, que luego incumple.

Todos sabemos que el sistema de aseguramiento tiene dos componentes: los

seguros sociales y los seguros privados (también conocidos como seguros de medicina pre-paga). Pero un 35% de la población en nuestro país carece de cobertura. Se dirá que en nuestro país "...todo el mundo finalmente termina por ser atendido,..". Pero ello no quiere decir que todo el mundo esté asegurado. De hecho los servicios público-estatales brindan asistencia a todo aquel la requiere, pero no en las condiciones de un seguro, que implica ser comprendido en un padrón, tener la cobertura explícita de la asistencia a recibir y establecer los medios de financiamiento que correspondan.

En los servicios público-estatales no sucede ni lo uno, ni lo otro: no existe un padrón de beneficiarios, no existe cobertura explícita y la prestación queda sujeta a la prescripción (ya sea conducente y correcta o no) y el financiamiento en cualquier medida y forma queda atado a la provisión de recursos por parte del estado, lo que constituye una verdadera forma de subsidio a la oferta y sus decisiones.

A su vez de esta forma el estado en vez de cumplir con el principio de subsidiariedad, asume gastos innecesarios.

Simplificando nuestro sistema de salud sabemos tiene tres subsistemas: el público-estatal, el de los seguros sociales y el de los seguros pre-pagos.

El primero es un sistema de integración vertical en el que el que financia está vinculado, en general no por un contrato, sino por una relación de dependencia con los prestadores de servicios. No existe separación de procesos de financiamiento y provisión.

La misma circunstancia alcanza a varios de los otros subsistemas y cada uno quiere ser financiador y a su vez proveedor de servicios, para sus afiliados y para otros eventuales. Se trata de una cuestión de mercado inducida por las actuales circunstancias del sistema.

Y lo anterior se refiere precisamente a que nuestro Estado gasta mucho pero no precisamente donde debe: percibe de todos ingentes recursos (por diferentes vías impositivas, incluyendo el más perverso: la inflación) y su gasto (hoy mayor al 45% del PBI e incluso con un déficit del 7%) no parece ser – por lo menos en salud – el que se puede pensar necesario, ya que como sabemos representa el 10% del PBI y casi la mitad es gasto directo.

Es decir si comparamos gasto/resultados: somos el país de América Latina cuyo gasto/cápita en salud es el mayor y cuyos resultados están lejos de serlo.

Ya en este punto todos sabemos que el gasto/resultados es una ecuación dependiente de dos variables centrales, que son: su organización y las acciones básicas de mayor costo/beneficio (a nivel poblacional) como podrían ser por ejemplo las de Atención Primaria de la Salud. De ambas carecemos.

Nos referimos en cuanto a reformas a la organización del sistema de salud, cuya fragmentación (existen más de 900 cajas financiadoras) incorpora grandes costos de transacción y subsidios cruzados. (Sin mencionar otras cuestiones de gravedad como son la segmentación, el desfinanciamiento –que lo es para el modelo actual–, la distorsión geográfica, tecnológica y de capacidad

resolutiva, y las ineficiencias que su organización le imprime.

La asistencia de la salud se encuentra a cargo de las provincias. Sin embargo estas solo tienen incumbencia real sobre "su" sistema público-estatal. No sobre los incluidos en el padrón de beneficiarios de seguros de orden nacional (PAMI, Obras Sociales, Empresas de Medicina Pre-paga, etc.) y muy poca capacidad de intervención sobre los servicios de prestación privados. Muchas veces el estado no puede controlar y lograr eficiencia en sus propios servicios hospitalarios.

Nuestro sistema se ha organizado por un permanente subsidio a la oferta tanto en el ámbito que denominamos público, como en el privado. Y así vemos una impresionante y distorsiva superposición de recursos profesionales, tecnológicos, etc. y como siempre la oferta condiciona la demanda[2], esta queda rezagada en la resolución de sus verdaderas necesidades, (salvo el supuesto de mejor información y resolución en función de preferencias).

A lo largo de los últimos 70 años en nuestro país se han introducido (pocos) procesos que intentaron mejorar en el sistema de salud, en particular aquellas deudas que todavía tenemos pendientes, tema que he analizado en otro escrito.[3]

La primera pregunta que debiéramos hacernos es: ¿por qué fueron pocas? Y la segunda: ¿por qué fracasaron?

Y respecto de la primera podría resumir que:

1. La demanda social es baja y la oferta está cómoda siendo subsidiada
2. El costo político de las reformas es alto y los beneficios los verá siempre un sucesor (cuando en nuestro país la constante es la visión del corto plazo)

Y respecto de la segunda (también en un acotado resumen):

1. La vocación centralista del Estado Nacional ha abortado todo intento que considero "independentista", las propuestas fueron centralizadas y
2. Existen muchos intereses que no ven con buenos ojos perder el control de la administración de sus cajas

Pero si hoy estamos aquí no es para analizar el pasado (aunque siempre es bueno aprender de él para no cometer los mismos errores), sino para pensar en alguna propuesta que aunque no pretenda ser lo mejor, permita pensar que es viable.

Sobre la situación actual: en un breviarío diríamos: "alto gasto y mediocres resultados".

Entonces a sabiendas que las instituciones no cambian, mejoran, ni se reforman, de un día para otro, ni por un decreto, ni por mero voluntarismo es que asumiendo las dificultades pensamos en una reforma gradual, pautada y basada en la creación de cajas de aseguramiento provinciales.

1. Existen más de 15 millones de personas (el 37,5% de la población total de nuestro país), que “deben” recurrir al hospital público (la composición incluye no solo a los que son pobres porque no tienen nada, sino también a los que teniendo trabajo se encuentran precarizados por condiciones de informalidad, como también a otros que por cuestiones geográficas solo pueden recurrir al hospital público por ser el único efector con el que cuentan): y esto no debería ser un problema, pero cuando lo analizamos en profundidad vemos que se trata de establecimientos pobres, para “gente pobre”, altamente burocratizados y sin incentivos por lo que funcionan coexistiendo el esforzado y vocacional trabajo de unos, con las conductas oportunistas de otros tantos. Esta población se encuentra cautiva, como excluida de buenos servicios de asistencia y la oferta también sabe que esa cautividad es su propio argumento de subsistencia, como a su vez es un incentivo negativo para su mejora (estoy hablando en términos generales y en referencia a lo que sucede en la mayor parte del país, en donde existen otros – escasos – ejemplos valorables). Esta población no está “asegurada” en el sentido de aseguramiento explícito, aunque es común escuchar que “finalmente se termina atendiendo a todos,..” (como si ello fuera una garantía, cuando en realidad se atiende lo que se puede y como se puede,..)
2. Cerca de 24 millones se encuentran cubiertos por los seguros sociales (incluyendo las Obras Sociales Nacionales o Sindicales, el PAMI, las Obras Sociales Provinciales y otras), que si se encuentran inscriptos en un padrón y también se encuentra explícito en la mayor parte de los casos el tipo y alcance de la cobertura. Que ello se cumpla o no es otra cuestión. El problema aquí es múltiple y variado: por un lado en la mayoría de estas instituciones financiadoras la contratación de los servicios se hace “tercerizada” a través de un gerenciador – para evitar negociar con las organizaciones corporativas profesionales – lo que de por si implica poca transparencia y además permite al gerenciador poner innumerables barreras al acceso en la atención, por otro lado muchas han debido encarar diversas estrategias de supervivencia dada la normativa de opción de cambio (en las OSN) que permite el cambio y limita la cautividad de la población. Muchas tienen sus propias instituciones prestadoras y con ello no solo limitan el gasto, sino a su vez venden servicios a otras menos solventes. El PAMI es casi un capítulo aparte, con un presupuesto de más de \$ 40.000 millones, para una población de 4,5 millones de afiliados y 6.000 contratos de prestación de servicios – a lo largo y ancho del país – imposibles de controlar en la calidad y pertinencia de sus acciones de asistencia. El resultado final es que esta población si bien se encuentra asegurada: se sabe “a quien”, “que” (aunque esto encuentre graves limitaciones según expresé), como se “financia”, como se “gestiona” y como se otorga la “prestación” – es decir: cumple con las condiciones básicas de un seguro, también se encuentran serias limitaciones en el acceso y en muchos casos graves fallas en la calidad, de la que carecen muchos establecimientos asistenciales aún siendo privados.
3. Finalmente encontramos una población cercana a los 4,5 millones de

personas de las que la mitad (aproximadamente 2,1 millones) contratan su seguro privado en condiciones de total libertad y recurriendo a al desembolso de la prima en forma voluntaria, libre y de con sus propios recursos. Mientras la otra mitad (2,4 millones) provienen de acuerdos de la seguridad social – las Obras Sociales Nacionales – que efectúan acuerdos con estos seguros, para su grupo de población de mayores ingresos, para mantener cierto atractivo y adherencia de sus afiliados. Esta población que – en un país de medianos ingresos – y alto gasto solo representa en conjunto solo el 10% del total poblacional es en general la que recibe mejores prestaciones. Aunque la normativa actual (Ley N° 26.682, reglamentada por Decreto N° 1993/11) en realidad pone al descubierto las ineficiencias del sector público incentivando los traspasos (que la población busca aún afrontando los costos) aunque resulten gravosos tanto para los afiliados que optan por tener “algo antes que nada” y para los presupuestos de las empresas aseguradoras al no prever ninguna limitación e interviniendo mediante regulaciones en lo que deberían ser “contratos entre privados”. La ley debe ser modificada y permitir que las primas se establezcan por los acuerdos de preferencias de los asegurados y posibilidades de los financiadores. La ley vigente complica y dificulta el mejor funcionamiento de estos seguros. El estado quiere regularlo todo,. Pero no siempre beneficia y en este caso perjudica a este subsistema y sus beneficiarios. Estos pacientes a su vez exigen un trato diferenciado por lo que pagan con su esfuerzo.

El resultado final es la atomización del sistema con altos costos de transacción, (que supone costos de oportunidad), costos agregados por la intermediación de las gerenciadoras, limitaciones en el acceso y magros resultados sanitarios.

Todos sabemos que nos debemos una reforma.

Si a su tiempo cada provincia asume la creación de una caja de aseguramiento, puede unificar en una sola caja todo el padrón de beneficiarios con domicilio real en la provincia.

Dos grupos podremos identificar dentro de este padrón de beneficiarios-habitantes: 1) los que tienen cobertura por alguno de los sistemas de seguros sociales o medicina pre-paga y 2) los que no tienen nada.

Debería llegarse a un punto en el que la caja de aseguramiento provincial cobrara a los financiadores que se incluyen en su padrón a los del primer grupo y cobrara al estado solamente por los del segundo grupo es decir: aquellos que carecen de cobertura.

El estado vería así reducido considerablemente su gasto. (Por supuesto que deberá enfrentar además otras reformas internas de un subsistema con múltiples deudas internas)

Como las cajas de seguro son un recurso apetecible para la política deberían estar constituidas por un directorio en el que estén representados los

diferentes actores, pero el estado en minoría.

Y un aspecto fundamental para evitar el subsidio a la oferta: liberar la demanda cautiva, mediante vouchers, u otros recursos –como una tarjeta magnética– que la tecnología nos facilita en la actualidad. La caja del seguro provincial pagaría a quien prestó el servicio.

Porque la pregunta obligada es: ¿Por qué la gente sin cobertura debe inevitablemente atenderse en hospitales públicos,..con todo lo que ello supone?

Por otra parte este sistema pondrá al descubierto el exceso de gasto existente por el permanente subsidio a la oferta, ya que para mantener su clientela y ser elegidos por los pacientes, los hospitales públicos y las empresas de servicios de prestación privada deberán competir. En salud se ha dado el fenómeno de pretender (y se ha logrado) ser monopólicos y en ese sentido han procedido tantos los seguros sociales, como los prestadores de servicios.

La competencia mejorará las prestaciones ya que liberará a la gente en su elección. Y la gente no es tonta, porque aunque del tema sepa poco, percibe lo que le es mejor para resolver sus necesidades.

Por Eduardo Filgueira Lima

Buenos Aires, 28 de febrero 2016.

[1] El gasto de bolsillo (o “directo”) estimado fue para el año 2012 del 45% y se proyecta en alza.

[2] Ley de Say: “...el simple hecho de la formación de un producto abre, desde ese preciso instante, un mercado a otros productos,...” (1803)

[3] Filgueira Lima, C. E. “El sistema de salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma” (2011)