

CONCURSO PREMIO FULVIO SALVADOR PAGANI

“El Sistema de Salud en la Argentina”

Título:

**EL FRACASO SANITARIO ARGENTINO:
DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS**

Jorge Colina

Oswaldo Giordano

Pablo Rodríguez del Pozo

SETIEMBRE 2004

PRESENTACIÓN

EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Desde su creación en 1991, **Fundación ARCOR**, busca contribuir al progreso y bienestar de las personas, apoyando y promoviendo programas que mediante la aplicación práctica del conocimiento y el uso eficiente de los recursos, satisfagan las reales necesidades de la comunidad.

Creemos que para lograr soluciones sustentables en el largo plazo, debemos partir del análisis y comprensión de las causas de las problemáticas sociales. Es por ello que desde el **Programa Apoyo a la Investigación y Divulgación Científica**, buscamos alentar y difundir programas innovadores y efectivos con capacidad de generar efectos demostrativos con resultados verificables.

En el marco de este Programa entregamos anualmente el **Premio Fulvio Salvador Pagani** al mejor trabajo de investigación que se destaque por su aporte al análisis de la realidad económica argentina. Esta distinción constituye un homenaje a quien fuera uno de los pioneros de Arcor y que fiel a sus convicciones y por medio de su accionar, contribuyera con el crecimiento argentino.

Al seleccionar la temática “**El Sistema de Salud en la Argentina**”, nos propusimos motivar el estudio del sector sanitario de nuestro país, un tema clave en las políticas públicas y una preocupación social en la cual entran en juego no sólo la asignación de recursos, las provisiones públicas y privadas, sus articulaciones y distorsiones, su eficiencia y equidad, sino también el cuidado y protección de un bien inmensurable como lo es la salud de las personas.

El presente trabajo ha sido evaluado y premiado por un grupo de especialistas en el tema e intenta dar cuenta, desde una mirada analítica e innovadora, de la gran brecha que existe en la Argentina entre el crecimiento del gasto en salud, siendo uno de los países que más invierte en el sector, y la creciente insatisfacción de sus destinatarios.

De esta forma, los autores realizan un pormenorizado estudio y comparación de diferentes indicadores y metodologías, desde los cuales abordan los aspectos referidos a la promoción y prevención, atención médica y seguridad social. Y proponen soluciones para sus aspectos deficientes y complejos, por medio de los cuales se puedan generar beneficios para la población en su conjunto, y especialmente para aquellos en situación de vulnerabilidad.

Deseando que los conceptos y conclusiones que se desarrollan en la presente publicación contribuyan al desarrollo y construcción de mejores lineamientos y políticas sociales, nos comprometemos a su difusión a fin de ponerlo a disposición de los profesionales e idóneos que con su labor cotidiana intentan colaborar en la construcción de una sociedad más equitativa y con oportunidades para todos.

Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos que participaron y dispusieron de todo su esfuerzo para que esta edición sea posible, y esperamos poder cooperar de esta forma con el progreso de nuestro país.

Arq. Lilia Pagani
Presidente
Fundación Arcor

PRÓLOGO

El Premio Fulvio Salvador Pagani, instituido por la Fundación Arcor, tiene por fin galardonar trabajos de investigación y propuestas destacadas relacionadas con la realidad económica argentina y latinoamericana. No ha sido fácil la decisión del jurado en esta oportunidad, ante el casi medio centenar de trabajos de gran calidad recibidos tras el llamado a concurso. Esto habla, por una parte, de la gran capacidad de convocatoria de la Fundación y, por otra, del excelente nivel y vocación de los profesionales locales preocupados por la dinámica del sector salud de nuestro país y en el mundo en general.

A raíz de lo anterior, ha sido en lo personal tanto un honor, como un gran desafío, integrar el jurado. Tras un detenido esfuerzo comparativo de las monografías recibidas, sus miembros hemos decidido por unanimidad premiar el trabajo preparado por Jorge Colina, Osvaldo Giordano y Pablo Rodríguez del Pozo, que nos entrega ideas y construcciones sumamente útiles en materia de estructura y comportamiento de dicho sector de actividad económica, así como propuestas de gran importancia para impulsar su transformación a futuro. La gran ventaja del trabajo, que se refleja a todo lo largo del texto, es el enfoque interdisciplinario que los autores manejan con soltura, y el equilibrado tratamiento que le dan tanto a aspectos distributivos como aquellos otros relacionados con la eficiencia en la asignación de los recursos. De esta manera, estamos frente a una investigación que no cae en voluntarismos sin sustento, como así tampoco en enfoques meramente economicistas.

La pieza central de este trabajo es la noción de que el origen de los problemas que enfrenta el sistema de salud en la Argentina son las malas reglas de juego sobre el que está organizado. El problema, según los autores, no es tanto que haya corrupción e impericia de los funcionarios, sino que las reglas de juego no inducen un manejo transparente y eficiente de los recursos. Es más, muchas veces hacen exactamente lo contrario. Frente a la recurrente escasez de aquéllos la puja distributiva entre los distintos núcleos prestadores de bienes y servicios para el cuidado y preservación de la salud - más que las necesidades de la población - termina condicionando que es lo que ésta recibe en términos de atención medico-sanitaria. Es duro percibir que nuestros indicadores de resultados están por debajo de los que alcanzan otras sociedades que dedican lo mismo, o aún menos, a cuidar y sostener los niveles de salud de su población.

El estudio premiado tiene múltiples aspectos elogiados. Se destaca un pulcro estudio de las fallas del mercado sanitario-asistencial y de sus diversos componentes, la descripción de la organización del sistema de salud, que contiene secciones extremadamente ricas y novedosas, y una muy buena discusión sobre las razones que explican lo poco que rinden los gastos de nuestros con-ciudadanos en términos de accesibilidad y calidad de servicios de salud.

El trabajo examina separadamente el modelo financiador, el modelo asegurador y el modelo prestador, lo que constituye un punto de partida esencial y muy bien logrado para comprender la organización y comportamiento del modelo de salud de nuestro país. Es muy interesante, asimismo, el análisis de lo que los autores denominan la 'inconsistencia actuarial' del sistema y el papel del Fondo de Redistribución como mecanismo de compensación insuficiente. Es igualmente rica la descripción que se hace sobre los problemas de 'captura' que sufren las entidades de salud a nivel nacional y provincial, tal el caso del INSSJP y de las Obras Sociales Provinciales.

Las propuestas para la necesaria transformación que el sector debería sufrir a futuro giran en torno a la necesidad de definir con claridad un nuevo régimen de incentivos en todos los niveles, desde la redefinición de las funciones a cargo de los gobiernos nacional y provinciales, hasta la transformación del hospital público. Se discuten con excelente nivel los cambios a introducir en el modelo asegurador, en el modelo de financiación de los servicios, y en el modelo prestador. Se resalta el papel de la libre elección y de la creación de marcos regulatorios apropiados como mecanismo de racionalización del gasto y mejoramiento de la eficiencia y equidad general del sistema.

Desde mi perspectiva personal este estudio constituye una invitación y un desafío para que tanto la autoridad económica como la sociedad civil profundicen la discusión sobre las necesarias reformas que el sector salud demanda a futuro. También para que otros investigadores continúen la senda abierta en este trabajo y examinen con mayor detenimiento que el que aquí han podido recibir por razones de espacio diversos aspectos de organización y comportamiento de los distintos núcleos proveedores de bienes y servicios necesarios para el cuidado y preservación de los niveles de salud de la población. Me refiero, por ejemplo, al mercado de servicios médicos o al de medicamentos, ambos de naturaleza crucial cuando se trata de comprender el tema de la puja distributiva en salud. Lo que se dice es correcto, pero para comprender a fondo el papel de estos mercados se requiere un tratamiento más pormenorizado desde la perspectiva de la organización industrial que por lo extenso y especializado ha sido imposible incorporar en esta oportunidad. Las propuestas últimas de reestructuración

sectorial, sin duda lo requerirían. El análisis del sector farmacéutico, por ejemplo, es de vital importancia como lo demuestra el hecho de gran parte del gasto de bolsillo en salud se genera en este sector. Lo mismo podría decirse, por ejemplo, del papel que cumple dentro del modelo de organización del sector el hospital público que, en la práctica actúa como fuente de aprendizaje y educación profesional de la comunidad médica, lo cual le da un importante valor implícito no reconocido hoy por la sociedad.

Para terminar, *El fracaso sanitario argentino: diagnósticos y propuestas* es un excelente trabajo, con secciones enteras de suma originalidad, con un lenguaje técnico pero sumamente acertado en las críticas de fondo a los problemas de fracasos del mercado y del régimen de incentivos con que funcionan los distintos segmentos del sector salud, y con conclusiones finales de política que resultan sumamente atendibles.

Estoy convencido que estamos ante un estudio digno de análisis, discusión y difusión. Por eso pienso que el libro que estoy presentando cumple con los objetivos que inspiran el Premio Fulvio Salvador Pagani, es decir, aportar insumos que nos permitan mirar críticamente el funcionamiento de nuestras instituciones económicas y sociales, como primer paso hacia su necesaria transformación a futuro. Es imposible cambiar aquello cuyo funcionamiento no alcanzamos a comprender.

Jorge Katz

U.de Chile; UBA y CONICET,
Argentina.

Índice

Palabras iniciales	3
Resumen Ejecutivo	6
Algunas consideraciones generales	11
La demanda de servicios de salud	11
Eficiencia y equidad	15
Las acciones de salud	16
<i>La promoción y la prevención</i>	<i>16</i>
La atención médica	18
La previsión	20
Fallas de mercado y fallas del Estado	23
La organización del sistema de salud en la Argentina	25
Las dimensiones del sector	25
La organización del sector	27
La promoción y prevención	28
La atención médica de enfermedades agudas	30
El modelo financiador	30
El modelo asegurador	33
El modelo prestador	43
La atención médica para enfermedades catastróficas	51
Los resultados y sus causas	54
Los determinantes de las condiciones sanitarias	54
Los resultados de la inversión en salud en la Argentina	55
Las causas de los problemas	58
La promoción y la prevención de la salud	58
La atención médica	59
Las obras sociales nacionales	59
El INSSJP	65
Las obras sociales provinciales	74
Las empresas de medicina prepaga	75
El hospital público	76
Conclusiones del diagnóstico	81
Anexo 1 (Las acciones de promoción y prevención)	83
Anexo 2 (El problema de los medicamentos)	88
Propuestas para la transformación del sistema de salud	91
Lineamientos	91
Las acciones	92
Promoción y prevención	92
Atención médica de agudos	92
El modelo financiador	92
El modelo asegurador	94
El modelo prestador	99
La atención de enfermedades catastróficas	101
Bibliografía	102

Palabras iniciales

Tal vez el dato mas esperanzador que surge de la crisis argentina reciente es que en ningún momento estuvo presente, ni siquiera como una alternativa a considerar, la idea de que las soluciones podían surgir incorporando modelos políticos autoritarios; como los que sufrimos en el pasado y que, desgraciadamente, están apareciendo en otros países de la región. La incorporación en nuestro sistema político, con carácter de definitivo, de los mecanismos democráticos es un rasgo de madurez y modernidad, y un buen punto de partida para imaginar caminos que efectivamente nos conduzcan al desarrollo social.

Sin embargo, para que esto efectivamente ocurra, es decir, para que la democracia no se limite a ser una mera formalidad sino que un instrumento de progreso e integración social, es mucho el camino que queda por recorrer. Las frustrantes experiencias recientes, cuya faceta más patética es que más de la mitad de la población fue expulsada hacia la pobreza, dan una idea de las debilidades e imperfecciones que adolece nuestro sistema político. Está claro que sin un vigoroso proceso de fortalecimiento, nuestra democracia puede caer en un estado de aletargamiento. Esto implica riesgos. Entre otros, que el descreimiento de la población puede llegar a ser utilizado por sectores minoritarios cuyos intereses personales encajan mejor en el marco de estilos autoritarios de gestión del Estado, que en el respeto por las instituciones.

A nuestro juicio, una de las principales debilidades de nuestro sistema político es la poca preparación para el ejercicio del poder. Los partidos políticos se concentran de manera casi excluyente en la captura del poder y prestan poca importancia a su ejercicio responsable una vez en él. Esto es muy visible en los partidos mayoritarios, pero como una perversa emulación, se extiende muchas veces a las nuevas iniciativas que luchan por romper el tradicional bipartidismo. La mayor parte –si no todos– los esfuerzos y recursos son destinados a administrar estructuras políticas, realizar actos con concurrencias masivas, financiar minuciosas encuestas de opinión, y ejecutar costosas y sofisticadas campañas publicitarias.

Naturalmente, esto implica descuidar la preparación para el ejercicio del poder. Son muy escasos los recursos que se destinan a estudiar las diferentes problemáticas que involucra gestionar el Estado. Poca gente se mantiene actualizada en los nuevos desarrollos relacionados con el diseño y la instrumentación de políticas públicas. No se observan rutinas que impliquen un sistemático análisis crítico de las experiencias, tanto nacionales como internacionales. No se observa preocupación por formar y mantener equipos técnicos capaces de asumir con solvencia los complejos desafíos que subyacen en la función pública. Coherente con todo esto, los debates se vuelven pobres, cargados de enunciados genéricos, prejuicios ideológicos pero muy poco sustento técnico.

Esperar a estar en el poder para recién entonces formar los equipos, generar y ordenar las ideas, definir las líneas de acción, fijar las prioridades y diseñar los instrumentos, es una de las vías más directas hacia la improvisación y el fracaso. Así es como se explican muchos de los errores y oportunidades perdidas por diferentes gestiones de gobierno. Más aún, muchas veces la impericia es la que favorece la generación de espacios propicios para la

corrupción y lleva a que la democracia pierde eficacia desde el punto de vista de las expectativas que genera.

Estas razones nos llevan a señalar con énfasis que apoyar la investigación de políticas públicas y construir puentes entre los centros de estudios y la política, es una de las maneras más directas y eficaces de fortalecer el sistema democrático. La anemia técnica en materia de políticas públicas y el divorcio entre la política y la investigación, contribuyen a sostener una democracia semivacía que no tiene capacidad real de respuesta frente a los retos que plantea la administración moderna del Estado en favor del desarrollo.

El esfuerzo de la Fundación Arcor, promoviendo la investigación en políticas públicas, tiene en este contexto un valor estratégico. Es un aporte al enorme desafío que implica fortalecer la democracia mediante el desarrollo de ideas, del diseño de instrumentos y de la incorporación de buenas prácticas en la gestión de la administración del Estado. En este sentido, debe enfatizarse que no es casualidad que el Premio lleve el nombre de Fulvio Salvador Pagani. A esta altura nadie duda de sus dotes como emprendedor exitoso. Lo que no siempre es tenido en cuenta es que Fulvio Pagani fue un caso notable de conciencia acerca de la importancia de promover el estudio y la investigación a favor del mejoramiento de nuestras instituciones políticas y sociales. Muchos han intentado imitar sus destrezas como empresario, pero pocos han asimilado su visión estratégica y ambiciosa de advertir que el éxito personal es muy parcial si se da en un país en decadencia.

Por eso también queremos aprovechar la oportunidad para hacer explícito el reconocimiento a todos quienes de una u otra forma contribuyen a que el Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESA) sea una realidad en crecimiento. Este fue el ámbito que nos permitió desarrollar el trabajo que finalmente ganó el Premio Fulvio Salvador Pagani y es el que nos permite seguir estudiando de manera sistemática, con rigurosidad científica y sentido práctico, los desafiantes temas que subyacen en el diseño y la instrumentación de las políticas públicas. Es, además, el instrumento que nos da la oportunidad de mantener la cohesión a un grupo de profesionales que constituyen un equipo, que no sólo comparte ideales y muchos criterios técnicos, sino también hábitos y estilos de trabajo comunes. En el caso de Pablo Rodríguez del Pozo fue igualmente decisivo el apoyo del Weill Cornell Medical College in Qatar (WCMC Q) y de la Qatar Foundation.

Nuestro trabajo, a diferencia de lo que ocurre tradicionalmente, toma como base nuestras experiencias en diferentes funciones públicas. Por eso el énfasis está centrado en las cuestiones prácticas de la realidad del sistema de salud en la Argentina. Utilizamos la teoría y las experiencias de otros países para enriquecer el análisis y fortalecer los diagnósticos y las propuestas. No como punto de partida al cual la realidad se tiene que someter, sino para entender el funcionamiento del sector, indagar los factores que lo condicionan y proponer un conjunto de recomendaciones que tengan viabilidad y potencia suficiente para cambiar esa realidad.

El esquema bajo el que presentamos los resultados de nuestra investigación es bastante simple. Una primera sección está destinada a presentar un conjunto de temas generales. No se trata, como suele suceder, de sistematizar el “estado del arte” en materia de investigaciones sobre economía de la salud. Más en línea con la orientación práctica que incorpora el estudio, se presentan un conjunto de conceptos y evidencias que consideramos de gran importancia para entender el funcionamiento del sector salud en la Argentina. Esto

es utilizado en las secciones siguientes cuando abordamos la descripción del sector y la identificación de las causas de su mal funcionamiento. La principal conclusión es que el sector produce resultados por debajo de sus posibilidades y que la razón se encuentra en una serie de deficiencias en las reglas de juego que inducen conductas no consistentes con los objetivos de equidad y eficiencia.

En el capítulo final desarrollamos un conjunto integral de propuestas orientadas a cambiar dichas reglas de juego, de manera de alinear los incentivos con el interés general. Gran parte de estas propuestas, en realidad, responden a la lógica de incorporar en el sector salud los criterios conceptuales y operativos previstos en la Constitución Nacional. Entre ellos, respetar la libertad de elección de las personas y el rol que tiene asignado cada jurisdicción en nuestra Ley de Leyes.

En todo tipo de investigación, pero muy especialmente en una como ésta, en donde un insumo esencial fue la experiencia práctica de varios años de trabajo en la ámbito público, una gran cantidad de personas merecen ser reconocidas por diferentes tipos de aportes que nos ayudaron a entender la realidad e imaginar alternativas para transformarla. Quien jugó un rol decisivo y determinante para que el trabajo pudiera ser concretado es Alejandra Torres, Directora Ejecutiva de IDESA. Ella no sólo hizo aportes técnicos muy relevantes sino que nos alentó y nos brindó el soporte sin el cual seguramente no nos hubiésemos lanzado a la aventura de participar del concurso, o tal vez, hubiésemos abandonado antes de llegar al objetivo. También queremos hacer un reconocimiento a la agudeza y precisión de los comentarios de Jorge Katz, miembro del jurado, que nos alientan a seguir trabajando.

Sin caer en dramatismos, somos conscientes de que la crisis que vivimos es de magnitudes y consecuencias difíciles de comprender y asumir en su integridad. Pero estamos convencidos que todavía es posible imaginar una Argentina moderna y en desarrollo. Porque creemos y aspiramos a un futuro mejor, queremos dedicar este trabajo y todo el esfuerzo y alegría que nos implicó, a aquellos que desde nuestra perspectiva mejor representan el futuro: nuestros hijos.

Va entonces la dedicatoria, por orden alfabético, para Benjamín, Caro, Charo, Java, Lucas, Tobías y Vicu. Muchas Gracias.

Setiembre de 2004

Resumen Ejecutivo

Un fenómeno que se reproduce de manera casi universal es que el sector salud se constituye en un demandante creciente de recursos y, a pesar de ello, el nivel de satisfacción que genera en los ciudadanos es bajo. Esto explica que el cuidado sanitario de las personas sea una de las mayores preocupaciones en el ámbito de las políticas públicas, que genera fuertes polémicas tanto a nivel político como técnico.

El nudo de los problemas y centro de las controversias son las particularidades que caracterizan al sector salud. Las personas asocian los servicios de salud con la vida y, coherente con ello, tienen una valoración casi infinita de sus servicios. Por otro lado, la masiva difusión de los seguros, la demanda inducida por los propios oferentes, la información asimétrica, las estructuras monopólicas y la falta de transparencia llevan a que los mecanismos de mercado tengan posibilidades muy limitadas para asignar de manera eficiente y equitativa los recursos. Esto se traduce en una fuerte demanda por un elevado nivel de intervención pública. Sin embargo, las intervenciones del Estado, en muchos casos, no sólo no llegan a corregir las fallas de mercado, sino que frecuentemente son las vías a través de las cuales se generan nuevas distorsiones.

En este contexto, no resultan sorprendentes los cuestionamientos que recibe el sector salud en la Argentina. Los síntomas son en gran medida análogos a los observados en el resto del mundo. Una gran insatisfacción generada por el hecho de que el esfuerzo que demanda su financiamiento no es correspondido con resultados acordes a las expectativas de los ciudadanos.

Pero en el caso de Argentina, el dato notable es que la brecha entre inversión y resultados está significativamente más abierta que en otros países. Las comparaciones, utilizando diferentes tipos de aproximaciones, muestran que los mediocres indicadores sanitarios de la Argentina no se condicen con el hecho de ser uno de los países que más invierte en salud en la región.

Las causas del fracaso sanitario argentino

Si bien se trata de un problema complejo, que involucra una multiplicidad de factores, las claves que explican el fracaso sanitario argentino están en la organización del sector. Se puede demostrar que, tanto en lo que hace a las acciones de promoción y prevención como las referidas al suministro de los diferentes tipos de atención médica, las reglas de juego vigentes inducen a una asignación ineficiente e inequitativa de los recursos.

Las responsabilidades de promoción y prevención están distribuidas, ignorando los preceptos propios de la Constitución Nacional, entre los tres niveles de gobierno. Esto produce superposiciones, vacíos y sub-inversión en las áreas más estratégicas y favorecen a quienes menos lo necesitan. El efecto más dañino de este desorden institucional es que se diluyen las responsabilidades ya que todas las jurisdicciones se inmiscuyen con intervenciones aisladas, pero ninguna se hace cargo de la pobreza de los resultados.

En lo que respecta a la atención médica, el sector salud cubre a una gran cantidad de seguros que operan de una manera sorprendentemente desarticulada. Peor aún, prevalecen reglas de juego que inducen a la dilapidación de recursos y, más allá de las declamaciones, una gran insensibilidad frente a los problemas de equidad.

En la seguridad social prevalece la cautividad y la inconsistencia actuarial. En muchos casos los recursos per cápita asignados a los beneficiarios de la seguridad social resultan insuficientes frente al costo del paquete de prestaciones fijado legalmente. De esta manera se legitima la defraudación de las expectativas. En los casos en que el financiamiento per cápita es suficiente, la cautividad no induce a usar los recursos a favor de los afiliados, con lo cual las reglas de juego tampoco estimulan un razonable respeto por la cobertura, aun cuando el financiamiento sea suficiente.

Las reformas introducidas a mediados de los años '90, al no corregir los problemas de inconsistencia actuarial ni contemplar una competencia con marco regulatorio apropiado, no generaron los resultados buscados. Es cierto que permitieron que algunos afiliados de la seguridad social pudieran acceder a los mejores servicios que brindan las empresas de medicina prepaga. Sin embargo, esto trajo como resultado un intenso proceso de "descreme", ejecutado por las mismas prepagas, mientras que las personas de mayor riesgo y menor aporte no tuvieron otra alternativa que permanecer cautivos en sus respectivas obras sociales. De esta manera aumentó y se legitimó la desprotección de los segmentos más vulnerables de la población.

Mientras en la seguridad social prevalecen niveles extremos de regulación –al punto de cercenar el derecho básico a la libertad de elegir– en el segmento de las empresas de medicina prepaga la intervención del Estado es mínima. En un mercado tan imperfecto como el de los seguros de salud, esto produce resultados negativos que se materializan especialmente en situaciones de desprotección para numerosos afiliados.

En este marco de deficiencias en materia de reglas de juego para la seguridad social y las empresas de medicina prepaga, el hospital público juega un papel clave. Sufre de las ineficiencias micro-económicas, tradicionales del sector público, que se derivan de procedimientos centralizados y burocráticos. Su presupuesto es el fruto de la inercia y de una negociación política donde la cantidad, calidad y pertinencia de los servicios producidos tiene muy poca influencia. Esto se ve agravado además por los pobres incentivos que genera el esquema de subsidio a la oferta. Su función teórica de cubrir a la gran masa de población de bajos recursos, que por su precaria inserción laboral no accede a la seguridad social, tiene como correlato una perversa situación: el hospital público termina cubriendo las ineficiencias e inequidades de los seguros sociales y privados.

El hospital público al operar como prestador de última instancia establece un esquema de articulación perversa entre los diferentes actores. A todos los actores (obras sociales sindicales, INSSJP/Pami, empresas de medicina prepaga y obras sociales provinciales) les resulta funcional el hospital público actuando como un prestador por defecto, gratuito y universal, financiado con rentas generales. De esta forma, el hospital pone "parches" a las ineficiencias e inequidades de los seguros, sean éstos de la seguridad social o comerciales. A su vez, el esquema de subsidio a la oferta con procedimientos públicos es funcional a las entidades gremiales de profesionales y de empleados de los hospitales, ya que al no estar

expuestos a mecanismos competitivos, sus ingresos no están condicionados a resultados sino a la puja distributiva donde la variable de ajuste es la prestación.

El hospital público cumple otros roles, algunos de ellos muy importantes, como la capacitación y el entrenamiento de los médicos a través de los sistemas de residencias y concurrencias. Este es un producto estratégico aunque no exento de problemas y de efectos distorsivos. Por caso, si toda vida es igualmente valiosa, es legítimo preguntarse si es justo que los menos pudientes soporten el riesgo de verse atendidos por médicos en formación, mientras que los mejor situados socioeconómicamente disfrutan de los beneficios de ser asistidos por médicos ya formados. En no pocos casos, a su vez, es probable que el tipo y la especialización de la formación médica ofrecida por el hospital público no siempre esté en sintonía con el interés de la población.

La articulación perversa que se establece entre el hospital público y los seguros de salud sería inestable si los dirigentes políticos, en defensa de los usuarios, tendieran a romper esta confluencia de intereses. Sin embargo, como la salud es un bien extremadamentepreciado por la población y está asociado –erróneamente– casi por completo con la medicina, la imagen de financiar con fondos públicos un prestador médico de "puertas abiertas" es muy atractiva desde el punto de vista electoral. Con lo cual, el esquema termina disfrutando de una elevada estabilidad. Si los hospitales públicos dejaran de cumplir el rol de prestador de última instancia, seguramente habría mayor presión del público para corregir las deficiencias de los seguros de salud y el sistema político se vería forzado a buscar soluciones.

En este marco, las repetidas recomendaciones en cuanto a que las soluciones pasan por mayores requerimientos financieros son inconducentes, ya que implican seguir alimentando esquemas que favorecen la asignación ineficiente e inequitativa de recursos. Muy por el contrario, la clave para superar los frustrantes resultados son los cambios profundos sobre las reglas de juego de manera de generar una estructura de incentivos más consistentes con el interés general de la población.

Esto requiere superar los ideologismos ya que no se trata de aferrarse a expandir el Estado ni a caer en la confianza ciega en los mecanismos de mercado. No se trata tampoco de aferrarse a la idea de que la eficiencia provendrá automáticamente del libre juego de oferta y demanda ni que la equidad es un derivado espontáneo de la intervención pública. En realidad, las mejores soluciones para problemas tan complejos como los que se presentan en el sector salud, pasan necesariamente por una mayor confianza en la competencia y la libertad de elección, pero tomando como base intervenciones públicas que brinden un marco regulatorio de transparencia, consistencia financiera y equidad.

Las propuestas

En el área de la promoción y la prevención, la clave es transparentar las responsabilidades. La base del cambio es ajustar las asignaciones de funciones a los criterios contemplados en la Constitución Nacional. Las provincias deben ser las únicas responsables por las funciones y la asignación de los recursos correspondientes a prevención y promoción de salud y, por lo tanto, ser los responsables por los resultados alcanzados. La Nación debe limitarse a un rol de agente de información sanitaria de manera que sea más fácil y objetiva la evaluación

de los resultados. En casos excepcionales de incumplimiento por parte de algún gobierno provincial, se debería habilitar un esquema de intervención que opere como auxilio solidario del resto de las provincias hacia los habitantes de áreas donde existen falencias graves del Estado provincial.

En materia de atención médica es recomendable universalizar la cobertura de los seguros de salud bajo un esquema regulatorio homogéneo pero que respete las especificidades de los diferentes tipos de contrato. El punto clave es separar y establecer regímenes de financiamiento diferentes para las enfermedades agudas, caracterizadas por presentarse con alta frecuencia y bajo costo relativo, de las enfermedades llamadas catastróficas, que son de baja frecuencia y alto costo.

Para las enfermedades agudas, el sistema se dividiría a su vez en un sub-sistema de planes coercitivos y un sub-sistema de planes voluntarios. La diferencia conceptual de enfocar la regulación en lo que son los planes de salud en lugar de los tipos de seguros –como es actualmente– es que las reglas de juego son más integradoras y consistentes. La regulación protege a las personas que tienen un plan de salud coercitivo, independientemente de quién le brinde el servicio, ya sea, una obra social o una empresa prepaga. Lo mismo ocurre con las personas que tienen un plan de salud voluntario.

El sub-sistema de planes coercitivos será el marco regulatorio integrador para obras sociales, INSSJP y empresas de medicina prepaga en lo que corresponda a atención a afiliados de la seguridad social. A través de esta vía accederán a la atención médica los asalariados activos, los pasivos y, subsidio estatal mediante, las personas de bajos recursos que no tienen capacidad de pago. Se propone que el sistema tenga un conjunto de regulaciones comunes y básicas para todos los seguros que actúen en el sub-sistema, que serán eminentemente las reglas para garantizar libertad de elección, competencia regulada y consistencia actuarial y un conjunto de regulaciones específicas para atender especificidades de las poblaciones (activos, jubilados, carenciados).

El régimen financiero debe ser rediseñado bajo el criterio de contemplar una estricta consistencia con el paquete prestacional definido. Esto requiere de una cápita portable ajustada por riesgo, en donde todas aquellas personas cuya cápita no alcance el costo de paquete básico recibirían un subsidio hasta cubrir la diferencia.

El sub-sistema de planes voluntarios será el marco regulatorio que fije las reglas para las empresas de medicina prepaga y para aquellas obras sociales que comercialicen planes de salud voluntarios para personas que no estén cubiertas por el sub-sistema de planes coercitivos. Este marco regulatorio daría la posibilidad de comercializar dos tipos de planes. Un plan predefinido por el regulador que sería similar al paquete de prestaciones básicas del sub-sistema coercitivo sólo que con el aditamento de límites, topes, copagos, carencias y exclusiones determinadas en forma explícita, y donde la interpretación de las cláusulas sería realizada por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). El otro tipo de planes, al igual que hoy, consistiría en paquetes definidos libremente por las partes (aseguradoras y usuarios). La razón es que el plan predefinido sustrae grados de libertad a las partes contratantes en la definición del plan, pero brinda a cambio mayor seguridad jurídica en torno a conflictos de interpretación. Mientras que los planes definidos libremente por las partes tienen mayores grados de libertad pero la Superintendencia tendría facultades

limitadas de interpretación, actuando sólo como mediadora en conflictos, a voluntad de las partes.

Un punto clave para este cambio es la reformulación del esquema de financiamiento y gestión del hospital público. Estas instituciones deben ser transformadas en entes con personería jurídica propia, autónomos y descentralizados, que no reciba un presupuesto preasignado sino que se autofinancien, especialmente contratando con los seguros de salud. La forma más simple, expeditiva y sólida de instrumentar este cambio es dar poder a los usuarios incorporándolos al seguro social en el sub-sistema de planes coercitivos. De esta manera, los recursos dejarían de ser propiedad de los hospitales y pasarían a ser propiedad de las personas que tendrían asignada una cápita portable y podrían elegir el seguro de salud que consideren que mejor cubre sus expectativas. La transición desde el actual régimen al sistema propuesto puede requerir, no obstante, una enorme pericia organizacional, financiera y política. Además, el hospital público debería recibir recursos por compensación de otras funciones socialmente rentables que ejecuta, como por ejemplo, sus aportes a la formación de los recursos humanos.

Para la gestión de las prestaciones relacionadas con enfermedades catastróficas se contempla un esquema de reaseguro de carácter universal que abarca a todos los afiliados al sub-sistema de planes coercitivos y a los que optaron al plan predefinido del sub-sistema de planes voluntarios. Su financiamiento será de acuerdo a un esquema *de reparto* y será gestionado a través de un emprendimiento conjunto donde participaran todos los seguros. La lógica subyacente es que el sistema debe operar como un mecanismo de contribución definida donde el paquete prestacional es función de los recursos disponibles. Es por esto que la participación de los seguros resulta decisiva, ya que son los que operaran como financiadores y beneficiarios del esquema.

Una agencia del Estado nacional –la Superintendencia de Servicios de Salud– cumplirá las funciones de ente de regulación y control en todo el sistema de aseguramiento de salud. Su objetivo será velar para que la competencia se desarrolle en un ambiente transparente y de respeto de los derechos de los usuarios.

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

AnA DEL CONSmidor condCE A Qe la oferta tenga capacidad de indCIR S propia demanda de modo Qe SIEMPRE HAYA Lgar para Nevos OFERENTES, A EXPENSAS DEL Amento de las prestaciones y del gasto. En la relaciN PROVEEDOR-CLIENTE, Qe es ni Ms NI MENOS Qe la relaciN Mdico-paciente, qIn instrYE AL CONSmidor sobre Ss PROPIAS Necesidades y sobre loS SERvicios Qe DEBE DEMANdar es el propio oferente, o sea, el mdiCO. El MDICO ES EL AGENTE EN QIEN EI PACIENTE DELEGA Las responsabilidades de tomar por L LAS DECISIONES RELATivas a la demanda de asistencia sanitaria. El mDICO tiene la posibilidad de solicitar la prestaciN DE Ss propios servicios, segN SS PROPIos criterios, con poca influencia DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE. NATralmente, esto lleva a Qe EN LAS DECISIONES INCIDAN, Y HASTA Pedan prevaleceR, Ss preferenciAs e intereses. NA Preba de esto es Qe EST demostrado Qe LA CANTIDAD Y natRALEZA de las prestaciones brindadas difieren segN El mdico sea remNERADO POR ACTO O Prctica (fee-for-service), por salario fijo o mediante capitaciN.

N segndo factor es la capacidad de “monopolIZACIn” de la CIENCIA mdica en manos de la profesin Mdica. Esto ES, LA COMnidad Mdica TIENE LA CAPACIDAD DE EXTRAER DE LA SOC

Segunda parte

La organización del sistema de salud en la Argentina

1. Las dimensiones del sector

El nivel de inversión en salud en Argentina es motivo de intensa polémica. Por un lado, porque resulta difícil su cuantificación precisa y desagregada, especialmente debido a que no se relevan datos ciertos y actualizados de la inversión privada que realizan los hogares. Por el otro, porque no hay reglas objetivas que permitan aproximar cual es el nivel más recomendable de inversión que conviene hacer en el sector.

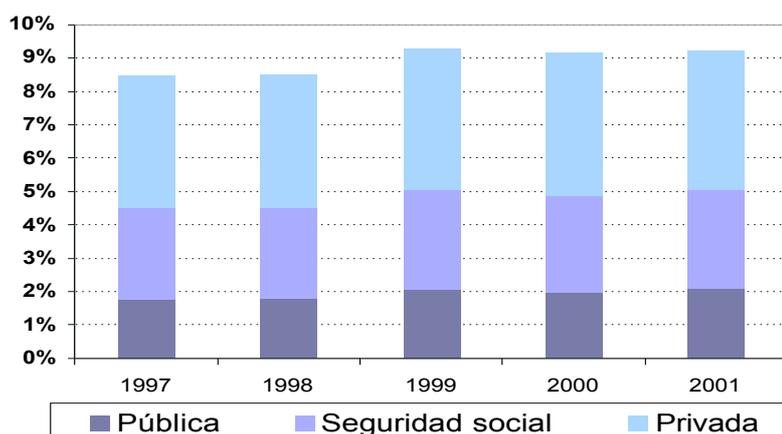
En la Argentina las principales vías a través de las cuales se canaliza la inversión en salud son el sistema público, el sistema de seguridad social y el gasto directo de los hogares. El Ministerio de Economía, en el marco del seguimiento del gasto público social, releva de manera sistemática, a través del tiempo, el gasto en salud de los sistemas públicos y de la seguridad social, pero no alcanza al componente privado. En relación con éste, el dato más certero con el que se cuenta es el que se deriva de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) que elabora el INDEC, y cuya última medición se realizó en 1997.

Hasta el 2001, las series disponibles hacían uso de esta medición suponiendo que el comportamiento de los hogares no habría experimentado cambios significativos. Sin embargo, el desquicio producido en las variables nominales de la economía a partir de ese año hace poco realista mantener este supuesto. En consecuencia, ante la ausencia de encuestas de gastos elaboradas con posterioridad a la devaluación, no se cuenta con estadísticas confiables que permitan estimar el nivel de inversión privada en salud con posterioridad al 2001.

La evolución de la inversión total entre 1997-2001, abierta por tipo (pública, seguridad social y privada), muestra que el porcentaje respecto al PBI había aumentado de manera sostenida con anterioridad a la crisis del 2002. Este fenómeno se dio porque aumentaba la inversión pública y la de la seguridad social y, a su vez, porque el PBI se contraía. En el análisis de la serie, el gasto privado no puede ser objeto de análisis ya que se derivaba como una mera extrapolación de la medición de 1997.

Gráfico 1. Inversión total en salud en la Argentina

1997 – 2001



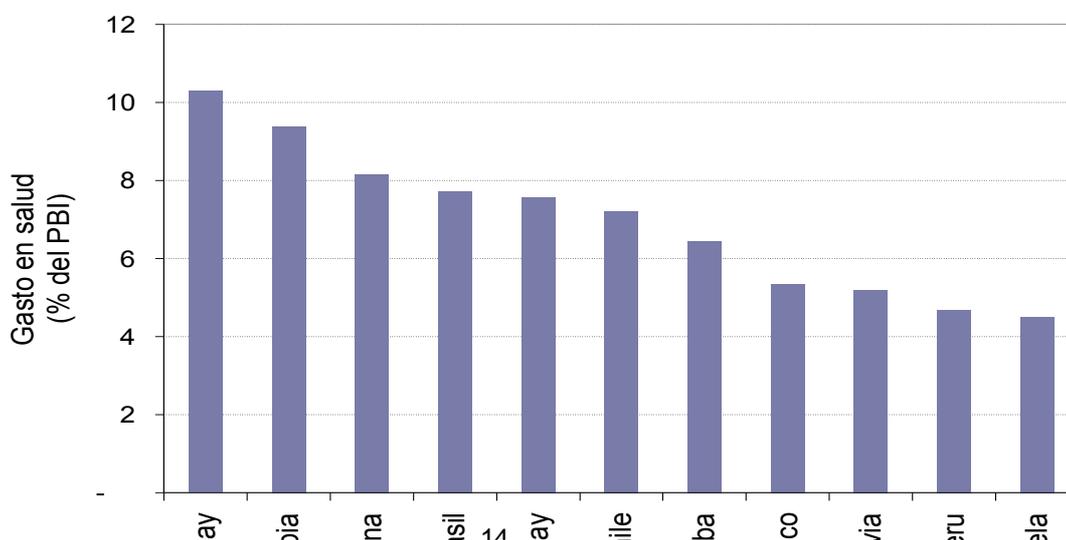
Fuente: Ministerio de Economía. Inversión privada: estimada en base a ENGH.

Con posterioridad al 2001 es muy difícil evaluar el impacto que tuvo sobre el sector salud la gran caída en el nivel de actividad económica y del nivel de ingresos de la población, junto con el profundo cambio de precios relativos producidos luego de la devaluación y la pesificación asimétrica. Ante estas limitaciones en los sistemas de información resulta muy difícil estimar el volumen de inversión actual. De todas formas, el hecho de que el sector explique el 5% del empleo total y que en el pasado reciente representara una porción que llegó al 9% del PBI y con tendencia creciente da una idea de su importancia económica y social.

En el contexto latinoamericano la Argentina se caracterizó por ser un país con una larga tradición de alta inversión en salud. En los últimos años, previos a la crisis post-devaluación del 2002, y aún cuando la recesión se prolongaba, el país se situaba entre los 3 primeros países que mayor porcentaje del PBI asignaban al gasto en salud. Según estimaciones de la OMS, entre 1995-2000, la Argentina invirtió en promedio un 8% de su PBI en salud, superado sólo por Uruguay, que destinó más del 10%, y Colombia, que se ubica ligeramente por encima de 9%.

Gráfico 2. Gasto en salud como porcentaje del PBI

Promedio 1995 – 2000



Desde el punto de vista de las fuentes de financiamiento, en Argentina la principal generadora de recursos para el sector es el gasto privado. El gasto en salud financiado desde el presupuesto de los hogares representó en promedio para el período en cuestión casi la mitad (47%) del gasto total en salud. Le sigue en importancia los impuestos al trabajo, que aportan un tercio del financiamiento (representan un 32% del gasto total). La tercera fuente son los recursos públicos provenientes de rentas generales con un 21% (Ministerio de Economía, 2003, e INDEC, 1997).

2. La organización del sector

En el arreglo constitucional de la Argentina la regla de asignación de funciones establece como principio general que lo que no está expresamente delegado a la Nación permanece en jurisdicción provincial. En este sentido, la única facultad relacionada con la organización del sistema de salud expresamente asignada por la Constitución a la Nación es la de organizar la seguridad social.

Coherente con el esquema adoptado por la Constitución Nacional, las constituciones provinciales establecen expresamente que las responsabilidades de regulación, financiamiento, provisión y control de las acciones destinadas a cuidar, mantener y recuperar la salud de la población son facultad de los gobiernos provinciales. La esfera de regulaciones comprende el dictado de normas, la habilitación, la fiscalización y la aplicación de sanciones de todo el circuito de producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, medicamentos, elementos de uso médico, residuos patógenos, instituciones de salud y ejercicio de las profesiones médicas. En materia de financiamiento, las provincias están facultadas para cobrar impuestos y aplicarlos a acciones de salud. En materia de provisión, los gobiernos provinciales tienen potestad para proveer servicios de salud de promoción, prevención, atención médica de agudos y enfermedades catastróficas y rehabilitación en forma directa o a través de terceros.

El marco jurídico contiene definiciones claras y con una marcada tendencia descentralizadora ya que, según las normas, los gobiernos provinciales tienen autonomía y plena facultades, derivadas del poder de policía, en lo relativo a regulación, financiamiento y provisión. Sin embargo, en la práctica, el esquema institucional es mucho más complejo. Esto es consecuencia de que las provincias han delegado –de manera explícita o implícita– en los municipios y en el gobierno nacional una importante cantidad de funciones.

En el caso de los municipios, las situaciones difieren según las jurisdicciones. En general, las provincias han delegado acciones de promoción y prevención, al igual que la gestión de centros de salud para la atención médica de baja complejidad. En algunos casos se adiciona la gestión de centros de atención médica de agudos de mayor complejidad, como es el caso de municipios que administran hospitales públicos.

El proceso de delegación de las provincias a la Nación, salvo en lo que hace a la disposición relativa a la seguridad nacional que fue claramente instrumentada a través de leyes, ha sido

cambiante y desordenado. Hasta finales de la década de los ochenta, la Nación administraba de manera directa una amplia red de hospitales. Esto, más allá de la baja coherencia con el sistema federal de organización nacional y las dificultades de gestión que generaba el elevado nivel de centralización, producía superposiciones e inconsistencias entre las acciones que el gobierno federal ejecutaba en las provincias con las que las mismas provincias tomaban por decisión propia.

En los primeros años de la década de los noventa se produce un profundo proceso de descentralización desde el gobierno nacional hacia los gobiernos provinciales en la gestión de los servicios sociales. Uno de los componentes destacados fueron los servicios de salud. Así es como entre 1991 y 1993, el gobierno nacional transfiere prácticamente todos los centros de salud de todo nivel de complejidad a la órbita provincial. El proceso de descentralización se refuerza en 1994, luego de la sanción de las reformas a la Constitución, cuando las provincias hacen lo propio con las acciones más básicas de promoción, prevención y atención médica de baja complejidad hacia las órbitas municipales.

En la actualidad, el entramado de responsabilidades jurisdiccionales, si bien es preciso en la letra escrita (la responsabilidad en última instancia es del gobierno provincial), en la práctica resulta en extremo complejo y poco transparente. Conviven acciones de promoción, prevención e intervenciones de atención de baja complejidad en los municipios –cuya profundidad depende de cada provincia y de cada municipio– con acciones de este mismo tipo que se ejecutan desde la nación co-ejecutados con las provincias y los municipios.

Incluso en el área de seguridad social la interrelación que se produce en la práctica entre las provincias y la Nación es mucho más compleja que la teoría que marca la norma. Al concebirse el hospital público como una institución de acceso libre y gratuito para cualquier persona, con o sin cobertura de seguros de salud, en la práctica, los afiliados con coberturas privadas y de la seguridad social nacional reciben intervenciones desde la órbita provincial.

En las próximas secciones se presenta una descripción estilizada de la organización del sector salud en Argentina respetando la clasificación según tipos de acciones. En primer lugar, se presenta la organización de las acciones de promoción y prevención, a continuación, la organización de la atención médica de enfermedades agudas y, finalmente, la organización de la atención de alto costo y baja incidencia.

2.1. La promoción y la prevención

En general, los expertos no se ponen de acuerdo sobre cuál es la línea divisoria que separa la promoción de la prevención. Ambos tipos de acciones están dirigidas a mantener la salud o, lo que es lo mismo, a evitar la enfermedad. Sólo que la promoción abarca una cantidad de intervenciones que no están destinadas directamente a la preservación de la salud. La promoción comprende las acciones dirigidas a mantener la calidad de vida y colateralmente tienen un importante impacto en el mantenimiento de la salud, mientras que las acciones de prevención son intervenciones, inclusive a nivel médico, con el objeto directo de evitar la enfermedad o que no empeore una vez desencadenada.

Ejemplos de intervenciones de promoción de la salud son la inversión en infraestructura de higiene pública (agua potable, desagües cloacales y pluviales), la inversión en infraestructura básica (electricidad, gas, seguridad, viviendas apropiadas), la inversión en infraestructura de recreación, transporte adecuado, el cuidado del medio ambiente, la fortificación de alimentos y todas las acciones para informar a la población sobre hábitos saludables de vida (minimizar las adicciones, el sedentarismo y la inapropiada alimentación). Ejemplos de acciones de prevención son la vacunación, los suplementos vitamínicos y de minerales, los controles médicos periódicos, la educación para la salud y la práctica de hábitos saludables de vida, especialmente en población de riesgo. Este límite difuso entre la promoción y la prevención contribuye a que las distintas jurisdicciones (municipal, provincial y nacional) ejecuten acciones de ambos tipos.

Las provincias, son constitucionalmente las responsables primarias, y tienen asignado el rol regulador, financiador y proveedor. Como reguladores, las provincias legislan y controlan la producción, comercialización y consumo de alimentos, medicamentos, ejercicio de la profesión, la construcción de infraestructura pública y privada, las campañas de vacunación, los controles médicos y la provisión de suplementos vitamínicos y minerales a la población. Como financiadores, las provincias asignan recursos a campañas de difusión de conductas saludables y de prevención en la población de riesgo (controles materno-infantiles, cáncer femeninos, hipertensión, diabetes, HIV, enfermedades mentales, adicciones), la construcción y el mantenimiento de espacios verdes y de recreación, de la red de agua potable, de desagües cloacales, pluviales, electricidad, gas, viviendas sociales, seguridad pública y transporte. Como proveedores, las provincias ejecutan en forma directa programas destinados a la provisión de vacunas, alimentos fortificados, suplementos vitamínicos y minerales, y controles médicos a las poblaciones de riesgo.

Los municipios también cumplen funciones de regulación, financiación y provisión de acciones de promoción y prevención. Como reguladores, dictan legislación y controlan la producción y comercialización de alimentos y toda actividad con impacto ambiental dentro de su jurisdicción. Como financiadores, es frecuente que se hagan cargo de la construcción y el mantenimiento de espacios verdes y recreativos de bajo presupuesto, y algunos programas muy acotados para población en riesgo (actividades focales recreativas y deportivas, vacunación, controles médicos, atención a adicciones). Como proveedores, gestionan de manera directa el mantenimiento de la infraestructura urbana, al igual que programas acotados para grupos de riesgo.

En general, en lo que a financiamiento y provisión se refiere, los municipios ejecutan acciones de bajo presupuesto y gravitación limitada. Las superposiciones e incoherencias son poco frecuentes debido a que en la mayoría de los casos actúan bajo la delegación de la provincia. Por el contrario, las superposiciones son más frecuentes en las funciones de regulación. En este ámbito, lo más común es que el municipio establezca reglas propias y el gobierno provincial también, con lo cual el sector privado se ve obligado a satisfacer los trámites requeridos por dos legislaciones diferentes, aún si la mayoría de las veces sus exigencias son substancialmente similares.

La situación contraria se produce en la relación entre la Nación y las provincias. Prácticamente no hay superposiciones de funciones de regulación. No ocurre lo mismo en las funciones de financiamiento y provisión. Si bien el marco legal establece con claridad que el responsable primario por la promoción y prevención son los gobiernos locales, la

intervención directa de la Nación es frecuente. Esto puede tener origen en una inercia de la época anterior a la transferencia de los centros de salud o a que el gobierno nacional aspira a suplir fallas y carencias de los gobiernos provinciales y municipales.

La modalidad prevalente es que la Nación co-ejecuta con las provincias y los municipios programas de promoción y prevención específicos, que financia con fondos propios y muchas veces con recursos de fuentes internacionales. En general, el gobierno nacional formula el diseño del programa, lo financian en su mayor parte y se reserva el derecho de auditar y medir impactos, mientras que delega su ejecución a las autoridades provinciales o municipales. Las autoridades provinciales y municipales, por su parte, son responsables de la ejecución de las acciones previstas en el diseño del programa y a veces co-financian una parte menor con recursos propios que, en general, se tratan de aportes en especie (empleados públicos para las tareas administrativas).

Por la diversidad y la heterogeneidad de acciones que involucran la promoción y la prevención es muy difícil cuantificar la cobertura real de este tipo de intervenciones en cada una de las acciones. Sólo puede tomarse como una aproximación los datos dispersos sobre cobertura de agua potable, la red de efluvios cloacales y pluviales, atención médica durante el embarazo y atención médica del niño sano.

Los datos acerca de los recursos que se destinan a la totalidad de las acciones de promoción y prevención no están disponibles de manera confiable y desagregada. El problema nace de la propia dispersión de responsabilidades de regulación, financiamiento y ejecución entre los gobiernos nacional, provincial y municipal, y de la ausencia de un sistema ordenado de recolección de información que centralice datos del conjunto de programas ejecutados por la nación, las 24 provincias y los 2100 municipios.

2.2. La atención médica de enfermedades agudas

El análisis de la atención médica puede ser ordenado desde la perspectiva de sus tres dimensiones operativas más importantes: financiamiento, administración del riesgo y producción de prestaciones. El modelo de financiamiento comprende las reglas de juego que definen las vías a través de las cuales se originan y canalizan los recursos económicos. El modelo asegurador comprende las reglas de juego bajo las cuales se administra el riesgo epidemiológico de la población. El modelo prestador comprende las reglas de juego bajo las cuales se organiza la oferta de servicios de atención médica (profesionales médicos; paramédicos; trabajadores de la salud; prestadores institucionales dedicados a la producción de bienes y servicios de atención médica).

Si bien hay varias formas de analizar la organización de la atención médica de agudos, ésta tiene la ventaja de ilustrar la interrelación entre las macro-funcionalidades de la atención médica (financiamiento, administración de riesgo y prestadores) y cómo las reglas de juego adoptadas en una de las funciones condiciona las otras.

2.2.1. El modelo financiador

El modelo de financiamiento de la atención médica en Argentina toma como eje la condición de actividad y el nivel de ingresos de las familias. En general, la condición de actividad define si una persona contribuye a la seguridad social, compra un seguro privado de salud o utiliza los servicios del sistema público de salud. A su vez, la capacidad de pago condiciona el nivel de accesibilidad de la persona.

A fin de simplificar la exposición, se pueden agrupar tres tipologías de financiamiento según cual sea la fuente de recursos: a través de impuestos al trabajo, a través del presupuesto familiar y a través de los presupuestos públicos. En ningún caso se dan de manera pura y hay una multiplicidad de variantes dentro de cada una de ellas, pero esta clasificación permite aproximar un panorama general sobre la organización del sector salud desde el punto de vista de las fuentes de financiamiento.

Prevalecen los **impuestos al trabajo** como fuente de financiamiento en los siguientes casos:

- Trabajadores asalariados registrados activos del sector privado y público nacional, es decir, afiliados al *Régimen Nacional de Obras Sociales*¹.
- Trabajadores pasivos del sector privado y público nacional, es decir los afiliados al *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)*.
- Trabajadores asalariados registrados activos y pasivos del sector público provincial y municipal, es decir, los afiliados a las *Obras Sociales Provinciales*.

En el Recuadro 1 se sintetiza la composición y destino de esta fuente de financiamiento que permite el acceso a la cobertura tanto del afiliado titular como de su grupo familiar primario. En todos los casos, se define un plan de prestaciones que se denomina Programa Médico Obligatorio (PMO) en el caso de las obras sociales nacionales² y Programa de Atención Médica Integral (PAMI) en el caso del INSSJP.

Estos programas se conforman por un listado de prácticas y algunos criterios de asignación. En general, prohíben carencias³ y exclusiones⁴ (lo cual es coherente con el hecho de que la afiliación es compulsiva) y no establecen mecanismos tendientes a pautar y controlar condiciones de accesibilidad y parámetros de calidad⁵. Desde esta perspectiva, estos programas médicos operan como un conjunto abierto de derechos, con límites muy difusos y difícilmente mensurables desde el punto de vista actuarial. Esto lleva a que, como los impuestos al salario y el paquete de prestaciones están predeterminados, y éste último no

¹ Con un régimen de aportes especiales también están comprendidos los trabajadores domésticos y monotributistas.

² Aunque con denominaciones diferentes, las obras sociales provinciales en cada jurisdicción operan de manera análoga con un programa prestacional similar al PMO nacional.

³ Las carencias son tiempos de espera para acceder a ciertos beneficios. Se establecen para minimizar los riesgos de moral hazard. Por ejemplo, la carencia más común es establecer a los afiliados entrantes un tiempo de espera de 6 meses para acceder a internación ó 9 meses para acceder a los servicios de maternidad.

⁴ Las exclusiones son prestaciones que no se cubren. Tienen la finalidad de minimizar los riesgos de selección adversa. Por ejemplo, excluir de un plan prestacional las enfermedades crónicas.

⁵ Desde febrero del 2002 hasta diciembre del 2004 esta vigente, en forma transitoria y en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el gobierno nacional, el Programa Médico Obligatorio de

es fácilmente mensurable, el racionamiento de los servicios cuando los recursos resultan insuficientes se producen vía restricciones a la accesibilidad⁶.

El financiamiento a través de aportes y contribuciones es complementado a través del presupuesto familiar. Esto, en algunos, casos está institucionalizado y forma parte del programa médico (copagos). En otros, es la manera a través de las cuales las personas enfrentan las barreras de accesibilidad.

Emergencia (PMOE) que se compone por una menor cantidad de prestaciones y fija algunos límites más restrictivos de accesibilidad.

⁶ El concepto "restricción a la accesibilidad" se refiere a la imposibilidad del afiliado de acceder a los servicios que, en teoría, están incluidos en el plan de prestaciones. Las causas puede ser: negación de servicios por falta de pago al prestador, inexistencia de prestadores, restricciones de distancia y exigencias de pagos extras no definidos en el plan de prestaciones. Cuando la restricción está expresamente establecida en el plan, no se trata de una restricción a la accesibilidad, sino de un límite del plan.

Recuadro 1

Impuestos al trabajo

Para los trabajadores asalariados del sector privado y público nacional está pautado un aporte personal equivalente a 3% del salario y una contribución patronal equivalente al 6% del salario. La cobertura comienza desde el mismo momento en que el trabajador es registrado en la seguridad social y se extiende a 3 meses después de que se extinga la relación laboral, en la medida que el trabajador no cuente con otro trabajo en relación de dependencia. En este segmento poblacional existe un mecanismo institucional de redistribución de ingresos que es el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). El FSR se financia con el 10% de la cotización de los trabajadores alcanzados por un convenio colectivo de trabajo que ganan menos de 1.500 pesos mensuales y de 15% de los que ganan más de 1.500 pesos mensuales. Además, se financia con el 15% de los trabajadores jerárquicos que ganan menos de 1.500 pesos mensuales y de 20% de estos mismos trabajadores que ganan más de 1.500 por mes. El FSR tiene varios destinos pero el principal es financiar un aporte mínimo de 22 pesos por trabajador y de 17 pesos por miembro familiar para los trabajadores de menores ingresos cuya cotización y tamaño del grupo familiar no les permite alcanzar ambos umbrales. Los trabajadores monotributistas y de servicio doméstico están sujetos a un régimen especial consistente en un aporte fijo de \$20.

Adicionalmente, la legislación contempla un aporte personal del 2% y una contribución patronal del 3% con destino al financiamiento de la salud de jubilados y pensionados. Esto se complementa con un aporte del 5% de la renta presunta de los trabajadores autónomos y el aporte de los jubilados y pensionados. En este caso, se trata de un aporte del 3% para los haberes mínimos y 6% para los haberes por encima del mínimo. Cabe destacar que hay una fuente de financiamiento no regular, episódica, que son los recursos provenientes del Tesoro Nacional para auxiliar los déficit económicos en la cobertura de esta población. La cobertura comienza en el momento mismo en que la persona recibe un beneficio jubilatorio y es extensiva para la cónyuge y los menores a cargo.

Los trabajadores asalariados activos y pasivos del sector público provincial y municipal tienen tres fuentes de financiamiento. Por un lado, los trabajadores activos pagan impuestos sobre el salario que se calculan como aportes personales y contribuciones patronales. Las alícuotas no son uniformes sino que dependen de la decisión de los gobiernos provinciales pero en general los aportes personales oscilan entre el 2% - 5% y las contribuciones patronales entre el 7% - 10%. Los trabajadores pasivos del sector público provincial y municipal tienen como fuente de financiamiento aportes personales calculados sobre los haberes jubilatorios, que también difieren según la provincia y se ubican entre 3% y el 6%. Finalmente, hay casos donde los desequilibrios de la obra social provincial son financiados con el presupuesto público.

Existen otros casos de financiamiento de la cobertura mediante impuestos al trabajo: personal del Congreso de la Nación, del Poder Judicial, de las Universidades Nacionales, y profesionales independientes, abogados, ingenieros, escribanos, médicos a través de sus respectivas Cajas Profesionales. No se cuenta con datos fiables pero su incidencia en el conjunto del sistema es menor.

El financiamiento a través del **presupuesto familiar** prevalece entre los trabajadores autónomos, los asalariados no registrados y los inactivos de ingresos medios y altos, es decir, entre el segmento de la población no cubierta por la seguridad social y que tiene capacidad de pago. Estas personas pueden optar por comprar episódicamente los servicios de salud que consideren necesarios o, como ocurre más frecuentemente, puede elegir comprar un plan de salud a una empresa de medicina prepaga. En este caso, el precio, plan

de prestaciones y demás condiciones son fijadas libremente en base a negociación entre las partes. En tal sentido, las empresas de medicina prepaga comercializan planes con diferentes precios para individuos o grupos familiares, con una variada gama de planes prestacionales. A veces, el plan que la persona compra es asimilable al PMO, pero sólo en el listado de prestaciones, y no en las carencias, exclusiones y límites máximos que, a diferencia del PMO, son explícitamente establecidos en los contratos. Otras veces, el plan de prestaciones no es asimilable al PMO y tiene diseños específicos. La gran diferencia es que el plan de prestaciones tiene límites precisos y bien determinados, y por lo tanto, puede ser medido actuarialmente. Esto conduce a que el precio sea función del plan de prestaciones y el racionamiento no se realiza mediante restricciones a la accesibilidad sino a través de límites definidos en los propios planes.

Por último, prevalece el financiamiento del **presupuesto público** para aquella población que por su condición de actividad no accedió a la seguridad social (trabajadores no registrados, autónomos, desempleados, inactivos) y que no tiene capacidad de pago para acceder a un seguro privado. No hay para este segmento un plan de prestaciones definidos. El financiamiento estatal se canaliza como un subsidio a la oferta donde las personas reciben los bienes y servicios que hay disponibles al momento que demanda la atención. En teoría, estos recursos deberían cubrir todas las necesidades de atención médica de toda esta población, pero en la práctica, se producen muy serias restricciones a la accesibilidad. Las listas de espera y la negación de servicios por falta de recursos son la constante para este segmento de la población.

En suma, una parte de la población tiene cobertura teórica de un plan de prestaciones muy amplio, con límites muy difusos, cuyos costos resultan muy difíciles –sino imposibles– de cuantificar y que se financia con impuestos al salario definidos “ad hoc” y con rentas generales también definidas de manera “ad hoc”. De esta forma, cuando los recursos no alcanzan, el sistema ajusta a través de restricciones a la accesibilidad y gasto espontáneo de bolsillo, dado que no hay límites en los planes de prestaciones.

Otra parte de la población, en cambio, compra seguros privados donde la cobertura está bien definida, con límites muy precisos, con costos bien cuantificados, que llevan a que el financiamiento este definido en función de lo que el plan de prestaciones incluye. En este caso, el ajuste de cobertura ocurre cuando los límites del plan de prestaciones operan, más que por restricciones a la accesibilidad.

2.2.2. El modelo asegurador

Más allá de que normativamente y desde hace muchos años está contemplado el denominado Seguro Nacional de Salud con cobertura universal, en la práctica sólo una parte de la población accede a la cobertura de atención médica a través de mecanismos de administración de riesgos formalmente establecidos. Dentro de ellos, los principales son los seguros de salud de la seguridad social y los seguros que comercializan las empresas de medicina prepaga.

En ambos casos, la función de estas instituciones es administrar el riesgo epidemiológico de sus afiliados. Esto es, recibir recursos predefinidos y responsabilizarse por brindar los

bienes y servicios también predefinidos en el plan de prestaciones. Para ello los seguros de salud compran bienes y servicios a los prestadores y controlan que su utilización no sobrepase los recursos disponibles. En este sentido, es posible ilustrar el rol del modelo asegurador como el canalizador de los recursos desde el modelo financiador hacia los prestadores. Su función no es la mera intermediación sino conducir a un uso racional de los recursos.

A diferencia de otros mercados, en el caso de la atención médica se trata de un rol altamente estratégico ya que –en un contexto donde no opera o lo hace muy débilmente la soberanía del consumidor– su función es racionalizar el uso de los recursos. En teoría, los seguros de salud tienen los incentivos a suplir esta debilidad de los consumidores de atención médica, ya que se comprometen a brindar los servicios que la población requiera con un financiamiento fijo y, en caso de que resulten insuficientes, responder –al menos en teoría– con su propio patrimonio.

Los elementos constitutivos más importantes que determinan las características de un seguro de salud son la población que cubren, el financiamiento disponible, su organización institucional y las reglas de juego bajo las que operan. En el Cuadro 1 se describen de una manera simplificada estos atributos para los diferentes tipos de seguro de salud que opera en Argentina. Como se puede observar, la variedad es amplia. El Cuadro se completa con las personas sin cobertura de seguro de salud. Se trata de un segmento de población muy importante (por su magnitud y vulnerabilidad) que acceden a servicios de salud de manera episódica a través de los hospitales públicos pero sin que opere una institución que asuma la función de administrar el riesgo.

Cuadro 1. La administración de riesgos en la atención de agudos

Segmento poblacional	Seguro de salud	Población millones personas	Recursos millones pesos	Plan prestacional	Naturaleza jurídica
Trabajadores activos públicos nacionales y privados y sus grupos familiares.	Obras sociales sindicales	6,6 ⁽¹⁾	3.155 ⁽¹⁾	PMO (limites difusos)	Derecho público no estatal
	Obras sociales personal de dirección	0,6 ⁽¹⁾	957 ⁽¹⁾	PMO (limites difusos)	Derecho público no estatal
	Otros tipos de obras sociales	0,5	325	Planes propios (limites difusos)	Derecho público no estatal
Los trabajadores monotributistas y de servicio doméstico registrados.	Obras sociales sindicales	0,5 ⁽¹⁾	120 ⁽¹⁾	PMO (limites difusos)	Derecho público no estatal
Los trabajadores pasivos del sector privado y público nacional.	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)	3,9 ⁽²⁾	2.753 ⁽²⁾	PAMI (limites difusos)	Derecho público no estatal
Los trabajadores asalariados registrados activos y pasivos del sector público provincial y municipal.	Obras sociales provinciales	5,1 ⁽³⁾	2.155 ⁽³⁾	Plan propio (limites difusos)	Derecho público estatal
Seguridad social		17,0	9.465		
Los trabajadores autónomos, asalariados no registrados e inactivos con capacidad de pago.	Empresas de medicina prepaga	3,2 ⁽²⁾	2.912 ⁽²⁾	Planes propios (limites definidos)	Derecho privado con y sin fines de lucro
Beneficiarios de pensiones no contributivas	Programa Federal (PROFE)	0,4	110	Plan propio (limites difusos)	Derecho público estatal
Los trabajadores autónomos, asalariados no registrados, desempleados, inactivos sin capacidad de pago.	Sin cobertura de seguro de salud	15,4 ⁽⁴⁾	5.798 ⁽⁴⁾	Plan no definido	Derecho público
Total		36,2	18.285		

Fuente: (1) AFIP 2003; (2) Banco Mundial, 2003; (3) Ministerio de Economía, 2003; (4) Estimado por diferencia.

2.2.2.1. La seguridad social

La seguridad social representa el 47% del sector salud en términos de beneficiarios y el 52% en términos de recursos. La población cubierta son los trabajadores formales en actividad y los jubilados con sus respectivos grupos familiares. La gestión está a cargo de una gran cantidad de entidades –que operan como seguros de salud– comúnmente denominadas obras sociales. Jurídicamente estas entidades están constituidas bajo algunas de las modalidades de entes de derecho público estatal y no estatal. Cada obra social tiene una población y un financiamiento definido, además de un programa médico que delimita los servicios que se compromete a suministrar. No constituyen un sistema homogéneo sino varios sub-sistemas altamente segmentados, con muy pocos elementos en común y muy poca interrelación.

En principio se pueden destacar cuatro grandes tipologías:

- **Régimen Nacional de Obras Sociales.** Comprenden a los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y la mayor parte del sector público nacional. Si bien existen elementos comunes (operan bajo las mismas regulaciones y régimen financiero y todas son supervisadas por el mismo ente regulador) a su interior los niveles de heterogeneidad y segmentación son elevados. En este sentido, se puede diferenciar, como mínimo, a las denominadas obras sociales sindicales de las de personal de dirección.

Están habilitadas aproximadamente 240 obras sociales sindicales. Se trata de instituciones de derecho público no estatal cuya dirección está a cargo de los sindicatos signatarios de convenios colectivos de trabajo. Son entidades privadas pero con una naturaleza jurídica semi-pública. El rasgo más distintivo es que agrupan compulsivamente a todos los trabajadores comprendidos dentro del ámbito de la entidad sindical. A partir de 1997, este principio fue relajado permitiendo libre opción pero sólo dentro del segmento de las obras sociales sindicales.

Según datos de AFIP, cubren a 3,7 millones de trabajadores que, sumando sus grupos familiares, hacen aproximadamente 6,6 millones de beneficiarios totales, manejan recursos por 3.155 millones de pesos anuales medidos a precios de 2003, lo que se traduce en un ingreso por beneficiario de 39 pesos. Las obras sociales sindicales representan el 40% del sistema de seguridad social en términos de beneficiarios y el 36% en términos de recursos.

La dispersión de ingresos entre obras sociales, incluso antes de que se habilitara la libre elección, es muy grande. Esto es consecuencia de que por su propia lógica de constitución, cada obra social agrupa a personas con perfiles de salarios y demográficos muy diferentes. Así, se plantea una grave inconsistencia financiera ya que mientras el PMO es amplio y homogéneo para todo el sistema, los ingresos per cápita son muy diferentes.

Un segundo agrupamiento lo forman las obras sociales de personal de dirección. Su naturaleza jurídica es también de ente público no estatal y la conducción está en manos de las cámaras empresarias. Originalmente, las obras sociales de personal de dirección estaban conformadas según las ramas de actividad y brindaban cobertura de salud a los trabajadores jerárquicos de las empresas de cada rama. Sin embargo, esto se fue diluyendo en la medida que se fueron constituyendo obras

sociales de naturaleza multi-actividad y el mecanismo de libre elección se fue institucionalizando. Operan 25 obras sociales que cubren a los trabajadores jerárquicos en relación de dependencia del sector privado. Entre titulares y familiares suman casi 600 mil beneficiarios. Administran recursos por 957 millones de pesos anuales medidos a precios de 2003, lo que se traduce en un ingreso per cápita de 132 pesos mensuales (valor mayor a tres veces superior al promedio de las sindicales). Representa menos del 4% de la seguridad en términos de beneficiarios y el 11% en términos de recursos.

- **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 muy disperso de entidades que no constituyen un sistema. De hecho, no están sujetas a un marco regulatorio y un ente de control común, como es el caso de las obras sociales sindicales y de personal de dirección. Su naturaleza jurídica es de tipo público estatal y sus recursos generalmente forman parte de los presupuestos de esos organismos públicos. No hay datos ciertos de cuántas personas cubren ni cuantos recursos aglutinan, ya que al no constituir un sistema, no tener marco regulatorio y estar casi incorporadas presupuestaria y administrativamente al organismo al que brinda servicios de salud, no hay un ámbito de centralización de información. Se estima que cubrirían a casi medio millón de personas y administrarían 325 millones de pesos anuales. Desde esta perspectiva se trataría del 3% de la seguridad social en términos de beneficiarios y el 3% en términos de recursos.
- **Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.** Es, por gran diferencia, el seguro de salud más grande de la Argentina. Cubre a la población que durante su vida activa estuvieron afiliados a las obras sociales sindicales y de personal de dirección. También brinda cobertura a quienes se jubilaron siendo trabajadores independientes y a poblaciones especiales, (madres con más de siete hijos, veteranos de la guerra de Malvinas). Es una entidad fundada en 1971, su naturaleza jurídica es de derecho público no estatal, dirigida por un órgano colegiado con representantes del Estado, los jubilados y los trabajadores en actividad. Su convulsionada historia institucional y financiera ha llevado a que la más de las veces el Estado haya intervenido la dirección de la institución lo cual relativiza su naturaleza de no estatal. Además, durante algunos periodos, el INSSJP estuvo incorporado al presupuesto del Estado nacional con lo que refuerza su naturaleza estatal. La población del INSSJP es de 3,9 millones de personas de las cuales 600 mil ejercieron la opción de permanecer en la obra social que tenían durante su vida laboral. Sus recursos alcanzan a 2.753 millones de pesos anuales medidos a pesos de 2003 lo que significa que el ingreso per cápita llega a 59 pesos. El INSSJP representa el 22% de la seguridad social en términos de beneficiarios y el 29% en términos de recursos.
- **Obras Sociales Provinciales.** El otro importante segmento de seguros sociales de la seguridad social 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 24 gobiernos provinciales y sus respectivos municipios. Las obras sociales provinciales son entes de derecho público estatal. Los órganos de dirección no son uniformes sino que difieren entre las diferentes obras sociales pero, en general, se tratan de órganos con representación del Estado, los empleados públicos y las corporaciones médicas, aunque la más de las veces se encuentran intervenidas por el Poder Ejecutivo provincial para tratar de poner orden a los recurrentes desequilibrios financieros en los que incurrir. Si bien tienen muchas características en común, no conforman un sistema formal ya que no tienen un marco regulatorio ni un ente rector común. En este sentido, son análogas a las obras sociales de las fuerzas armadas, el personal de seguridad, el poder legislativo y judicial, que son un conjunto disperso de entidades, de iguales características pero que no están reguladas bajo ningún marco regulatorio común. Por otro lado, actúan como monopolios públicos como el INSSJP, sólo que –a diferencia del INSSJP– la gente no tiene ninguna posibilidad de optar por un seguro alternativo a la obra social provincial. Es decir, que la cautividad es total. No hay datos ciertos sobre su población y los recursos que aglutinan, pero se calcula que cubren a casi 5 millones de personas y administran recursos por 2.155 millones de pesos anuales a precios de 2003. Las obras sociales provinciales representarían el 30% de la seguridad social en términos de beneficiarios y 23% en términos de recursos.

La cobertura de la seguridad social es un espejo del deficiente funcionamiento del mercado de trabajo. Al depender de que el trabajador acceda a una relación asalariada registrada esta bastante lejos de alcanzar la universalidad, ya que excluye a los desocupados, asalariados no registrados y trabajadores por cuenta propia. Operan de manera profundamente segmentada, con poca o ninguna interrelación entre los diferentes componentes y, en la mayoría de los casos, sin marcos regulatorios ni entes de control. El otro rasgo común y notable es la competencia fuertemente restringida ya que en la gran mayoría de los casos prevalece la cautividad con excepciones bastante acotadas.

2.2.2.2. Los seguros privados

Las personas de ingresos medios y altos, especialmente trabajadores autónomos, pero también asalariados no registrados e inactivos, generalmente acceden a la cobertura de salud a través de la compra de seguros privados, principalmente, los provistos por **las empresas de medicina prepaga**. Estas empresas comercializan planes de salud con la modalidad de cobro de prima libremente determinada entre las partes y prestación de servicios médicos con servicios propios o a través de terceros de un listado de prestadores. Algunos planes, conocidos como de cartilla abierta, tienen listados de prestadores donde acceder directamente a los servicios de salud y están complementados con un modalidad de reintegro –de montos y topes predeterminados– a través de la cual el cliente tienen la opción de acceder a prestadores que se encuentran fuera del listado.

Otros seguros privados que en Argentina tienen una participación marginal en el mercado son las compañías de seguro que comercializan planes con la modalidad indemnizatoria. En este caso no se contemplan listados de prestadores a través de los cuales se brindan

prestaciones médicas, sino que se limitan a reintegrar parte o la totalidad del gasto médico incurrido por el cliente.

El mercado de las prepagas se alimenta también de personas que por su condición de actividad obligatoriamente aportan a la obra social pero que, frente a los malos servicios que recibe, opta por una segunda cobertura. Otra manera más institucionalizada de acceso a las empresas prepagas son los convenios que algunas de estas empresas celebran con algunas obras sociales (tanto de personal de dirección como personal convencionado) por la cual la obra social le transfiere a la empresa de medicina prepaga la cotización del trabajador que opte por comprar allí un plan de salud, a cambio de una comisión que oscila entre el 5% y el 10% de la cotización.

De esta forma, los afiliados a las obras sociales pueden elegir comprar un plan en una empresa de medicina prepaga solicitando a la obra social que transfiera a aquella su cotización (neta de comisión). Si la obra social no tiene firmado un convenio con la empresa de medicina prepaga en la cual el usuario desea comprar el plan de salud, existe para el trabajador la opción de elegir una obra social alternativa que tenga convenio con la prepaga elegida.

En la actualidad, la mayoría de las prepagas tienen convenios con una o varias obras sociales sindicales y de personal de dirección para instrumentar esta modalidad de venta de planes de salud a beneficiarios de la seguridad social. Esta modalidad ha sido posible a partir de 1997 gracias a la libre elección de obra social. Si bien la información no es totalmente confiable, se estima que casi el 30% de los trabajadores titulares del Régimen Nacional de Obras Sociales estarían accediendo a empresas de medicina prepaga a través de esta modalidad.

La penetración de las empresas de medicina prepaga en la seguridad social, si bien es masiva, no es homogénea. En función de las reglas de juego vigentes estas empresas utilizaron estrategias muy efectivas de selección de riesgos, afiliando a personas de altos ingresos (y, por ende, elevados aportes), grupo familiar reducido y menor riesgo epidemiológico. Incluso es frecuente que como parte del acuerdo el afiliado haga un aporte adicional por sobre el que fija la legislación para la seguridad social.

Cabe aclarar que esta modalidad de compra de planes de salud privados utilizando las cotizaciones de la seguridad social sólo es posible en el caso de las obras sociales sindicales y de personal de dirección. Los afiliados al INSSJP, obras sociales provinciales y los otros tipos de obras sociales nacionales (fuerzas armadas, fuerzas de seguridad, universidades), no tienen acceso a este tipo de mecanismo y, por lo tanto, su única alternativa es pagar íntegramente el costo de la prepaga, soportando las consecuencias financieras de la doble cobertura.

Las empresas de medicina prepaga son instituciones de derecho privado, con o sin fines de lucro, que se dedican en la mayoría de los casos casi con exclusividad a la gestión de riesgos de salud. Un aspecto saliente es que no existe un marco regulatorio específico para el funcionamiento de estas instituciones. Esto implica que sólo están sujetas a las leyes civiles y comerciales aplicables a cualquier actividad lícita, pero no a normas de carácter especial referidas a su condición de seguros de salud. En este sentido, no están obligadas a cumplir con requisitos mínimos de solvencia, reservas y ajustar sus contratos y políticas

comerciales a pautas que contemplen las particularidades que se presentan en el mercado de la salud.

En los últimos años hubo varios intentos por establecer un marco regulatorio especial para este mercado. En ningún caso llegaron a instrumentarse a pesar de que respondían a diferentes estrategias. Entre los más importantes se destaca la sanción, en 1996, de la Ley 24.754 que estableció la obligación de las empresas de medicina prepaga de otorgar "como mínimo" el PMO de las obras sociales. Esta ley fue objetada judicialmente con éxito por las empresas de medicina prepaga quedando en suspenso su aplicación.

Uno de los fundamentos fue que el PMO de las obras sociales involucra un paquete integral de servicios que no siempre es aplicable a las empresas de medicina prepaga ya que, en muchos casos, se comercializan planes parciales o no integrales de servicios. El punto más débil de la norma es que ciertas condiciones contractuales del PMO sólo son aplicables en el caso de seguros de tipo compulsivos, como lo son los planes de salud de la seguridad social. Por ejemplo, la prohibición de carencias y exclusiones tiene lógica en seguros obligatorios pero en seguros voluntarios atentan contra la gestión para evitar los problemas de moral hazard y selección adversa a la que están constantemente expuestas las empresas de medicina prepaga.

Posteriormente, se impulsó un proyecto de ley que intentaba regular de una manera más integral el mercado. En este caso, se logró la aprobación en el Senado pero no fue tratado por la Cámara de Diputados. A finales del 2002, la Superintendencia de Servicios de Salud realizó un nuevo intento de alcanzar regulatoriamente a estas empresas. Con aspiraciones más modestas que en los anteriores intentos, en dicho organismo se creó el Registro de Entidades de Cuidados de la Salud, nueva denominación que se le asignó a las empresas de medicina prepaga. La inscripción por parte de éstas es voluntaria, salvo que pretenda suscribir un convenio con una obra social para captar beneficiarios de la seguridad social, en cuyo caso la registración es obligatoria. Este tipo de registro voluntario en el ámbito de la Superintendencia ya se había intentado con anterioridad en 1997 y 2000 con muy pobres resultados. El punto es que incluso siendo exitoso es apenas un primer paso hacia el objetivo de generar un marco regulatorio que contemple las complejas especificidades de este mercado.

Al no estar comprendidas en ninguna regulación específica y, por lo tanto, no estar bajo la órbita de ningún organismo regulador, no se dispone de información estadística centralizada correspondiente a estas empresas. Según relevamientos privados se estima que hay más de 250 instituciones con un giro de negocios anual superior a los 3.000 millones de pesos, dispersas por todo el país, pero con una alta concentración en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (esta región concentraría la mitad de los afiliados a las prepagas). Se estima que las 10 empresas más grandes aglutinan el 60% de la población y el 80% de los recursos.

Entre las empresas de medicina prepaga líderes se encuentra una obra social de personal de dirección que actúa también como prepaga utilizando la figura jurídica de obra social. De hecho, su cartera se integra por 500.000 beneficiarios voluntarios (es decir, propios del mercado de las prepagas) y cerca de 350.000 beneficiarios de la seguridad social.

Desde el punto de vista institucional, las empresas de medicina prepaga están lejos de ser un conjunto homogéneo. Las hay con fines de lucro y sin fines de lucro, de gran porte y con una estructura societaria y comercial muy sofisticada; de porte mediano y menor sofisticación en su estructura societaria y comercial; y pequeñas prepagas, con un alto nivel de informalidad. Si bien existen diferencias de calidad médica y de servicios, cada uno de estos tipos de empresas de medicina prepaga atiende la satisfacción de diferentes segmentos de clientes, con diferentes capacidades de pago y diferentes necesidades y expectativas (Riobó, 1994).

En general, las empresas grandes (más de 80.000 afiliados) tienen estructuras corporativas formales, con titularidad del capital distribuido entre inversores muchas veces institucionales, producen planes para afiliados de altos ingresos, con políticas comerciales agresivas, de mucha inversión y posicionamiento de marca, con prestadores de alto nivel y planes de salud mixtos, es decir, con cartillas cerradas y la opción de reintegros con topes que le permite al cliente acceder a cualquier prestador y luego solicitar el reembolso de lo gastado.

Entre las compañías medianas (entre 30.000 y 80.000 afiliados) tiende a prevalecer una estructura de propiedad más sesgada hacia la propiedad familiar o asociaciones civiles sin fines de lucro, producen planes levemente más económicos que los de las compañías líderes, generalmente, con cartillas cerradas y sin posibilidad de reembolso, limitan su perfil publicitario para concentrarse en los aspectos prestacionales y así lograr mejor relación precio-costos, tienen prestadores de nivel aunque acotados a centros propios o redes de mediana accesibilidad.

Aunque obviamente existe excepciones, las entidades más pequeñas (menos de 30.000 afiliados) frecuentemente son empresas con un bajo nivel de formalización, de propiedad familiar, con poca escala para ser competitivas, agresivas en el precio y bajo gasto en publicidad, limitándose a la distribución de folletos o publicidad escrita, con prestadores sin evidencias ni certificaciones de calidad, constituidos en redes de escasa accesibilidad y servicios limitados. Muchas veces son empresas adosadas a prestadores pequeños que utilizan el seguro como una forma de complementar la actividad prestacional. Por lo general, constituyen una alternativa para las personas de ingreso medio y medio bajo que complementa estos limitados servicios con los que obtiene, también limitadamente, en la obra social o en el sistema público.

Se estima que en la industria de las prepagas las empresas grandes aglutinan cerca del 60% de los afiliados, las medianas cerca del 25% y las pequeñas el restante 15%. En términos de recursos administrados, la concentración a favor de las empresas más grandes es mayor. Sin embargo, es posible que la importancia de las empresas más pequeñas este subestimado dado el carácter más informal de su constitución, su prevalencia en el interior del país y hasta incluso fuera de los grandes conglomerados urbanos.

El sector mostró, hasta antes de la crisis del 2002, un crecimiento alto. Originalmente, los seguros privados comenzaron siendo una opción para las personas con capacidad adquisitiva y que no estaban cubiertas por la seguridad social, como por ejemplo, profesionales de ingresos altos y empresarios. Sin embargo, a medida que en las obras sociales la calidad se deterioraba o las mejoras no iban en consonancia con las expectativas de la gente, los seguros privados progresivamente se convirtieron en una alternativa para los afiliados de la seguridad social.

Hasta 1997 el proceso estaba acotado por el hecho de que las personas que estaban disconformes con el servicio de la obra social no tenían otra alternativa que la doble cobertura. Esto implicaba seguir cotizando a la obra social (ya que este pago es legalmente compulsivo) y mediante gasto de bolsillo comprar un seguro privado en una empresa de medicina prepaga para acceder a sus servicios. Al establecerse la libertad de elección, se produce un proceso de interrelación de las obras sociales con las empresas de medicina prepaga, para que las primeras comercialicen sus planes entre los afiliados de la obras sociales permitiéndoles derivar su cotización desde la obra social hacia el plan privado. Estas relaciones no han sido aún explicadas en profundidad.

La crisis del PAMI, obras sociales provinciales e, incluso, del sistema público han contribuido asimismo a la expansión del sector. En estos casos, de manera más acotada ya que implica para las familias un esfuerzo financiero adicional (no están establecidos los mecanismos para que las personas cubiertas por estos seguros puedan direccionar sus aportes como ocurre en el Régimen Nacional de Obras Sociales). De todas formas, han aparecido empresas prepagas que desarrollando planes de menor costo aprovechan al menos parte de los nichos que genera la insatisfacción de los afiliados al sistema de estas obras sociales.

2.2.2.3. El Programa Federal (PROFE)

Este programa se encarga de financiar la provisión médica de los titulares de pensiones no contributivas. Originalmente, los servicios de atención médica de estas personas eran brindados por el INSSJP, pero en 1996 fueron transferidos a la órbita de la Secretaría de Desarrollo Social con un financiamiento específico. A partir de 2002, el programa pertenece a la órbita del Ministerio de Salud.

Cubre 436 mil personas incluyendo niños, adultos, ancianos y discapacitados. El 62% de los beneficiarios corresponden a pensiones asistenciales, o sea, ayudas económicas a personas en estado de necesidad, el 30% corresponde a pensiones graciables, que son las que otorga el Congreso de manera discrecional, sin que medie ninguna condición en particular por parte del beneficiario, y el 8% corresponde a beneficios otorgados por leyes especiales. Todos estos beneficiarios reciben una pensión mensual y la cobertura de salud del programa.

Los fondos provienen del Tesoro Nacional, dado que es un programa federal, y su ejecución se realiza a nivel provincial. El Estado Nacional transfiere un financiamiento capitado a las provincias, del orden de los 22 pesos mensuales, y las provincias otorgan la atención que, en general, se realiza a través de la red de hospitales públicos. En este sentido, aun cuando las especificaciones de programa parecieran delinear un seguro público independiente del sistema de hospitales públicos, en la práctica, actúan sin diferenciación.

2.2.2.4. La población sin seguro de salud

El segmento más importante de la población no cuenta con un seguro de salud. En general, se trata de trabajadores en relación de dependencia no registrados, autónomos, desempleados e inactivos sin capacidad de compra. Suman más de 15 millones de

personas o el 43% de la población total de la Argentina. Esta gente accede a la atención médica a través de los efectores públicos de manera episódica. Las personas no están explícitamente identificadas y, por lo tanto, no está establecido formalmente un mecanismo de administración del riesgo epidemiológico.

Frente a la enfermedad –y la ausencia de un seguro y de posibilidad de comprar los servicios en el mercado– la persona tiende a acudir al hospital público. Si existe oferta disponible y supera las barreras de acceso, es atendida, de lo contrario cae en situación de desamparo. Hay indicios de que esto no resulta poco frecuente, no sólo por las limitaciones de la oferta sino porque gran parte de la demanda atendida por el hospital en realidad es población que los seguros no atendieron adecuadamente y que termina desplazando a la población a la que teóricamente debería atender el hospital público.

Conviene enfatizar que el hospital público, tal como opera en la actualidad, no constituye un seguro. Es sólo un prestador que tiene la particularidad de no cobrar a quien atiende, ya que se financia con el presupuesto del Estado. Esto desde el punto de vista de la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos es muy importante. Brindar prestaciones de manera episódica, sin tener previamente identificada la población cubierta, dificulta enormemente el desarrollo de prácticas eficientes en materia de promoción, prevención y atención de la salud a la gente como se analizará en profundidad en el próximo capítulo referente al diagnóstico del sector.

2.2.3. El modelo prestador

Así como la función de los seguros de salud es administrar el riesgo epidemiológico de su población –recaudar los recursos, comprar bienes y servicios a los prestadores y controlar que la prestación sea de calidad y cantidad suficiente para cumplir con el plan de prestaciones–, la función de los prestadores es producir bienes y servicios de salud. Para ello, se financian de diversas maneras: con lo que le cobran directamente a los usuarios, quienes soportan dicha compra con gasto de bolsillo; con lo que le cobran a los seguros de salud, ya sea de la seguridad social o a empresas de medicina prepaga; o con lo que reciben de los presupuestos públicos.

Bajo la denominación de prestadores de salud se incluye un abanico muy variado de actores. Por un lado, están los profesionales médicos, paramédicos y auxiliares de la medicina. Por otro, los prestadores institucionales, que son los centros dedicados a la provisión de servicios de diagnósticos y tratamientos, en atención ambulatoria y de internación. Por último, los productores, distribuidores y comercializadores de insumos, aparatología y medicamentos. Se estima que el sector de los prestadores de salud en Argentina contribuye con el 4% del PBI⁷.

Muchas veces la función de prestador y administrador de riesgos son ejercidas por una misma empresa. Muchos seguros de salud –obras sociales, empresas de medicina prepaga– poseen prestadores propios. En otros casos, muchos prestadores poseen un seguro de salud. Lo relevante no es la relación de propiedad sino los diferentes tipos de funciones.

Los seguros de salud canalizan los recursos desde el modelo financiador hacia el modelo prestador y su valor agregado es controlar la utilización de los recursos y la calidad de los servicios que los prestadores brindan a sus afiliados. Mientras que el rol de los prestadores es producir bienes y servicios de salud para vendérselos a los usuarios y a las instituciones del modelo asegurador. Es decir, el rol del seguro es lograr que los recursos sean suficientes con un razonable nivel de satisfacción; en cambio, el rol del prestador es producir los bienes y servicios.

El hospital público es un prestador que produce bienes y servicios con recursos públicos para brindarlos gratuitamente a cualquier persona que lo solicite. No es un caso donde estén fusionados los roles de prestador y administrador de riesgo. Para que fuera considerado un seguro debería tener definida la población cubierta, el programa médico que se compromete suministrar, un presupuesto consistente con el riesgo asumido y auditorías externas para verificar que cumpla razonablemente con esos compromisos. La realidad es que los hospitales producen en función de sus propias planificaciones y si la oferta no coincide con la demanda opera un esquema de racionamiento vía restricciones a la accesibilidad (listas de espera, falta de atención, copagos).

2.2.3.1. Los profesionales médicos

La Argentina se ha caracterizado históricamente por su tradición de muchos y buenos profesionales en salud. Si se consideran todas las especialidades médicas y se toman los datos relevados por el INDEC para los grandes aglomerados urbanos, se estima que estarían trabajando en el sector salud más de 300 mil profesionales médicos, bioquímicos, fisioterapeutas, psicólogos y otros (EPH, 2003). Con un enfoque más restrictivo, cabe considerar que hay aproximadamente 109 mil médicos matriculados. El Cuadro 2 ilustra las tendencias de largo plazo en materia de oferta de profesionales médicos.

A pesar de la limitación de los datos es claro que la expansión de la oferta fue muy acelerada a lo largo del último siglo. El mayor crecimiento en la cantidad de médicos habilitados en relación al incremento de la población se tradujo en una disminución sostenida de la cantidad de habitantes por médico. Se observa que a comienzos del siglo pasado había más de 2.000 habitantes por médicos y que a mediados del siglo el indicador se había reducido a la mitad. A partir de las década del '70 la relación era de prácticamente 400 habitantes por médico. La producción de médicos se mantuvo en forma sostenida llegando a la actualidad en la que aproximadamente se estiman 300 habitantes por médico.

Cuadro 2. Oferta de profesionales médicos

Año	Población (en miles)	Cantidad de médicos	Habitantes por médicos
1895	4.049	1.648	2.457
1914	7.885	3.542	2.226
1947	15.897	16.240	979
1954	18.928	22.412	844

⁷ Este 4% es el valor agregado del sector en bienes de salud. La diferencia con el 8% del PBI que representa el gasto en salud está dado por bienes que no son de salud pero que se consumen en el sector (alimentación, mobiliario, computadoras, vestimenta, servicios generales, etcétera).

1969	23.000	53.684	428
1980	27.950	69.388	402
1995	34.100	91.388	373
2000	36.200	109.120	301

Fuente: Isuani y Mercer (1986), OPS (1997) y COMRA (2001).

Argentina es uno de los países que mayor cantidad de médicos por habitantes tiene en la región latinoamericana. Sólo Uruguay tiene una cantidad de médicos por habitantes similar (320), mientras que Brasil y Chile se ubican entre 740 y 940 respectivamente. Inclusive llega a compararse con países de mucho mayor desarrollo económico y social como Canadá. En este país se estiman 400 habitantes por médico (OPS, 1999).

Es importante mencionar que en la Argentina la cantidad de médicos es relativamente abundante no sólo en comparación con la población sino también en relación a la cantidad de auxiliares, por ejemplo, el personal de enfermería (Belmartino y otros, 1990; Katz y Muñoz, 1988). Esta sobreabundancia de médicos ha traído aparejado el deterioro de los honorarios profesionales. En tal sentido, las estrategias aplicadas por las organizaciones médicas habrían permitido atenuar en cierta forma los efectos más dañinos de la saturación que, en otros sectores económicos, seguramente hubieran provocado su implosión. Muchos profesionales se han orientado, como estrategia de supervivencia, hacia una creciente especialización y sub-especialización, diferenciando su producto en la búsqueda de aquellos “nichos de mercado” menos explotados. Esto ha sido acompañado de una creciente incorporación tecnológica mediante la cual muchos profesionales consiguen obtener del capital las rentas que el trabajo les niega.

La propia sobreabundancia de médicos, juntamente con las flexibilizaciones contractuales y las nuevas modalidades de gerenciamiento y contratación de los años '90, sumado al siempre dificultoso reacomodamiento de los precios relativos entre las diferentes especialidades en ausencia de inflación, ha llevado a la pauperización de grupos de profesionales. La profesión médica organizada, habiendo aceptado las políticas universitarias de ingreso (y también egreso) irrestricto que agravó el problema de la sobreabundancia, puso en marcha mecanismos de defensa grupal para, de alguna manera, sostener la plétora y administrar la puja distributiva al interior de la comunidad.

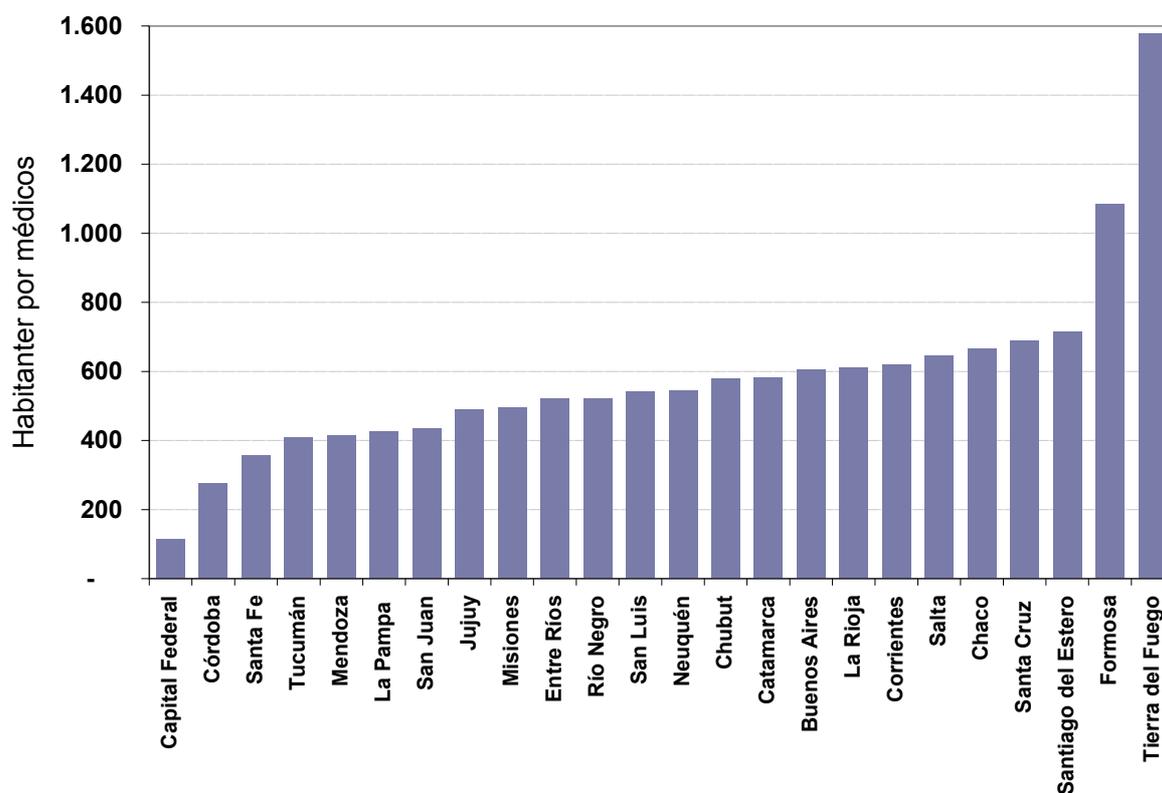
En este marco, la profesión organizada agudizó sus esfuerzos por mantener su poder de negociación con los agentes de la seguridad social. El enfoque general es procurar mantener la contratación exclusiva en representación del total de los profesionales. Sin embargo, y de manera simultánea, cada especialidad trata de poner barreras de ingreso, sea mediante el manejo de la matrícula o mediante la creación de sub-especialidades.

Desafortunadamente, no hay un sistema de información accesible y fiable sobre las matrículas por especialidades, sumado además que la falta de una armonización entre provincias en la regulación de las especialidades lleva a que existan diferencias entre ellas y que haya un sub-registro en las distintas Sociedades. Sin embargo, hay algún consenso de que en la Argentina el grado de especialización oscilaría entre 50 y 60 %. En médicos de mayor antigüedad, el grado de especialización puede llegar al 80 % (Hamilton, Gastaldi y Di Luca, 2000).

Además de la abundancia relativa de médicos, la Argentina presenta una dispersión geográfica muy distorsionada. Se estima que en la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Córdoba, la cantidad de habitantes por médicos es de 113 y 276, respectivamente. Simultáneamente, en lugares alejados de las metrópolis, como Formosa y Tierra del Fuego, el mismo indicador se ubicaría en el orden de los 1.083 y 1.577, aproximadamente (Hamilton, Gastaldi y Di Luca, 2000). El Gráfico 3 es ilustrativo de la asimétrica distribución de los médicos en comparación con la distribución de la población en las provincias argentinas.

Gráfico 3. Distribución geográfica de los médicos

1999



Fuente: Hamilton, Gastaldi y Di Luca, 2000.

2.2.3.2. Prestadores institucionales

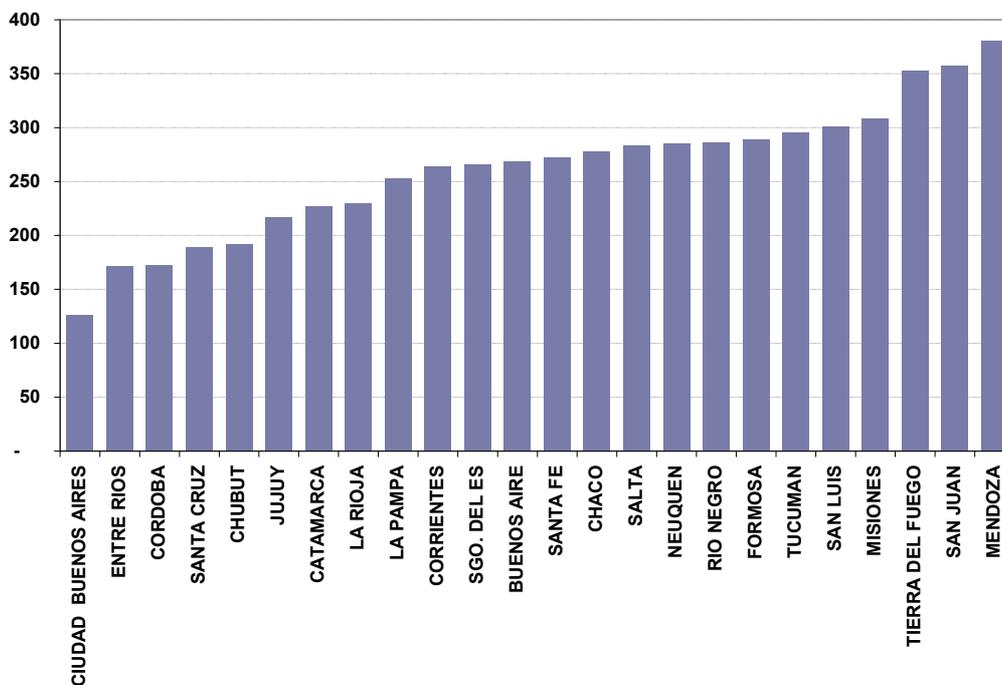
Otro aspecto distintivo del modelo prestador en la Argentina es su amplia y variada oferta de prestadores institucionales. Se calcula que existen 17.850 instituciones de salud con y sin internación, de las cuales, 14.530 son institución sin internación y 3.320 son instituciones con internación. La cantidad total de camas para internación en todo el país se estima en alrededor 153.000 camas lo cual significa que el tamaño promedio de los prestadores institucionales con internación ronda las 46 camas. El 52% de los establecimientos tiene menos de 25 camas, el 22% tiene entre 25 y 50 camas, el 15% tiene entre 50 y 100 camas y el 10% restante tiene más de 100 camas (Ministerio de Salud, 2004).

Al igual que en el caso de los profesionales, la cantidad de habitantes por cama coloca a la Argentina entre los países con mayor oferta relativa. Dispone de aproximadamente 237 habitantes por cama. Uruguay tiene 210 habitantes por cama, Brasil 310 habitantes por cama y Chile cuenta con 345 habitantes por cama. En el caso de Canadá, la cantidad de habitantes por cama es de 150 (OPS, 1999).

Si bien las camas no se encuentran homogéneamente distribuidas en la geografía del país, cuando se las mide en términos de la población de cada provincia, en general, no se observa que la cantidad de camas sea baja en alguna provincia. A la Ciudad de Buenos Aires, que funciona en la práctica como el mayor centro de derivación desde el interior del

país y en particular desde la provincia de Buenos Aires, que presenta 126 habitantes por camas, se le contraponen las provincias de Tierra del Fuego y Cuyo donde se observa la mayor cantidad de habitantes por cama, pero el indicador oscila entre 350 y 380 aproximadamente. O sea, las regiones que menos camas por persona presentan no reflejan escasez de camas hospitalarias.

Gráfico 4. Habitantes por camas según provincias
2004



Fuente: Ministerio de Salud, 2004.

Obviamente, que el recurso cama no es homogéneo por lo que corresponde relativizar en cierta forma el hecho de que, en principio, en Argentina no habría problemas de escasez de camas. Las camas en establecimientos generales de agudos no son plenamente agregables a las camas en establecimientos de especialidades y no reflejan correctamente problemas de accesibilidad que puedan estar produciéndose por mala distribución la interior de cada provincia. En este sentido, las provincias menos desarrolladas del país pueden tener índices bajo de habitantes por cama y, sin embargo, sus poblaciones pueden tener serios problemas de accesibilidad a tratamientos en internación por lejanía de los lugares donde se encuentran las camas concentradas, o bien, porque para el tratamiento de ciertas especialidades se requiere viajar hacia otras provincias.

Un aspecto que merece ser resaltado del sector prestador institucional de Argentina es el diferenciado perfil de desarrollo del sector privado en comparación con el sector público. Del total de las instituciones con internación, el 38% pertenece al sector público, pero este sector concentra el 53% del total de camas. En cambio, el sector privado posee el 62% de las instituciones con internación y sólo concentra el 47% de las camas. Desde otra perspectiva, el tamaño promedio de los establecimientos con internación en el sector privado ronda las 34 camas mientras que en el sector público es casi el doble, o sea, 64

camas por establecimiento. Además, de las 14.530 instituciones sin internación dedicadas a la atención ambulatoria, el 55% es del sector privado y el 45% del sector público.

Cuadro 3. Estructura de la oferta institucional

	Con internación	%	Camas	%	Sin internación	%	Total	%
Públicas	1.274	38%	81.885	53%	6.493	45%	7.767	44%
Privadas	2.038	62%	71.180	47%	8.040	55%	10.078	56%
Total instituciones	3.312	100%	153.065	100%	14.533	100%	17.845	100%

Fuente: Ministerio de Salud, 2004

Estos datos muestran que, en general, el sector privado ha tendido mayormente al desarrollo de infraestructura sin internación y cuando desarrolló capacidad de internación, lo hizo en unidades relativamente más pequeñas. El sector público, en cambio, tendió al desarrollo de grandes establecimiento preferentemente con internación. Muchos son los factores que motivaron estas conductas. Sin ánimo de ser exhaustivo, entre los principales se cuentan que el sector público ha mostrado una más lenta adaptación a los cambios tecnológicos que se dieron en la salud donde el eje fue ir progresivamente hacia intervenciones cada menos intensivas en servicios de internación, mientras que el sector privado se ha adaptado mucho más rápidamente. Otro es que, en general, el sector privado focaliza su actividad en ciertas especialidades (por motivos de rentabilidad) mientras que los establecimientos del sector público mantienen actividades en muchas especialidades que desde el punto de vista privado pueden no ser rentables. También es factible que el sector público cumplen funciones que el sector privado tiende a no desarrollar, como por ejemplo, internación en salud mental de crónicos.

Otro aspecto distintivo en la diversa morfología de ambos sectores es la diferente distribución espacial. Las cuatro provincias de mayor importancia de la Argentina (provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fé) aglutinan más del 70% de las camas privadas aunque, sólo concentran el 64% de las camas públicas. Esto implica que el resto del país concentra el 30% restante de las camas privadas y el 36% de las camas públicas. Los factores que lleven a un mayor desarrollo del sector privado de la medicina institucional en estas provincias no solo tiene que ver con una mayor preponderancia del sector privado en general, sino también a que estas provincias funcionan, de hecho, como centros regionales de derivación para tratamientos de alta complejidad desde el resto de las provincias.

2.2.3.3. El empleo en el sector salud

Otra medida de la importancia económica del sector prestador es su impacto como generador de empleo. Esto abarca a los profesionales de la salud y a los trabajadores no

especializados. Actualmente, el sector genera unos 580 mil puestos de trabajo en los centros urbanos, lo que representa el 5% de la ocupación urbana total. Estos trabajadores son la fuente de ingreso familiar para más de 2 millones de personas en Argentina. Los ingresos que perciben las personas que trabajan en el sector son sensiblemente más altos que el promedio del mercado de trabajo. Del total de la ocupación, 258.000 puestos corresponden al sector público y 320.000 al sector privado. En el Cuadro 4 se presenta la composición desagregada de la fuerza laboral según categoría ocupacional y nivel de salario.

Cuadro 4. Composición del empleo sectorial

Mayo 2003

	Personas	Porcentajes	Salario
Total ocupados del país	11.864.000	36%	\$ 568
Total ocupados sector salud	578.356	5%	\$ 827
Patrón	10.314	2%	\$ 1.523
Cuentapropistas	90.145	16%	\$ 1.016
Asalariados	465.593	81%	\$ 775
Trabajador sin salario	12.305	2%	\$ 0
Sector Público			
Total ocupados del país	2.546.000	21%	\$ 574
Total ocupados sector salud	257.337	10%	\$ 653
Patrón	-	0%	\$ 0
Cuentapropistas	3.269	1%	\$ 400
Asalariados	243.106	94%	\$ 656
Trabajador sin salario	10.963	4%	\$ 0
Sector Privado			
Total ocupados del país	9.318.000	79%	\$ 566
Total ocupados sector salud	321.019	3%	\$ 970
Patrón	10.314	3%	\$ 1.523
Cuentapropistas	86.876	27%	\$ 1.039
Asalariados	222.487	69%	\$ 917
Trabajador sin salario	1.342	0%	\$ 0

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta Permanente de Hogares (INDEC).

2.2.3.4. La configuración institucional del modelo prestador

La configuración institucional del modelo prestador está fuertemente condicionada por la configuración del modelo asegurador. La tendencia más frecuente es que los prestadores amolden su oferta a las características de las diferentes modalidades de administración del riesgo epidemiológico. En este sentido, una primera división muy marcada la constituye los prestadores públicos y los privados. Entre estos últimos hay diferencias notables según los nichos de mercado donde se desenvuelven.

Entre los prestadores privados se destacan, por un lado, aquellos que tienen vínculos comerciales con las prepagas de alto perfil comercial y afiliados de mayor poder adquisitivo. Por el otro, los que tienen vínculos con las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga de menor exposición comercial y afiliados de ingresos medios. Por último, una tercera tipología son los prestadores de menor tamaño, menor capacidad económica y menor exposición comercial que tienen como fuente principal de facturación a las obras sociales provinciales y al Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) a través de organizaciones médico gremiales (profesionales) o de clínicas y sanatorios (prestadores institucionales).

Esta división es más marcada en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires donde el segmento de las empresas de medicina prepaga para afiliados de alto poder adquisitivo –que son las que se vinculan con el primer tipo de prestadores– se encuentra más desarrollado y profundizado. En el interior del país, en cambio, los profesionales y las

clínicas y sanatorios tienden a estar más integrados alrededor de las instituciones médico gremiales y federaciones de clínicas y sanatorios.

La modalidad de la relación de cada tipo de prestador con los aseguradores también presenta, en general, particularidades. Los profesionales y los prestadores que trabajan para las empresas de medicina prepaga de mayor nivel comercial y capacidad económica están vinculados legalmente a través de contratos formales y generalmente se instrumentan a través de sistemas modernos de gestión de información (sistemas telefónicos de atención al prestador, sistema de procesamiento de *claims* y autorizaciones en tiempo real, sistemas de control de utilización).

Los profesionales y prestadores que se relacionan con las empresas de medicina prepaga de perfil medio y las obras sociales nacionales, tienden a vincularse con los aseguradores a través de redes de gerenciamiento. Estas redes son entidades, informales a veces, que celebran contratos de riesgo compartido con los aseguradores. La modalidad consiste en que la aseguradora delega en una de estas redes la administración del riesgo epidemiológico de una porción o la totalidad de su cartera de afiliados a cambio del pago de una cápita. En algunos casos, son propiedad de los mismos prestadores que se constituyen en red para lograr obtener contratos, en especial, desde las obras sociales nacionales. En otros casos, las redes de gerenciamiento son entidades independientes que subcontratan con los prestadores. Los vínculos entre las redes y las aseguradoras, en especial, con las obras sociales nacionales, no siempre son formales o estables. Muchas veces son relaciones informales con alto riesgo de incumplimiento y con sistemas de gestión de información de menor sofisticación que el primer conjunto de prestadores.

Por último, están los profesionales y los prestadores de menor perfil comercial y menor capacidad económica que históricamente se vincularon la seguridad social estatal (las obras sociales provinciales y el INSSJP), organizados alrededor de las agremiaciones. En el caso de los profesionales, la organización se produce a diferentes niveles dados por la jurisdicción. A nivel de localidad se aglutinan en Colegios o Círculos médicos (entidades de primer grado), a nivel provincial los Círculos confluyen en Federaciones Médicas (entidades de segundo grado) y a nivel nacional confluyen en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).

En general, las organizaciones gremiales con capacidad de influencia política para conseguir la contratación con la seguridad social estatal son los círculos médicos y las federaciones médicas, que contratan con las obras sociales provinciales y el INSSJP y brindan la posibilidad de trabajo a todos los médicos afiliados de la provincia. La Confederación Médica, en cambio, es un ámbito más de aglutinación política de los círculos y las federaciones pero no participa en las negociaciones y las contrataciones con la seguridad social. Los profesionales agremiados en general alternan el trabajo en relación de dependencia en el sector público o en los prestadores institucionales privados con la práctica médica independiente en sus propios consultorios para atender los beneficiarios de la seguridad social que consiguen gracias a su afiliación al círculo médico o a la federación médica.

Haciendo abstracción de matices, los prestadores institucionales pueden ser clasificados en dos grupos. Por un lado, clínicas y sanatorios que se asocian para conformar sus propias redes de gerenciamiento y tener capacidad propia de contratación con la seguridad social

estatal que, en general, se ubican en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Por otro lado, clínicas y sanatorios de menor envergadura, en general del interior del país, que se asocian alrededor cámaras y federaciones de clínicas y sanatorios para acumular capacidad de contratación con la seguridad social estatal a través de la influencia política de las agremiaciones.

En síntesis, los prestadores médicos tampoco conforman un conjunto homogéneo de actores sino que, al igual que los segmentos de población bajo los que se organiza la cobertura del modelo de financiamiento y los distintos tipos de seguros de salud, están aglutinados en función de su perfil económico. Hay prestadores con sofisticadas estructuras societarias y comerciales que se vinculan con los aseguradores de igual perfil para atender los segmentos de cobertura de mayor poder adquisitivo. Hay, por otro lado, prestadores de perfil medio, con estructuras societarias y comercial menos sofisticadas vinculadas con los seguros de salud que atienden población de ingreso medio. Finalmente, hay prestadores de menor perfil comercial y envergadura económica con vínculos más informales en redes de administración de prestaciones o entidades gremiales para vincularse principalmente a la seguridad social estatal. Esta heterogeneidad, como en el modelo asegurador, es fruto de la diferente capacidad económica y expectativa de los grupos poblacionales en los que se segmenta la cobertura.

2.3. La atención médica para enfermedades catastróficas

Bajo la denominación de enfermedades catastróficas se agrupa a un conjunto de dolencias crónicas que requieren de un flujo de gasto sostenido durante periodos muy largos⁸ o intervenciones puntuales de costos elevados debido a su alta complejidad⁹. Ameritan ser consideradas en forma separada de la atención médica para enfermedades agudas por su peculiar característica de ser enfermedades de muy baja incidencia (baja probabilidad de ocurrencia, al menos en forma relativa con las enfermedades agudas) que requieren muy alto costo de tratamientos o flujos sostenidos de gasto durante periodos muy prolongados.

Asegurar este tipo de enfermedad junto con la atención médica de agudos genera dos tipos de distorsiones. En primer lugar, al tratarse de tratamientos de baja frecuencia pero muy altos costos desequilibran los cálculos actuariales de las aseguradoras que al no tener el tamaño suficiente, no llegan a diluir el impacto de este tipo de siniestros. Esto implica que instituciones que tienen una situación financiera sólida para gestionar la atención de enfermedades agudas pueden sufrir traumas financieros si se incorpora la atención de enfermedades catastróficas. En segundo lugar, porque por tratarse de siniestros de baja incidencia las aseguradoras tienen grandes incentivos a identificar y rechazar a las personas que tengan mayores probabilidades de demandar este tipo de atención. Este comportamiento lleva a discriminar a las personas que más necesitan de la cobertura. El impacto social y sanitario es muy negativos dado que es altamente probable que el costo de los tratamientos difícilmente pueda ser soportado con gasto de bolsillo.

⁸ Por ejemplo, algunas enfermedades infecciosas, como el SIDA (US\$20.000/año) (Banco Mundial, 2004) o ciertas formas de cáncer (entre US\$10.000 y US\$32.000/año) (National Institutes of Health, 2004), o algunos defectos genéticos del metabolismo, como la enfermedad de Gaucher (US\$116.000/año) (Beutler, 2004).

⁹ El ejemplo más común para estos casos son los trasplantes.

En la Argentina, en la mayoría de los casos no se incorpora en el diseño de los mecanismos de cobertura esta diferenciación. En el caso de la seguridad social estatal, es decir, excluyendo las obras sociales sindicales y de personal de dirección, como los paquetes prestacionales están definidos de una manera muy difusa hay una tendencia a considerar que las obras sociales tienen la obligación de cubrir todo lo que un paciente requiera, incluyendo enfermedades crónicas o intervenciones de muy alta complejidad como trasplantes. De esta manera, subyace la obligación de que las obras sociales provinciales, el INSSJP y los otros tipos de obras sociales financien estas intervenciones. Esto es válido tanto para instituciones que por su tamaño tienen capacidad para diluir este tipo de riesgo (el caso del INSSJP, por ejemplo) como otras que por su pequeña cartera (por ejemplo, las obras sociales de algunas provincias pequeñas) operan en la práctica con severos riesgos de afrontar traumas financieros. En la práctica, muchas veces esta falta de previsión termina generando el racionamiento a través de altas restricciones a la accesibilidad. La consecuencia es que los pacientes incurren en gastos extraordinarios de bolsillo para hacer frente a estas enfermedades, apelan a la solidaridad de la comunidad para recaudar fondos o a la ayuda esporádica del sistema público.

En el caso de las empresas de medicina prepaga, los planes de salud tienden a hacer más explícito el tratamiento de este tipo de intervenciones. Lo hacen excluyéndolas explícitamente de sus planes o incorporándolas con parámetros de accesibilidad normatizados. Esto implica tratar de definir límites que permitan contener el nivel de gasto.

En el caso de las personas sin cobertura, tal como sucede con la atención de enfermedades agudas, se entiende que la accesibilidad a los tratamientos para enfermedades catastróficas es a través del sistema de hospitales públicos. Al requerir estas intervenciones recursos humanos, insumos y aparatología médica más sofisticada que las enfermedades agudas, es más difícil hacer un uso racional de esos recursos cuando la modalidad de prestación es la oferta gratuita y de libre disponibilidad. Esto lleva a que las listas de espera sean más largas y las restricciones más difíciles de superar por parte de los pacientes, especialmente si estos provienen de niveles socioeconómicos bajos.

En el Régimen Nacional de Obras Sociales, tanto para las obras sociales sindicales como de personal de dirección, opera un mecanismo de cobertura parcial de este tipo de intervenciones. El Fondo Solidario de Redistribución (FSR)¹⁰ además de redistribuir recursos para complementar el aporte de los afiliados de menor salario y grupos familiares más numerosos, financia un conjunto limitado de prestaciones e insumos médicos requeridos por algunos tratamientos para enfermedades catastróficas. El mecanismo funciona con topes de gasto y con una rutina de pagos bastante irregular. El modelo asegurador no prevé ningún tipo de entidad especializada sino que se delega la responsabilidad por la provisión del tratamiento en la obra social del paciente, la cual luego de realizada la práctica debe solicitar el reintegro de los gastos que resulte elegible al FSR.

En el modelo prestador esta cobertura no es exclusividad de un segmento específico de prestadores altamente especializados, sino que conviven prestadores especializados con prestadores que tienen integrados la producción de tratamientos para enfermedades agudas y catastróficas. Esto se produce porque las obras sociales suelen contratar con los prestadores un conjunto de prestaciones para enfermedades agudas y catastróficas, a fin de

¹⁰ Para mayor detalle sobre la naturaleza y el funcionamiento del FSR, ver Anexo 1.

conseguir mejores precios gracias a la mayor escala. Con lo cual, aún cuando en la Argentina hay un segmento de prestadores altamente especializados de alta calidad médica y comercial, no suelen ser prestadores de las obras sociales utilizando los recursos el FSR, sino que contratan con las empresas de medicina prepaga de alto perfil económico.

En síntesis, hay evidencias muy claras de los rasgos que diferencian a las enfermedades catastróficas y sus implicancias desde el punto de vista de la administración de riesgo. Sin embargo, en ninguno de los segmentos que componen el sector salud se han establecido mecanismos que permitan una adecuada cobertura de este tipo de enfermedades. En el Régimen Nacional de Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga, si bien se contemplan explícitamente el tratamiento de este tipo de riesgo, en general, por diferentes motivos, no hay garantías de un uso racional y equitativo de los recursos. En el resto, ni siquiera se diferencian del tratamiento del resto de las enfermedades.

Tercera parte

Los resultados y sus causas

1. Los determinantes de las condiciones sanitarias

El estado sanitario de la población no depende exclusivamente de la inversión en salud sino también de aspectos sociales, laborales y económicos. En tal sentido, las acciones que se vinculan con el progreso material de las personas y, especialmente, con el entorno donde habitan son un condicionante del estado sanitario tan o más importante que las comprendidas dentro del gasto en salud.

Desde hace mucho tiempo una gran cantidad de análisis y estudios han indagado en torno a los determinantes del estado sanitario de las personas. William Beveridge, por ejemplo, afirmaba en el informe que dio lugar a la creación del National Health Service británico en 1949 que para lograr un adecuado nivel de salud en una sociedad es necesario erradicar la ignorancia, la falta de higiene, la indigencia, el desempleo y la enfermedad, en ese orden (Williams y Williams, 1990). Más aún, afirmaba que la erradicación de las cuatro primeras minimiza la necesidad de luchar contra la enfermedad.

La OMS, por su parte, sostiene que "la mejoría de la salud [en este siglo] le debe más a los cambios en el ambiente externo que a los desarrollos terapéuticos. [...] No nos enfermamos gracias a una terapia específica protectora sino debido a que vivimos en un medio ambiente mucho más saludable. En su preocupación por la minucia del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad, la medicina está en peligro de denegar lo que la ha provisto de su más poderoso recurso: el medio ambiente externo." (Grundy y Macintosh, 1975). En el mismo sentido, Victor Fuchs sostiene que "cuando el resto de las variables determinantes del nivel sanitario permanecen constantes, la contribución adicional de la asistencia médica es, para ese nivel sanitario, muy pequeña en las naciones modernas." (Fuchs, 1981)

Thomas McKeown (1955, 1982, 1982, 1990), John Knowles (1977), Lester Breslow (1983) y N. Milio (1983) estudiaron profusamente el tema y presentan evidencia de diverso tipo que sugiere que la asistencia sanitaria típica de la oferta médica de los actuales sistemas de salud posee un alcance limitado en cuanto al mejoramiento de la salud del colectivo de individuos de una población. Otros incluso han sugerido que el gasto en salud distrae recursos y bienestar de otros sectores que rinden mejores resultados sanitarios, como vivienda y educación, con lo que a partir de cierto punto, el sostenimiento del sector salud puede ser detrimental para las condiciones sanitarias de la población (Evans y Stoddart, 1990). La tecnología médica es una invaluable herramienta para la detección y la precisión de los diagnósticos y para la recuperación de la salud en una abanico cada vez más extenso de enfermedades, pero no evita las enfermedades, ni –por su propia naturaleza– está disponible para todos, lo cual limita su efectividad poblacional.

El hecho de que una vida saludable esté fuertemente vinculada al progreso material y al entorno donde vive la población no invalida la idea de medir la efectividad del gasto en salud. La enorme masa de recursos que absorbe el sector justifica la preocupación por la forma en que estos recursos se administran y, especialmente, identificar formas para que

contribuyan a mejores resultados sanitarios. En realidad el punto central es enfatizar la necesidad de que la configuración y el desarrollo del sector salud sea armónico con el resto de los aspectos sociales. Más en concreto, hay evidencias claras de que los dividendos sanitarios de la inversión en salud dependen de cómo se asignen dichos recursos, pero más aún de que previamente se hayan hecho las inversiones en infraestructura social básica.

2. Los resultados de la inversión en salud en Argentina

Aunque parezca paradójico, no es usual que los ciudadanos manifiesten una preocupación clara por los resultados en salud en términos de eficiencia, es decir, comparar los logros alcanzados con los esfuerzos invertidos. Por el contrario, cuando se presentan deficiencias, o incluso claros fracasos, la tendencia es buscar las causas en la restricción presupuestaria, más que en la forma en que se asignan los recursos fruto de las reglas de juego bajo las que se organiza el sector. En otras palabras, prevalece la idea de que los problemas se deben a la falta de recursos y no a la forma en que se gestionan.

Varios factores contribuyen a que este fenómeno esté profundamente arraigado. Por un lado, opera la imposibilidad fáctica para definir de manera objetiva las necesidades de la población, lo cual impide cuantificar el nivel de inversión óptima en materia de atención sanitaria. Por otro lado, las expectativas crecientes de la población y la puja distributiva que se da a través de la demanda inducida por parte de profesionales y productores de bienes y servicios de salud no permiten emitir un juicio sin objeciones en torno a la suficiencia de los recursos disponibles.

Sin embargo, resulta técnicamente posible realizar una aproximación a la eficiencia con la que se asignan los recursos de salud a través de comparaciones entre países. La conclusión más importante es que lo que se invierte en Argentina en salud no estaría siendo aprovechado en plenitud, ya que otros países en situaciones parecidas de recursos estarían alcanzando resultados superiores. Esta deducción es bastante sólida si se tiene en cuenta que la posición desventajosa de la Argentina se da tanto cuando se utilizan indicadores simples y directos, como los de mortalidad, como otros más complejos y sofisticados –aunque también más polémicos– como el ranking que elabora la OPS.

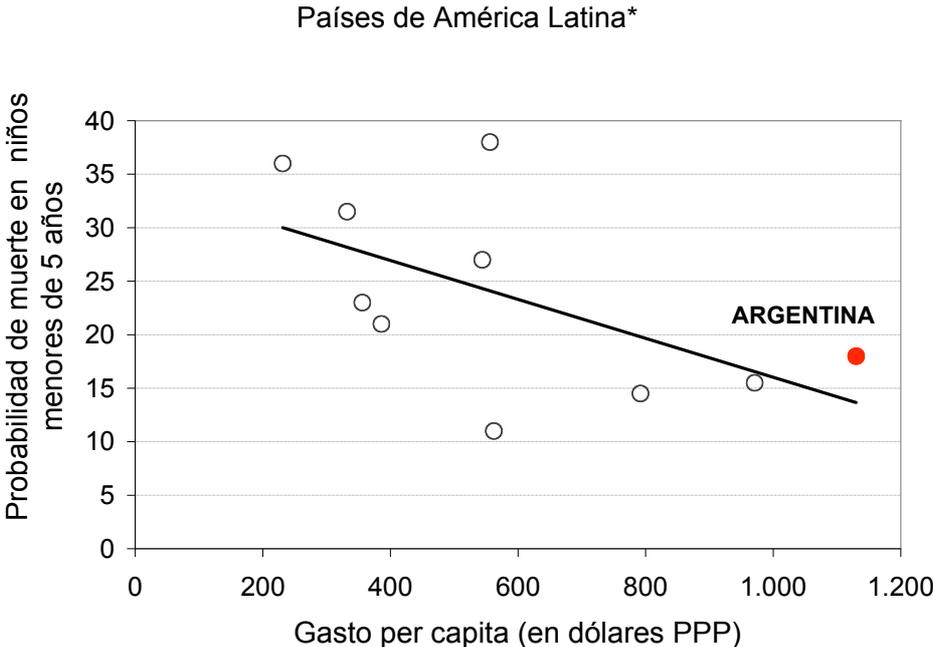
2. a.- La mortalidad infantil

En Argentina, la probabilidad de muerte para los niños menores de 5 años es de 18 por mil, valor relativamente bajo para la región latinoamericana, pero alto para el concierto de los países desarrollados, donde esta probabilidad ha alcanzado su umbral mínimo oscilando entre 4 y 5 por mil. Dentro de la región latinoamericana, y a pesar de que Argentina se ubica dentro de los países que más invierten en salud, en términos relativos, su indicador no es el más bajo de la región. En países como Uruguay, Chile y Costa Rica, los niños menores de 5 años tendrían mayores probabilidades de vivir que en Argentina aun cuando la cantidad de recursos que destinan al sector salud es menor.

El Gráfico 1 muestra como se distribuye la probabilidad de muerte de una muestra de países de la región latinoamericana en función de la inversión per cápita en salud de esos mismos países. Los recursos per cápita están medidos en dólares de “paridad de poder de compra”

(PPP), es decir, dólares ajustados por la diferencia de precios relativos internos de los países comparados. De la simple observación del Gráfico se desprende una leve tendencia negativa dada por la disminución de la probabilidad de muerte cuando la inversión per cápita en salud aumenta. Argentina se ubica por encima de la línea de tendencia lo que estaría indicando, en principio, la presencia de una eventual ineficiencia asignativa en comparación con el resto de los países de la muestra (los países que se ubican por debajo de la línea estarían consiguiendo mejores resultados con una relativamente menor cantidad de recursos). Los tres puntos que en probabilidad de muerte e inversión per cápita se ubican por debajo de Argentina representan a Uruguay, Chile y Costa Rica.

Gráfico 1. Probabilidad de muerte para menores de 5 años y gasto per cápita en salud



Nota: los países seleccionados fueron Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Fuente: OMS – 2001.

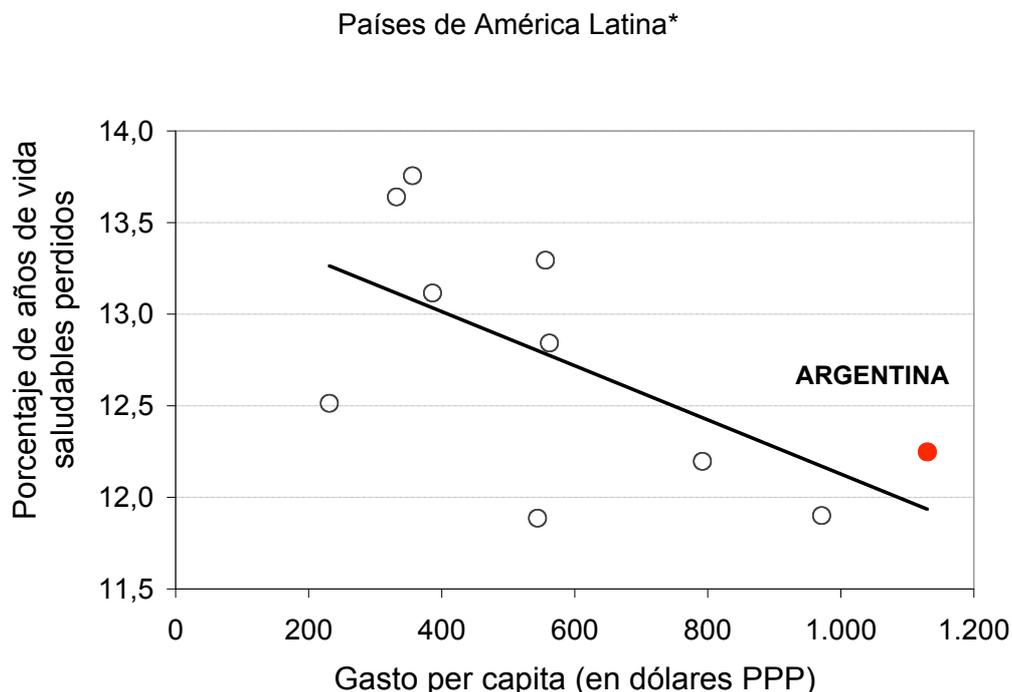
2. b.- La expectativa de años de vida saludables

El segundo indicador de probabilidad de vida saludable se puede expresar a través de los años de vida que en promedio una población los vive sufriendo algún tipo de afección o enfermedad. Los años de vida saludable perdidos pueden ser expresados en años, o bien en porcentaje respecto a la expectativa de vida total. Por ejemplo, Argentina tiene una expectativa de vida al nacer de 74,4 años y una expectativa de años de vida saludables perdidos de 9,1 años. Esto también puede expresarse como que el 12,2% de los años de vida total de las personas estarán afectados por una enfermedad.

En la comparación con la misma muestra de países recién usada se observa que Argentina es uno de los que menor porcentaje de años de vida afectados por enfermedades presenta. Sin embargo, al igual que con la probabilidad de muerte para los niños menores a los 5 años

de edad, no es el país mejor situado, pese a que tiene la mayor inversión per cápita. Países como Chile, México y Uruguay, presentan indicadores iguales o inferiores, con menor inversión per cápita.

Gráfico 2. Porcentaje de años de vida saludable perdidos y gasto per cápita en salud



Nota: la misma muestra de países que en el caso anterior.

Fuente: OMS – 2001.

2. c.- El ranking de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Existen otros instrumentos complementarios, como por ejemplo, el ranking de sistemas de salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud. La metodología se basa en aglutinar en un solo indicador información sobre desempeño medida a través de algunos indicadores de salud, capacidad de respuesta a las expectativas de la población y equidad en el financiamiento bajo la premisa que éstos son el resultados del funcionamiento en la provisión de servicios, la forma en que se generan los recursos del sector, la forma en que se asignan y la gestión. En términos generales, se puede entender que son indicadores que relacionan los resultados de cada país con los recursos invertidos por ese país para lograr esos resultados. Si bien este ranking ha sido objeto de críticas metodológicas (Wagstaff, 2001), en términos globales y comparativos, no deja de ser útil para complementar los indicadores de mortalidad. La posición que Argentina ocupa en el ranking sirve para conocer cuál es la apreciación de la OMS respecto a la forma en que asigna los recursos en salud en comparación con otros países de la región. En este sentido, si las diferencias en las posiciones en el ranking no son mayores, podría interpretarse que los países tienen más o menos los mismos problemas, en cambio, si las diferencias son grandes, es un indicio de problemas específicos que pueden estar afectando al país ubicado más abajo en el ranking.

La Argentina ha sido situada por la OMS muy por debajo de varios países de la región. En efecto, Argentina ha sido ubicada en el puesto 75° siendo ampliamente superada por Colombia (22°), Chile (33°), Costa Rica (36°) y Cuba (39°). En cambio, no presenta una diferencia tan sustancial con México (61°) y Uruguay (65°).

3. Las causas de los problemas

3.1. La promoción y la prevención de la salud

Una forma de apreciar el éxito o las falencias de la intervención estatal en materia de promoción y prevención de la salud (Kindig y Stoddart, 2003; Friedman y Starfield, 2003) es evaluar la accesibilidad de las poblaciones de riesgo a las prestaciones básicas de esta naturaleza. Uno de los grupos de mayor vulnerabilidad y donde más eficacia se logra mediante la promoción y prevención es la población materno-infantil (Mahler, 1987). Esto abarca a los niños y a las madres durante el embarazo, parto y puerperio. Cuando las intervenciones de promoción y prevención son apropiadas y oportunas sobre este segmento poblacional, la carga de mortalidad puede ser sustancialmente reducida. Las intervenciones reconocidas como de mayor efectividad son la provisión de agua potable (American Public Health Association, 2001); la red de residuos cloacales (Knowlton, 2001; Gaffield y otros, 2003); la atención preventiva de la mujer durante el embarazo y el parto (de Bernis y otros, 2003) y la atención médica a niños sanos menores de dos años (Behrman y Kliegman, 2002).

En el Anexo 1 se presenta una descripción estilizada que evidencia sobre cómo se abordan estas acciones en Argentina. Resulta notable la contradicción entre el discurso y la realidad. Por un lado, hay un consenso muy generalizado en torno a las ventajas de la promoción y la prevención, señalando a este tipo de acciones como las más costo-efectivas para reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y racionalizar el gasto en salud. Por otro, las evidencias empíricas sugieren que las políticas públicas están bastante lejos de haber incorporado este consenso.

En materia de infraestructura básica, la cobertura es alta para el agua (88%) y mediocre para las cloacas (63%). Pero estos promedios esconden situaciones muy disímiles. Entre los hogares pobres e indigentes, la cobertura de agua es de 82% y 78%, respectivamente, y la de cloacas es de un 45% y 43%. Desde una perspectiva político jurisdiccional, la delegación de esta responsabilidad en las provincias, con intervenciones compensatorias del gobierno federal, no ha dado resultados visibles. Las provincias de menor desarrollo económico, que más sufren el flagelo de la muerte de niños, son las que consistentemente menos infraestructura de agua potable y cloacas tienen.

En cuanto a las intervenciones sobre mujeres embarazadas y niños, la evidencia demuestra que la accesibilidad puede ser alta, pero que la sistematicidad es inapropiada. La alta incidencia de abortos y partos sin atención médica, la falta de intervenciones nutricionales esenciales (hierro y otros minerales, ácido fólico, vitaminas y yodo), al igual que la falta de controles médicos para los niños sanos menores de dos años, explican que a pesar de la conciencia y el discurso en torno a la importancia de la prevención, la calidad y cantidad de las acciones están lejos de satisfacer las necesidades de la sociedad y eso se refleja en los resultados sanitarios alcanzados.

El 98% de las mujeres con hijos menores a 2 años declara haber tenido al menos un control médico durante su embarazo. Sin embargo, la inequidad se presenta cuando se observa la calidad de la intervención. Para que el control sea efectivo, se requiere por lo menos entre 5

y 7 controles médicos durante todo el período de gestación (Cunningham y otros, 2001). En promedio, sólo un 15% no habría recibido la cantidad de controles recomendada. Este indicador es de 7% entre las mujeres no pobres, 17% entre las mujeres pobres y 29% entre las mujeres indigentes. De esta manera, la intervención pierde eficacia cuando llega con menor intensidad en los segmentos poblacionales de mayor riesgo.

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 durante el primer año es entre 12 y 15 visitas y durante el segundo entre 6 y 8 (Behrman y Kliegman, 2002). En Argentina, un 15% de niños menores de 2 años no recibió ningún control en el último año previo a la encuesta de hogares del SIEMPRO. Observando la accesibilidad según nivel socioeconómico del hogar, en el caso de las familias indigentes, el 21% de los niños no ha recibido control médico alguno en el último año, un 19% en el caso de los niños de hogares pobres y un 10% en familias no pobres. 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. Más del 60% de los niños en la primera infancia no está recibiendo en forma apropiada estas vitales acciones de prevención de la salud.

3.2. La atención médica

3.2.1. Las obras sociales nacionales

Los grados de satisfacción son heterogéneos y cambiantes a través del tiempo, pero en general muy bajos. Concentrando el análisis en el segmento sindical, es decir, el más importante y que cubre a población en situación social más vulnerable, hay dos factores centrales que explican los pobres resultados alcanzados: la inconsistencia actuarial y la competencia limitada y sin un marco regulatorio apropiado.

La inconsistencia actuarial hace referencia a la falta de correspondencia, en una proporción muy grande de la población, entre el monto del aporte del afiliado y el financiamiento requerido para costear el paquete de prestaciones. Si bien no hay mediciones precisas y aceptadas sobre cual es el costo del paquete de prestaciones a la que están obligadas las obras sociales, y además éste varía mucho según condiciones de accesibilidad y calidad, se puede ilustrar el problema analizando los ingresos per cápita promedio del sistema y su dispersión.

El Cuadro 1 muestra que en la actualidad el ingreso por afiliado promedio de las obras sociales sindicales (sin considerar las obras sociales de personal de dirección) se ubica en torno a los 39 pesos mensuales. El 25% de las obras sociales de menor nivel de ingreso, que aglutina casi un 30% de la población, cuentan con un ingreso per cápita promedio de 18 pesos, o sea, la mitad del promedio. El segundo 25% de las obras sociales aglutina un 40% de la población y cuenta con financiamiento de 29 pesos por beneficiario. El tercer 25% aglutina casi un 20% de la población y tiene un financiamiento per cápita de 46 pesos. El

último 25% aglutina un 12% de la población y cuenta con 80 pesos por beneficiarios, es decir, el doble del promedio.

La heterogeneidad es muy grande. Al punto tal que no es una exageración afirmar que conviven en un mismo sistema obras sociales “pobres” y obras sociales “ricas”. Si bien el costo del paquete de prestaciones varía en función de factores de riesgo como edad, sexo y estado general de salud de la persona, cabe esperar, dado que los afiliados titulares son trabajadores activos, que el costo promedio per cápita del paquete prestacional se ubique alrededor de un valor relativamente constante para el conjunto de las obras sociales. Esta noción de un paquete prestacional con un costo per cápita relativamente homogéneo se refuerza con la obligación legal de que el Programa Médico Obligatorio (PMO) sea único e igual para todas las obras sociales.

Teniendo en cuenta la forma ambiciosa en que está definido el PMO es probable que su costo, brindado a razonables niveles de calidad y accesibilidad, se ubique en torno al ingreso promedio del sistema, o sea, \$ 39 mensuales por beneficiario. Esto implicaría que casi el 70% de la población cubierta esta afiliado a obras sociales subfinanciadas, es decir que su ingreso per cápita es menor al costos del PMO. La situación más grave se da con el 30% de la población que se encuentra afiliada a entidades cuyo financiamiento per cápita es la mitad de dicho monto. En sentido contrario, un 20% dispone de un financiamiento per cápita en promedio 30% superior y, en el otro extremo, un 12% tiene un financiamiento per cápita que lo duplica.

Cuadro 1. Distribución del ingreso por beneficiario de las obras sociales sindicales

Febrero 2004

265 obras sociales	Afiliados	Participación	Recaudación	Participación	Ingreso por beneficiario
Primer cuartil	1.792.096	29%	32.404.186	15%	18
Segundo cuartil	2.457.437	40%	70.073.262	32%	29
Tercer cuartil	1.205.801	19%	55.201.813	25%	46
Cuarto cuartil	761.686	12%	60.753.408	28%	80
TOTAL	6.217.020	100%	218.432.670	100%	39

Fuente: elaboración propia en base a AFIP.

El problema de la inconsistencia financiera se originó desde los comienzos mismos del sistema, a mediados de la década de cuarenta, con la formalización de las obras sociales como agentes de la seguridad social. Al ser una derivación de la organización sindical, rígidamente conformada alrededor del concepto de rama de actividad, las carteras de afiliados de las obras sociales quedaron segmentadas bajo este mismo criterio. Esto implicó una cantidad numerosa de entidades de muy diferentes tamaños (Ver Recuadro 1) y con ingresos por afiliado altamente dispersos.

De las diferencias sectoriales de productividad por sector se derivan grandes diferencias en los niveles salariales y, en un modelo de financiamiento basado en impuestos al salario, se produce una gran dispersión en los ingresos de las obras sociales. En contrapartida, el paquete prestacional homogéneo para todo el sistema y definido de manera ambicioso requiere de un financiamiento que como mínimo se ubicaría en un valor constante en el entorno del ingreso promedio del sistema.

Recuadro 1

Muchas obras sociales de diferente tamaño

Actualmente hay habilitadas aproximadamente 265 obras sociales para cubrir a 6,6 millones de personas. Las 10 obras sociales más grandes aglutinan a la mitad de la población. Dos tercio de los afiliados son atendidos por las 25 más grandes, mientras que el tercio restante se distribuye entre 240 obras sociales. Si bien el tamaño es importante para la viabilidad económica, no es decisivo. Es cierto que en algunos casos el tamaño es tan pequeño que una mínima estructura administrativa termina absorbiendo una exagerada proporción de los ingresos totales. Sin embargo, si la población está concentrada geográficamente y si la obra social no aspira a administrar prestadores propios, la viabilidad es posible en la medida que el ingreso por afiliado sea consistente con el costo del paquete prestacional. Si esta última condición se cumple, la obra social puede subcontratar la gestión prestacional en una red de prestadores que aglutine a otras carteras de afiliados y que, de esta forma, construye escala suficiente para viabilizar la atención. Pero si el ingreso por beneficiario es consistentemente inferior al costo promedio per cápita del paquete prestacional, cualquiera sea el tamaño de la obra social, es inevitable que se presenten problemas de accesibilidad por falta de servicios y prestadores, y un serio deterioro de la calidad.

Por otro lado, la cautividad –en el sentido que los aportes de cada trabajador van a la obra social de su sector, independientemente de cual sea su voluntad– no genera estímulos para que los administradores pongan atención en la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Desde el momento en que los beneficiarios están obligados a contribuir a una obra social que no eligen, sino que viene predeterminada por la organización sindical, los incentivos a favor de brindar buenos servicios de salud se diluyen.

Hasta la década de los '90 la tendencia fue tratar de revertir la insatisfactoria calidad de los servicios brindados con aumentos en los aportes. Como era previsible esta meta nunca se alcanzó. La consecuencia fue que las obras sociales fueron absorbiendo una proporción cada vez más grande de los salarios sin mejorar la calidad de las prestaciones. La crisis hiperinflacionaria y el posterior cambio en la organización económica marca el agotamiento final de este tipo de estrategia. Esto llevó a comienzos de la década de los noventa a plantear reformas que tomaban como eje central la incorporación de mecanismos de competencia y libertad de elección de los usuarios.

Recién en 1997, luego de un tortuoso proceso de negociación política, se estableció que los trabajadores puedan optar por una obra social diferente a la que le hubiese correspondido por su pertenencia a la rama de actividad. La resistencia al cambio por parte de los representantes sindicales hizo que las autoridades negociaran ciertos aspectos regulatorios tendientes a desincentivar la movilidad de los usuarios, incorporando restricciones al uso de la libertad de elección. Dentro de estos aspectos se destaca, en primer lugar, los obstáculos administrativos para que las personas ejerzan su derecho de elección con plenitud. Por ejemplo, hasta muy recientemente se prohibía ejercer la opción a los trabajadores que iniciaban una nueva relación laboral y todavía persiste la prohibición legal a los empleadores de promover o facilitar opciones, impidiendo así que los planes de salud formen parte de los

beneficios sociales que ofrecen las empresas a sus trabajadores. Pero más importante aún desde el punto de vista de limitar la competencia, se mantuvo la prohibición al ingreso de nuevas entidades. Es decir que la libertad de elección sólo podía ser ejercida entre las obras sociales existentes (Colina, Giordano y Torres, 1997).

Juntamente con estas restricciones, y probablemente bajo la lógica de que las reformas tendrían bajo impacto desde el punto de vista de crear competencia, no se desarrollaron esquemas de protección al consumidor. En la práctica, el esfuerzo estatal estuvo más concentrado en proteger a las obras sociales que a sus afiliados. Esto se refleja en normas y procedimientos tendientes a obstaculizar el ejercicio de derecho de opción de las personas y una penalización implícita, puesta por la burocracia, para aquellos que deciden ejercer su derecho. Muy poco se hizo en crear condiciones para crear una competencia sana y transparente.

Estas reglas de juego no impidieron el ingreso de las empresas de medicina prepaga a competir por los afiliados de la seguridad social, pero sí condicionó decisivamente la forma que lo hicieron y el impacto que esto tuvo sobre el sistema. El mecanismo utilizado fue la asociación de las prepagas con alguna obra social. La prepaga que capta un afiliado de la seguridad social formalmente afilia a la obra social con la que está asociada. Esta obra social opera como un intermediario que recibe los aportes y los transfiere a la prepaga quien asume la responsabilidad de brindar las prestaciones. En algunos casos, el acuerdo incluye que el trabajador refuerza el aporte con gasto de bolsillo.

De esta manera se generaron poderosos estímulos para la selección de riesgos, es decir, que las prepagas desarrollaran una eficaz estrategia comercial orientada a captar a los afiliados jóvenes y de mayores ingresos y rechazar a los menos jóvenes y de menores de ingresos. Este proceso de descreme es posible ya que la prepaga al actuar detrás de la fachada de una obra social, no es alcanzada por la regulación de la seguridad social, con lo cual tiene la posibilidad de elegir el afiliado por su nivel de ingreso y riesgo epidemiológico. Más aún, tiene la posibilidad de rescindir el contrato en cualquier momento. Por el contrario, la obra social, al estar regulada específicamente por las normas de la seguridad social, está obligada a aceptar a todo beneficiario que opte por ella –independientemente de su nivel de ingreso o de su condición de salud– y no puede rescindir una afiliación.

El esquema le permite a las personas mejor posicionadas en términos de su perfil de ingresos y riesgos a acceder a los servicios de una prepaga. A las prepagas les permite conformar una cartera de afiliados atractiva desde el punto de vista de su rentabilidad. En contrapartida, las personas con riesgos más altos y salarios más bajos terminan en obras sociales. Éstas, en un contexto de controles débiles e inexistencia de sanciones, ajustan la cantidad y calidad de los servicios que suministran en función del deterioro en el perfil de sus carteras.

Superando las previsiones y los esfuerzos realizados para poner trabas sobre los traspasos, el proceso de movilidad fue muy intenso. En total, se produjeron hasta la actualidad cerca de 800 mil traspasos de afiliados titulares, lo que implica alrededor un cuarto del total. Al analizar el perfil de los trabajadores que optaron por cambiar de obra social aparece con claridad la intensidad alcanzada por el descreme (ver Recuadro 2).

Recuadro 2

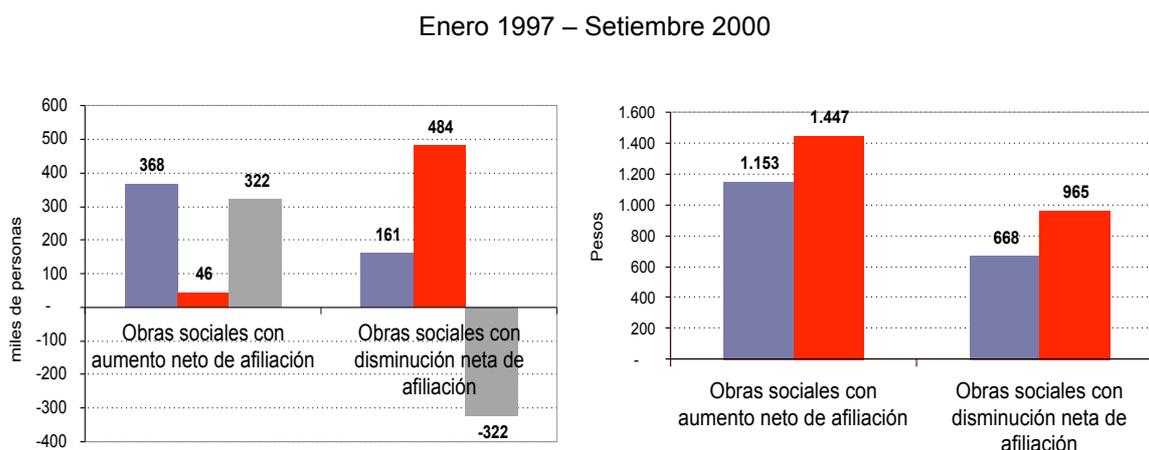
Malas reglas de juego, alto descreme

Indicios del intenso proceso de descreme que se produjo como consecuencia de la libre elección decretada en 1996 surgen de comparar el perfil de los afiliados que captaron las obras sociales con aumento neto de opciones (alta menos bajas de personas que cambian de obras social) respecto al perfil de las que tienen pérdidas netas de afiliados. Sobre un universo total de 530.000 cambios ocurridos desde el inicio de la libre elección en enero de 1997 hasta setiembre de 2000, se observa que las obras sociales “ganadoras” (captación neta positiva) sumaron 368.000 altas y sólo 46.000 bajas, totalizando 322.000 afiliaciones netas. Las obras sociales “perdedoras” (captación neta negativa) sumaron 161.000 altas y 484.000 bajas, totalizando un pérdida neta de 322.000 afiliados (Superintendencia de Servicios de Salud, 2000).

El perfil de los afiliados está claramente diferenciado. Los afiliados que optaron por las obras sociales “ganadoras” tienen un salario promedio de \$1.153 mientras que los que optaron por las obras sociales “perdedoras” tienen un salario promedio de \$644. El “descreme” queda en evidencia cuando se toma en cuenta que el salario promedio de todo el sistema en esa época era de \$827. Claramente, la situación de las “ganadoras”, por tener aumentos netos importantes, induce a pensar de que han ejecutado políticas comerciales agresivas, y así captaron a las personas de mayor nivel de ingreso. En cambio, las “perdedoras”, por tener importantes pérdidas netas, es altamente probable que hayan tenido una actitud comercial muy pasiva, por ser en su mayoría obras sociales que se oponían a la incorporación de competencia, lo cual les produjo un serio problema de selección adversa: concentraron las personas de menor ingreso.

En el caso de las bajas, en ambos tipos de obras sociales (“ganadoras” y “perdedoras”) el salario promedio es mayor que el salario promedio de las altas. Sin embargo, la cantidad de bajas en las obras sociales “ganadoras” fue muy poca, con lo cual, más que compensa la diferencia salarial. Mientras que la cantidad de bajas en las obras sociales “perdedoras” fue mucha y además fueron los afiliados con salario por encima del promedio.

Cuadro 2. Altas, bajas y nivel salarial de las opciones en las obras sociales sindicales



Las brechas entre obras sociales “ricas” y obras sociales “pobres” se ampliaron y apareció el fenómeno de la estratificación de ingresos al interior de cada institución. Dentro de una misma obra social, las personas de altos ingresos pueden acceder a planes privados de salud de buena calidad, mientras que los afiliados de bajo nivel de ingreso sufren servicios de muy baja calidad y accesibilidad. De estas manera, más allá de las debilidades de gestión, la calidad y la existencia misma de servicios están condicionados por una cartera de afiliados de bajos ingresos y alto riesgo. En muchas obras sociales se conforma grupos de afiliados con una insuficiencia estructural de recursos para financiar el PMO.

La profundización de la inconsistencia actuarial es una derivación de la incorporación de competencia sin un marco regulatorio apropiado y sin haber adaptado el régimen financiero. En tal sentido, las reformas introducidas sobre los mecanismos de asignación de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), si bien fueron en el sentido correcto, resultaron insuficientes para atenuar la inconsistencia financiera entre afiliados.

El mecanismo de subsidio automático opera suplementando los recursos per cápita disponibles para el trabajador y cada miembro del grupo familiar, toda vez que aquellos no alcancen los \$22 y \$17 respectivamente. Implica una saludable focalización de los subsidios en los trabajadores de salarios bajos y grupo familiar de mayor tamaño. Sin embargo, debido a que es un monto relativamente pequeño, no llega a atenuar la inconsistencia actuarial. Se trata de un mecanismo que no llega a cumplir plenamente con el objetivo perseguido debido al exiguo monto distribuido (Ver Recuadro 3).

Recuadro 3

Una reforma a mitad de camino: el subsidio automático

En el año 2003, el monto asignado a través de subsidios automáticos fue de \$ 182 millones, o sea, un promedio de \$15 millones mensuales. El Cuadro 3 muestra la forma en que fue distribuido según los ingresos per cápita de cada obra social. El 45% del monto distribuido fue hacia el primer cuartil más “pobre” entre las obras sociales, el segundo cuartil aglutina el 39% de los subsidios, el tercer cuartil el 14% y el cuarto cuartil sólo uno 2%. El impacto de estos subsidios es que el ingreso per cápita del primer cuartil aumenta desde \$ 18 a \$ 22. En el resto el aumento es más bajo y resulta prácticamente nulo entre las obras sociales con ingresos per cápita más alto. Si bien el subsidio es asignado con un criterio altamente redistributivo su impacto es muy moderado debido, fundamentalmente, al limitado monto de recursos asignados. De hecho, la cápita promedio de todo el sistema aumenta en poco más de \$2, de \$ 39 a \$ 41 por mes.

Cuadro 3. Distribución del ingreso per cápita de las obras sociales sindicales luego de la distribución automática del FSR

	Monto de subsidio automático (pesos - promedio mensual)	Participación	Ingreso per cápita sin FSR	Ingreso per cápita después de FSR
Primer cuartil	6,819,180	45%	18	22
Segundo cuartil	5,893,940	39%	29	31
Tercer cuartil	2,133,512	14%	46	50
Cuarto cuartil	232,084	2%	80	80
TOTAL	15,078,717	100%	39	41

La inconsistencia financiera originaria y su posterior profundización como consecuencia de la incorporación de competencia sin un marco regulatorio y régimen financiero apropiado, han profundizado los problemas para los segmentos más vulnerables de la población cubierta. Esto se refleja en que conviven afiliados con un financiamiento que llega a ser en algunos casos excesivo para sus necesidades médico-asistenciales, con otros segmentos de afiliados con financiamiento manifiestamente insuficiente.

En síntesis, la incorporación de la competencia en el sistema era necesaria ya que el carácter coercitivo de la afiliación (por tratarse de seguridad social) más la cautividad implicaban un fuerte incentivo a la ineficiencia y al desvío de recursos hacia otros fines alejados de los sanitarios. Dentro de ellos, el financiamiento espurio de la política o directamente actos de corrupción. Sin embargo, tal como lo demuestra la teoría y también abundantes evidencias empíricas, en el mercado de los seguros de salud la competencia no induce de manera espontánea la eficiencia con razonables niveles de equidad. Para alcanzar estos resultados la libre elección tiene que ser acompañada por un régimen de financiamiento consistente con el costo del paquete de prestaciones y con regulaciones que penalicen acciones distorsivas.

Ante esta realidad, la Superintendencia de Servicios de Salud en lugar de avanzar con regulaciones procompetitivas y bregar por aumentar los fondos asignados al mecanismo de distribución automática, optó por tratar de evitar los cambios de obras sociales, incrementando los requisitos burocráticos para el ejercicio de la opción. En otras palabras, la Superintendencia, no bregó para que el accionar de las prepagas que ingresaron a la seguridad social operara como un estímulo en favor de una administración más eficiente de los recursos. Ni siquiera penalizó comportamientos distorsivos como el manifiesto proceso de selección de riesgo. Muy por el contrario, la intervención pública operó bajo la lógica de “solucionar” el problema limitando y cercenando el derecho de opción de la gente.

La consecuencia más palpable, desde la perspectiva de los usuarios, es que hay una medicina de buena calidad para quien puede optar por una obra social “fachada” y comprar un plan de salud privado en una empresa de medicina prepaga. Y que hay, en el otro extremo, y en parte *como consecuencia* de lo anterior, una medicina de mala calidad, con altas barreras a la accesibilidad, para quienes no pueden pagar un plan de salud privado y deben conformarse con lo que la obra social les otorgue. Estas últimas personas, pese a contribuir a la seguridad social, generalmente terminan utilizando el hospital público (Colina, Giordano y Torres, 1997; Colina y Giordano, 1999).

3.2.2. El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)

La experiencia acumulada en tres décadas de existencia del INSSJP es una prueba de que los objetivos que inspiraron su creación nunca superaron la categoría de expresiones de deseos. Los síntomas más visibles de su histórica crisis son la degradación de la calidad de las prestaciones y el deterioro institucional de la entidad.

Es casi una constante las quejas de los usuarios, los cortes de servicios, la ausencia de prestadores, el cobro de aranceles y “plus”, las periódicas apariciones en medios periodísticos de enfermos que son abandonados en lugares insalubres con el rótulo de “prestadores médicos”. La misma despreocupación por la calidad se manifiesta también en la falta de estadísticas confiables y mediciones sistematizadas de desempeño y calidad.

En este marco no sorprende que las principales fuentes que pueden utilizarse para documentar con espíritu crítico la realidad del Instituto son los innumerables estudios de situación e informes de auditorías que sistemáticamente realiza cada nueva autoridad que asume la responsabilidad por la gestión de la institución. Existe tantos documentos de esta naturaleza como cambios de dirección hubieron.

El último documento, en esta línea, es un informe de la Auditoría General de la Nación (AGN, 2003), organismo técnico del Congreso Nacional para la verificación del cumplimiento contable, legal y de gestión del Poder Ejecutivo. Sin pretender ser exhaustivo, porque el tamaño de la institución y el desquicio de su organización lo impiden, en el documento se presentan evidencias del nivel extremo de impunidad con el que se incurre en irregularidades en los servicios y en la gestión interna de la institución (ver Recuadro 4).

Recuadro 4

El INSSJP según la Auditoría General de la Nación

Según un informe de la Auditoría General de la Nación (AGN, 2003), el sistema de información es muy precario y poco confiable. Se recolectan algunos datos cuantitativos pero no cualitativos, como promedio días de estada, tasa de infección intra-hospitalaria, trazadores epidemiológicos o causales de decesos y seguimientos por efector. A veces, desde la institución se presentan algunos datos de este tipo, los cuales son de muy baja veracidad porque provienen de los propios prestadores que tienen un fuerte incentivo a la sobre-declaración por tener contratos capitados y además no incluyen la identidad con lo cual es imposible controlar su veracidad.

En el aspecto prestacional, el informe sostiene que no existe un sistema integral de control del cumplimiento de las obligaciones contractuales de los prestadores, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos. Peor aun, dada la imprecisión en la definición de los contratos, resulta muy dificultosa la verificación del cumplimiento de condiciones de accesibilidad a los servicios y de la atención dispensada. No obstante, en la primera mitad de 2003, se desarrolló una campaña reducida de control de calidad médica evaluando sólo la infraestructura de los prestadores sanatoriales. Sobre una muestra del 30% del universo de prestadores institucionales que contratan con la entidad, se concluyó que sólo el 2% califica como "bueno", el 30% apenas califica como "admisible" y el restante 68% no llega a esta última calificación (AGN, 2003).

El deterioro institucional también está documentado en este informe aunque es público el conocimiento y la percepción de la sociedad en torno a la masividad de las prácticas corruptas y fraudulentas. Si bien la fortaleza moral e institucional de la entidad no debería ser considerada como un objetivo en sí mismo, sino como un medio instrumental para llegar a cumplir el objetivo de brindar servicios médicos de calidad, la impunidad con la que se ejecutan estos actos de corrupción ha llegado a corroer la confianza de la sociedad en el estado de derecho. Más allá de las dificultades para probar legalmente la cantidad y gravedad de los actos ilícitos, es generalizada y cada vez más certera la sospecha de que el INSSJP es uno de los principales focos de corrupción que operan en la Argentina y que constituye una fuente de financiamiento espurio de la política.

El informe de AGN abunda en este aspecto. La institución cuenta con 3,2 millones de afiliados directos y 11.000 empleados. Hay 38 gerente y sub-gerentes que no cumplen funciones; hay empleados que fueron despedidos, indemnizados e inmediatamente reincorporados; contratados ocupando cargos de gerentes; designaciones en planta permanente retroactivas; contratados que cobran retroactivos aun cuando los contratos son con fecha posterior; contratos con cláusula de renovación automática; empleados no jerárquicos que cobran hasta 6.000 pesos con el recurso administrativo de acumular horas extras. Hay funcionarios jerárquicos con participación societaria o son representantes legales de los prestadores médicos con los que contrata el Instituto. El mismo informe denuncia que un grupo de prestadores con contratos cuyo monto global supera los \$100 millones anuales recibieron pagos por adelantado cuando la regla es que la demora promedio varía entre 120 y 180 días. En general, estos prestadores tienen como representante administrativo e institucional ante el INSSJP a un alto gerente de la institución.

Todas estas irregularidades no son anecdóticas sino el lugar común de los aspectos de gestión y administración del INSSJP. Tampoco son un hecho puntual en la historia de la institución, sino más bien una constante que se ha repetido durante años solo con ligeras diferencias de matices.

Frecuentemente se argumenta que los problemas se originan en la insuficiencia de recursos y la falta de honestidad y probidad de los funcionarios designados para conducir la institución. Hay evidencia para mostrar que ambos argumentos son muy parciales y explican una porción insignificante de la perversa dinámica del organismo.

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, y por lo tanto, la demanda de recursos también. Sin embargo, un primer dato objetivo para considerar 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 muy significativa.

Otras evidencias, mucho más contundente, surgen de analizar el desempeño financiero del organismo (ver Recuadro 5). La principal conclusión es que si bien la insuficiencia pudo haber sido un factor importante en algunos momentos de la historia reciente, hay elementos como para argumentar que los problemas son de otro tipo. La crisis prestacional que implica el desamparo sanitario para segmentos poblacionales extremadamente vulnerables está fundamentalmente ligada a una convulsionada historia económica que muestra que el gasto aumenta y disminuye al mismo ritmo de la disponibilidad de ingresos pero siempre manteniéndose por encima de ellos. Pareciera que la regla –obviamente, no explicitada– es gastar siempre por encima de las posibilidades.

Recuadro 5

La regla financiera del INSSJP: siempre gastar por encima de los ingresos

A principios de la década pasada, entre 1991 y 1994, los ingresos reales del INSSJP aumentaron como consecuencia de dos factores: la estabilidad de precios luego de un largo periodo de alta inflación y las mejoras en la recaudación que se lograron con la transferencia de la gestión del Sistema Unificado de Seguridad Social (SUSS) a la órbita de la entonces DGI, hoy AFIP. En esa misma época, el Estado Nacional se subroga las deudas del INSSJP por un monto cercano a los 200 millones de pesos y el Congreso Nacional exime al INSSJP del pago al FSR al que estaba obligado hasta ese momento por un monto equivalente al 5% de sus ingresos. Así, en 1992, el INSSJP supera una situación deficitaria y comienza el periodo con una deuda que a precios del 2003 sería equivalente a 437 millones de pesos, es decir, apenas el 10% de sus ingresos anuales.

En 1994 la institución vuelve a entrar en crisis y hasta 1996 los ingresos disminuyen lo que lleva al gobierno a decretar, en 1996, que el Estado nacional garantice un ingreso anual de 2.400 millones de pesos a precios de 1996. Como la deuda había crecido a niveles insostenibles, el Tesoro Nacional realiza un nuevo salvataje subrogándose 800 millones de pesos a precios de 1996.

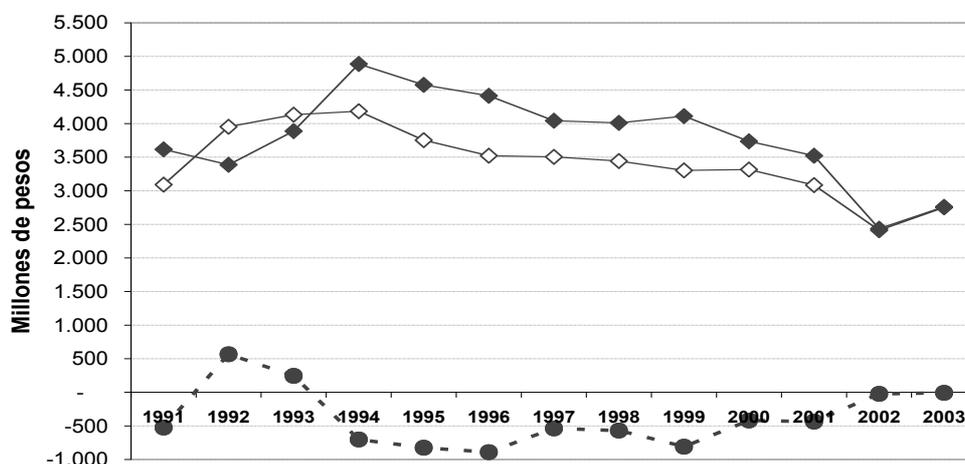
Entre 1996 y 1998 se observa un amesetamiento de la caída en los ingresos de la institución. Sin embargo, el gasto tuvo un comportamiento similar. Disminuyó cuando los ingresos caían y se amesetó cuando los ingresos lo hicieron, manteniendo prácticamente constante el nivel de déficit.

A partir de 1999, la garantía del Tesoro Nacional deja de operar y el marco recesivo de la economía produce una nueva caída en los ingresos. Los gastos también disminuyen aunque reproduciendo la evolución de la caída de los ingresos, con lo cual, si bien el déficit disminuye, se mantiene en valores positivos.

En el 2001 se produce la debacle de la economía. El aumento de la inflación hace que los ingresos reales caigan en el 2002 en forma abrupta y se produce un fuerte ajuste del gasto prestacional dado por la profundidad de la crisis. En el 2003, los ingresos se recuperan, en consonancia con la recuperación de la economía, sin embargo, no llega a recuperar todavía el nivel real que tenía en promedio antes de la debacle. El gasto se recupera al mismo ritmo que lo hace el ingreso.

Gráfico 3. Ingresos, Egresos y Déficit del INSSJP

1991 – 2003 / (a precios del 2003)



El nivel de gasto no parece responder a la demanda de los usuarios sino a la disponibilidad de recursos. Por otro lado, en toda esta historia donde se observan aumentos de ingresos y “salvatajes” del Estado, nunca hubo una manifiesta satisfacción de los usuarios por los servicios del INSSJP. Esto es indicativo de que el gasto responde a patrones distintos de los que se derivaría de la demanda de los usuarios. La conducta histórica responde a un cíclico proceso de déficit y endeudamiento cuyo pico de máxima tensión aparece cuando el límite lo impone la disponibilidad de recursos. Cuando la acumulación de déficit produce el ahogo financiero, se agudiza el conflicto con los prestadores por la falta de pago, lo que lleva al deterioro de la cobertura real y la calidad de las prestaciones. Como el flujo de ingresos es relativamente constante, la disminución transitoria del gasto brinda un oxígeno financiero para recomponer el ciclo de déficit y endeudamiento, siendo este proceso alimentado muchas veces por el mismo Estado a través de improvisados mecanismos de “salvataje” con recursos del 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. La prueba más contundente de que este no es el problema de fondo –sin por esto negar que un cuerpo directivo honesto e idóneo sea una condición necesaria– es la tumultuosa experiencia de cambios y contra-cambios de funcionarios de distinta extracción ideológica y partidaria en la dirección de la entidad. Entre 1994 y 2004, han pasado por el gobierno de la institución 14 administraciones diferentes, o sea, un cambio de administración cada nueve meses, en promedio.

Resulta notable la cantidad de intentos infructuosos por mejorar la calidad profesional y moral de los cuerpos directivos de la institución por parte de gobiernos de muy distinta extracción política e ideológica y bajo una muy fuerte demanda de la sociedad civil por mayor honestidad y probidad en el INSSJP. A pesar de todos estos esfuerzos, el deterioro moral e institucional nunca se detuvo. El fracaso sistemático permite afirmar que los problemas del deterioro institucional trascienden la calidad humana de las personas que se colocan al frente de la institución (Ver Recuadro 6).

Recuadro 6.

Distintos administradores. Idénticos resultados.

La regla, sin excepciones, de las 14 administraciones designadas desde 1994 fue iniciar la gestión al frente de la institución con un diagnóstico detallado de los actos de corrupción que sus antecesores no supieron, no pudieron, o no quisieron combatir. Inmediatamente se formula un plan de acción para cambiar la situación que toma como base la honestidad de las nuevas autoridades. Generalmente, la incursión termina con un informe de gestión sobre supuestos logros. Obviamente que el sucesor se encarga de relativizar o cuestionar estas afirmaciones en su propio informe de diagnóstico con el que inicia su gestión.

La preocupación de los gobernantes por la probidad y la honestidad que se manifestó en tantos cambios de administración no dio ningún resultado –visible al menos– cuando se compara con la evolución de la integridad patrimonial de la institución. Dos hechos estilizados se destacan en este sentido. El primero es que la institución ha tenido, como constante, el crecimiento sostenido de su endeudamiento, disminuyendo sólo en momentos en que se interponen decisiones externas al INSSJP; no por logros de los funcionarios al frente de la entidad. Las disminuciones se dieron en 1992, 1996 y 2002. En 1992 y 1996 hubieron dos importantes operaciones de “salvatajes” del gobierno nacional transfiriendo deuda desde INSSJP hacia el Tesoro Nacional, y en el 2002 hubo un profunda “licuación” de pasivos gracias a la devaluación y al rebrote de la inflación.

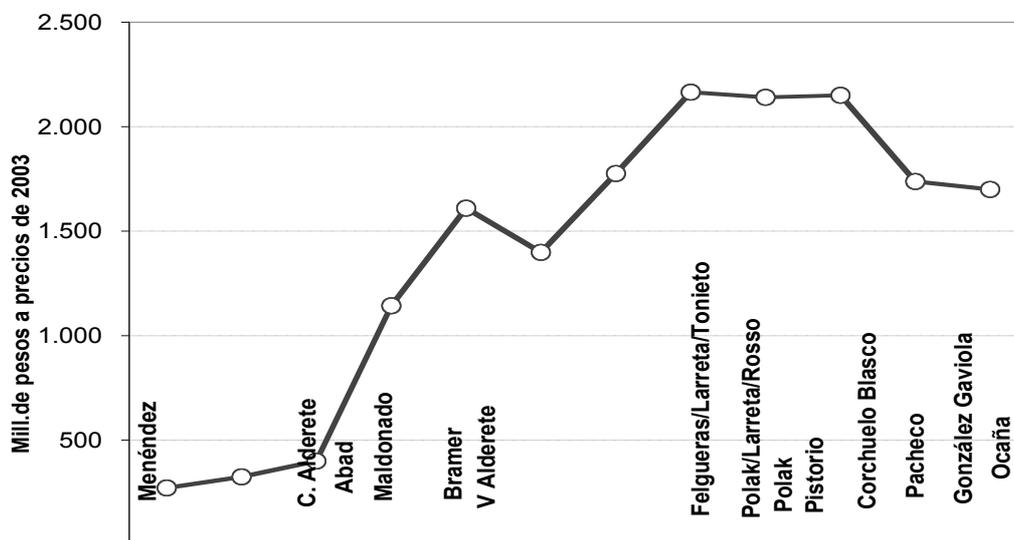
El segundo hecho llamativo es el inmenso crecimiento de la deuda durante la década de los noventa y hasta 1998, para estabilizarse entre 1999 y hasta 2002. Esto último no fue obra de la buena administración, sino por la total pérdida de confianza de los prestadores y contratistas que optaron por mantener el vínculo contractual pero minimizando al extremo las prestaciones médicas suministradas de manera de no generar más créditos contra el INSSJP.

La minimización de las prestaciones es legitimada por el hecho de que el INSSJP tiene problemas de pago y períodos de atraso muy extendidos que oscilan entre 120 y 180 días, y a veces más. El círculo vicioso cierra cuando con los tantos cambios de administración o alguna decisión externa, que implique recursos extraordinarios para el Instituto, se recupera parte del atraso de la deuda, sin considerar que esa deuda ha sido generada minimizando las prestaciones médicas.

Aunque toda nueva administración y toda nueva ayuda extraordinaria siempre viene acompañada de anuncios sobre la firme decisión política de terminar con este círculo vicioso, o sea, pagar sólo las deudas que correspondan a prestaciones que efectivamente hayan sido otorgadas, la debilidad institucional para controlar las prestaciones hace que esto no sea posible. De esta forma, los cambios de administradores solo sirven para alimentar este perverso círculo vicioso.

Gráfico 4. Deuda y administraciones del INSSJP

1994 – 2003 (a precios de 2003)



Las experiencias acumuladas a través del tiempo avalan la idea de que los resultados alcanzados por el organismo son poco sensibles a la cantidad de recursos disponibles y a la honestidad y probidad de los órganos de conducción. Si estos factores no son las causas de fondo, ¿cuáles son las raíces de la crisis del INSSJP?

Un diagnóstico más realista es asociar los sistemáticos fracasos con las deficiencias en la organización institucional del *sistema de salud* de los jubilados. El INSSJP es un asegurador único, monopólico, con población cautiva y que acapara todas las facultades de gestión. Concentra funciones de financiamiento (ya que dispone de los recursos); de regulación (ya que tiene posibilidades de definir los contenidos del paquete de prestaciones); de administración (ya que contrata y paga a prestadores a contratistas); y de control sobre su propia conducta (en los hechos el control externo más frecuente se da cuando los usuarios recurren a la denuncia en la prensa o la vía judicial).

Esta concentración de funciones, un resabio de autoritarismos que los gobiernos democráticos no han modificado, genera una perversa estructura de incentivos. Todo el poder y la discrecionalidad para manejar una gran cantidad de fondos públicos están en manos de los funcionarios que el poder político coloca al frente de la institución. El interés de los usuarios pasa a ser un tema secundario, al punto de que se le cercena el derecho a elegir un asegurador alternativo cuando se degrada la cobertura y la calidad de las prestaciones. De esta forma, independientemente del nivel de satisfacción de los usuarios, los funcionarios del INSSJP preservan la discrecionalidad para decidir el destino de una inmensa masa de recursos públicos.

En este marco, la captura del INSSJP pasa a ser un objetivo muy apetecible para la dirigencia política, los prestadores y contratistas y los sindicatos. En nombre de la insatisfacción de los usuarios, la dirigencia política nacional y provincial, partidaria y sindical, pugna por incorporar cuadros políticos de sus propias líneas en el del INSSJP, para hacerse de una porción de ese inmenso poder de discrecionalidad en el manejo de los fondos públicos. Al mismo tiempo, prestadores y contratistas encuentran mucho más rentable y efectivo corromper un funcionario del INSSJP, facultado con un gran poder para el manejo arbitrario de los recursos, en lugar de competir por brindar buenas prestaciones médicas.

El problema no son los actores sino las reglas de juego que llevan a que los actores se comporten rentística y prebendariamente. Es muy difícil ser eficiente y transparente, incluso para hombres probos y honestos, y sortear con éxito la pulseada contra la corrupción bajo estas reglas de juego que alimentan constantemente conductas contrarias.

En la concepción institucional del sistema subyace, en línea con el pensamiento del gobierno militar que lo creó, la idea es que los afiliados tienen que aceptar las decisiones que impongan los funcionarios del organismo. Se conforma entonces un conjunto muy diverso de intereses que pugnan por tomar provecho del poder discrecional que da la cautividad de los usuarios. Aún cuando no haya mala intención para con los ancianos, la cobertura real y la calidad de los servicios pasa a ser un objetivo de segundo orden, ya que lo primordial es no perder terreno en la lucha por la prebenda obtenida. Bajo esta organización, el nivel de disponibilidad de recursos y la idoneidad y honestidad de los funcionarios responsables de la conducción, tienen un impacto marginal. El resultado está condicionado por la ausencia de reglas de juego en favor de la eficiencia.

Los usuarios quedan finalmente condenados al mismo destino que los usuarios de las obras sociales nacionales. Los que tienen capacidad de pago pueden complementar la falta de cobertura y mala calidad de los servicios con planes parciales de empresas de medicina prepaga. Los que no tienen capacidad de pago deben resignarse y recurrir al hospital público (Colina y Giordano, 1999).

3.2.3. Las obras sociales provinciales

El tercer gran actor de la seguridad social en volumen de afiliados y recursos son las obras sociales provinciales. Desde el punto de vista de los usuarios, los problemas de estas entidades son los mismos que los del INSSJP (CIPPEC, 2002). Cortes de servicios, cobros de “plus”, mala accesibilidad, prestadores que incumplen requisitos básicos de calidad. Esto no sorprende al observar que las reglas de juego de las obras sociales provinciales son las mismas que las del INSSJP.

A diferencia del INSSJP, las obras sociales provinciales son 24. Sin embargo, son prestadores únicos para sus usuarios a nivel de cada provincia. Los empleados públicos provinciales, en actividad y jubilados, no tienen ninguna chance de cambiar de seguro de salud cuando no reciben o recibe servicios de mala calidad¹¹. Los funcionarios que conducen estos seguros de salud son promovidos por la dirigencia política provincial y tienen las mismas limitaciones y obstáculos que los del INSSJP. Fuertes conflictos por el manejo de los recursos con los prestadores, los contratistas y los sindicatos, con un matiz adicional que son las agremiaciones médicas de cada provincia.

En general, las obras sociales provinciales establecen en sus leyes o estatutos la obligación de contratar con todos los médicos de la provincia. Esto institucionalizó la influencia de los colegios y círculos médicos provinciales en la toma de decisiones de las obras sociales provinciales. Las presiones de las agremiaciones médicas son más transparentes al tener un cariz más sesgado hacia la defensa de un interés político sectorial (el trabajo médico), a diferencia de las pugnas que se dan al interior del INSSJP en un marco mucho más informal, poco transparente y en defensa puramente de intereses privados. 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 a todos los profesionales agremiados y los sindicatos de los empleados públicos para mejoras en las condiciones laborales, conducen a los mismos ciclos de déficits recurrentes. La presión corporativa degenera en déficits recurrentes, niveles de endeudamiento insostenibles, demora y falta de pago a los prestadores, caída de la cobertura por cortes de servicios y cobros de “plus”. El final es el cambio de conducción acompañado con una ayuda financiera extraordinaria para sanear las arcas de la obra social y reiniciar un nuevo del ciclo deficitario.

¹¹ Es más, el poder monopólico de las obras sociales provinciales es mayor ya que en el caso del INSSJP el jubilado tiene al menos una alternativa imperfecta y limitada, que es optar por una obra social sindical.

Al igual que en el INSSJP, la crónica crisis de prestaciones que viven los empleados públicos y jubilados llevan a la opinión generalizada de que lo que falta son recursos y funcionarios honestos. En rigor, las reglas de juego son las mismas. La cautividad de los usuarios implica incentivos contrarios al uso racional de los recursos, con lo cual, cabe esperar que cualquier cantidad de recursos y cualquier persona honesta, al igual que con el INSSJP, sucumbirá ante la excesiva presión de políticos, prestadores y sindicatos deseosos de acceder a los recursos de la obra social (Colina y Giordano, 1999).

Los resultados también en términos generales son los mismos. Los usuarios con poder adquisitivo compran un plan de salud privado –en algunas provincias hasta se da el caso de que compran el plan privado de la agremiación médica– y los que no pueden pagar un plan privado, terminan demandando atención en el hospital público.

3.2.4. Las empresas de medicina prepaga

Los seguros privados se destacan por ofrecer, en general, una mejor atención a sus afiliados, tanto en el nivel real de su cobertura como en la calidad de los servicios. Esto tiene una explicación objetiva. En primer lugar, porque operan bajo un marco de afiliación voluntaria. En segundo lugar, porque tienen herramientas para evitar la inconsistencia actuarial.

A diferencia de las obras sociales sindicales, el INSSJP y las obras sociales provinciales, los seguros privados están constantemente expuestos a la pérdida de usuarios por insatisfacción con los servicios. Esto es un fuerte incentivo a que las empresas muestren preocupación por sus clientes. De producirse prácticas prebendarias de similares características a las que prevalecen entre las obras sociales por parte de la conducción de la empresa, de los prestadores contratados o de los sindicatos que aglutinan a los empleados de la compañía, la consiguiente caída de cobertura y deterioro de la calidad se traduciría rápidamente en una merma de ingresos, que gatillaría la intervención de los accionistas para tomar las medidas correctivas bajo riesgo de ir a la quiebra.

Igualmente, a diferencia de la seguridad social, las empresas de medicina prepaga poseen planes prestacionales con límites, exclusiones y condiciones de accesibilidad bien definidos, lo que les permite determinar un precio que equilibre el gasto. La afiliación voluntaria a su vez permite vender un plan sólo entre quienes pueden pagarlo. Esto es una diferencia fundamental con las obras sociales que están obligadas a otorgar un plan de prestaciones con límites difusos y sin condiciones de accesibilidad, con ingresos determinados exógenamente a través de impuestos al salario o rentas generales, y sin la posibilidad de seleccionar su cartera de afiliados.

Las empresas de medicina prepaga cuentan así con reglas de negocio muy propicias para brindar buena calidad, mientras que las obras sociales, con reglas de negocios definidas exógena e inapropiadamente, no tienen muchas veces condiciones objetivas para brindar igual calidad de servicio. La inconsistencia actuarial y la cautividad son obstáculos objetivos que explican la caída de la cobertura y el deterioro en la calidad de los servicios.

De todas formas, en el segmento de los seguros privados también se dan problemas para los usuarios. Éstos se generan por las asimetrías de información y por el carácter parcial de los planes de prestaciones. Las asimetrías de información se producen porque, si bien las compañías tienen apropiadamente definidos sus planes, no siempre son lo suficientemente transparentes para los usuarios. El conocimiento especializado que se requiere para entender cabalmente un plan de salud y la incertidumbre propia que da un contrato de seguro hace que los acuerdos sean imperfectos desde el punto de vista de los afiliados (Colina y Giordano, 1999).

En general, los conflictos aparecen con las enfermedades de alto costo y bajo riesgo y las enfermedades crónicas dado que la imperfección del contrato se hace evidente con los criterios para aplicar los límites, las exclusiones y la calidad de los prestadores cuando está en juego un requerimiento importante de demanda de atención. Cuando un problema de esta naturaleza se presenta, la falta de una regulación específica y apropiada para los seguros privados conduce a que el usuario tenga dos alternativas. Una, pagar de su propio bolsillo y recurrir posteriormente a la justicia. Otra, recurrir al hospital público.

Curiosamente, para el usuario el resultado es en definitiva el mismo que con la seguridad social. Cuando tiene un problema de falta de cobertura la variable de ajuste termina siendo un mayor gasto de bolsillo o la demanda al sistema público (Colina y Giordano, 1999). Sin embargo, en general los problemas de cobertura en los seguros privados son menos frecuentes que en la seguridad social.

El segundo problema –el de los planes parciales– es una derivación de la crisis de cobertura de la seguridad social. Los seguros privados desarrollaron planes con buena cobertura y razonable calidad en aquellas prestaciones donde la seguridad social presenta las falencias más visibles. Por ejemplo, empresas de medicina prepaga que ofrecen planes para grupos familiares con cobertura ambulatoria e internación de agudos de baja y mediana complejidad, pero excluyendo medicamentos y alta complejidad, a precios accesibles para familias con un perfil socioeconómico medio y medio bajo, consistente con los afiliados a las obras sociales nacional, sindicales y el INSSJP.

Esta inserción espontánea de los planes privados explotando la demanda generada por insatisfacción con la seguridad social no es un problema desde la perspectiva del valor que la iniciativa privada brinda a la sociedad. Sí es, en cambio, un problema, desde la perspectiva de que los planes privados enmascaran la demanda insatisfecha por la seguridad social, a expensas de generar gastos de bolsillo de las familias. Peor aún, los seguros privados son funcionales al fracaso de la seguridad social. Cuando las personas improvisan una solución a sus problemas de cobertura recurriendo a alguno de estos planes privados, involuntariamente, alimentan la ineficiencia de las obras sociales nacionales, provinciales y el INSSJP.

Las obras sociales y el INSSJP se constituyen en un agente que reciben dinero por no brindar ningún tipo de servicios. Nuevamente, la raíz del problema son las reglas de juego que las obliga a la gente a recurrir a esta solución de segundo grado para lograr tener una cobertura razonable.

3.2.5. El hospital público

Los problemas del hospital público son, en cierto sentido, análogos a los de la seguridad social. Es decir, falta de cobertura por restricciones a la accesibilidad, no sólo geográfica sino también por negación implícita (listas de espera) o explícita (falta de recursos) del servicio, y calidad deteriorada. En el caso del hospital público, estos problemas están potenciados en comparación con la seguridad social.

Dentro del ámbito de los hospitales públicos las herramientas de administración de recursos humanos son precarias y obsoletas. Esto explica la reiteración de una imagen contradictoria: exceso de recursos humanos pero filas de espera para la atención de los usuarios. En el marco de responsabilidades diluidas se producen injustificables restricciones al acceso que impactan fuertemente sobre las personas de menores ingresos. Esto opera por diversas vías, por ejemplo, la lejanía producto de la concentración edilicia, filas de espera desde muy tempranas horas de la madrugada, ausentismo de los profesionales por la falta de organización interna y escaso cuidado en el trato al público. Además de la falta de accesibilidad, es frecuente que no se respeten criterios básicos de calidad, ni el cumplimiento de normas administrativas y médicas básicas (como la historia clínica). El resultado natural es que, salvando excepciones, a pesar de los recursos y esfuerzos que implica sostener los hospitales los resultados alcanzados desde el punto de vista del cuidado sanitario de la población son mediocres.

Al igual que con la seguridad social, abundan en las explicaciones de la crisis los argumentos que apuntan a la falta de recursos y la carencia de funcionarios honestos y competentes. Sin embargo, esto, en el mejor de los casos, son consecuencias y no causas de los problemas. Una aproximación más sólida y consistente de explicar la crisis del hospital público tiene que tomar como base las reglas de juego de la organización interna de estas instituciones y de la forma en que el hospital público se inserta en el sistema global de salud.

En la organización interna prevalecen los mecanismos de asignación de recursos basado en la centralización administrativa y los procedimientos públicos. Estos mecanismos resultan totalmente inconsistentes con una estructura de incentivos en favor de la buena gestión. La administración de los recursos humanos, las inversiones edilicias y tecnológicas, y la adquisición de los principales insumos médicos se hace directamente desde la autoridad central. Excepcionalmente, cuando lo puede hacer la dirección del hospital, el involucramiento de la autoridad central es decisivo. Los directores son forzados a operar como meros intermediarios, en el marco de tortuosas rutinas burocráticas, entre los requerimientos rutinarios de la administración hospitalaria y el centro de toma de decisiones (que es la autoridad sanitaria provincial). No deciden los ascensos ni las penalizaciones, los premios y los incentivos a los recursos humano, sólo se limitan a administrar en la medida de lo posible la planta de personal que viene determinada desde la autoridad central. También son muy limitadas sus posibilidades de gestionar la compra de insumos y mucho menos las decisiones en materia de inversiones.

La situación más ilustrativa de esta función de mero intermediador del director del hospital se da en los conflictos gremiales, donde su rol generalmente es reducido a transmitir a la autoridad central la demanda sindical y a los sindicatos las explicaciones dadas por la autoridad central. Difícilmente se observe que un director asuma la responsabilidad de

enfrentar el conflicto gremial, no por desidia ni incapacidad, sino por falta de herramientas para enfrentarlo. Lo mismo sucede con las necesidades de inversión. El director solicita a la autoridad central la necesidad de considerar, por ejemplo, la reparación edilicia de un sector del hospital o de un aparato médico, y luego su función se limita a insistir y esperar, deslindando sus responsabilidades.

Agrava las consecuencias de esta excesiva concentración de facultades administrativas en la autoridad central, lo burocrático e ineficiente que resultan las normas de procedimientos internas que prevalecen en el sector público. Todo requerimiento debe hacerse cumplimentando un gran número de formalidades que no mejoran el control y la transparencia pero sí limitan y entorpecen el acotado rango de acción que pueda tener un director de hospital. Es una "cultura del expediente" que abrumba cualquier iniciativa a favor de la producción o el mejor uso de los recursos.

La segunda regla de juego es la más dañina para el deterioro del hospital público y es su inserción en el sistema global de salud. Como resultado de un histórico proceso de decantación cultural, se cristalizó la idea de que el hospital público tiene las responsabilidades más amplias imaginables. Debe ser responsable por el cuidado integral de la salud, es decir, la promoción, la prevención y la atención médica en todos sus niveles, sin excluir responsabilidades de docencia e investigación, y además, debe serlo para toda la población en forma libre y gratuita. Para ello, el Estado le asigna un presupuesto, cuyo principal componente es la nómina salarial. Obviamente que el monto de recursos presupuestados dista mucho de ser coherente con semejantes responsabilidades.

Definir que el Estado financiará la salud pública como un subsidio a la oferta implica que los hospitales públicos actuarán como prestadores y no como seguros de salud. Al actuar como prestadores, no tienen una población asignada y su organización de recursos físicos y humanos está sesgada a las intervenciones en personas enfermas. Por ende, dirigir el presupuesto de salud pública a los hospitales naturalmente implica sub-invertir en promoción y prevención. Esta es una fuente de inequidad importante porque la falta de promoción y prevención afecta a toda la sociedad, pero en particular y con mayor fuerza, a los estratos poblaciones de menores ingresos que viven en ambientes muy degradados (casillas precarias, sin agua potable, sin calefacción, con piso de tierra, sin cloacas, sin electricidad).

Un ejemplo preciso de este error asignativo en el presupuesto para la salud pública es la Ciudad de Buenos Aires que cuenta con 16 hospitales de agudos en un ámbito geográfico de 200km² (más gráficamente, en promedio, habría un hospital cada 35 manzanas). Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil es mayor que la de Santiago de Chile que tiene un menor nivel socioeconómico de la población y menor infraestructura pública de salud¹².

Por otro lado, la consigna de que todas las personas tienen derecho al hospital público, independientemente de su cobertura, ha convertido al hospital en víctima de un perverso mecanismo de subsidio a la seguridad social y a los seguros privados. Como se vio en el

¹² En la Ciudad de Buenos Aires, entre 1995 y 1999, la tasa de mortalidad infantil osciló entre 10,3 y 14,3 por mil, con un valor promedio para el quinquenio de 12,3 por mil (Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires), mientras que en el mismo período, en Santiago de Chile la tasa de mortalidad infantil osciló entre 9,3 y 10,7 por mil, con un valor promedio de 9,9 (Estadísticas Demográficas. Instituto Nacional de Estadísticas).

diagnóstico de cada uno de los tipos de seguros sociales (obras sociales, incluyendo el INSSJP) la regla es que las ineficiencias de la seguridad social se manifiestan en usuarios insatisfechos que complementan o suplen la falta de cobertura con un plan privado o con el hospital público. En análogo sentido, cuando el plan privado deja de brindar la atención, el prestador de última instancia termina siendo el hospital público (Colina y Giordano, 1999). Hay evidencias muy concretas de esta perversa regla.

La encuesta de condiciones de vida del SIEMPRO de 2001 contiene datos sobre la cobertura de salud y preguntas sobre las consultas e internaciones realizadas en el hospital público en el último mes. Sobre una población representativa de 31 millones de habitantes urbanos la encuesta arroja que hubieron 2,7 millones de consultas en el hospital público en el último mes antes de realizarse y 1,1 millones de internaciones en el último año. 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 gente con cobertura. Esta es una evidencia de las magnitudes que alcanza el fenómeno de la utilización del hospital público por parte de gente con cobertura.

Cuadro 4. Utilización del hospital público por gente con cobertura de salud

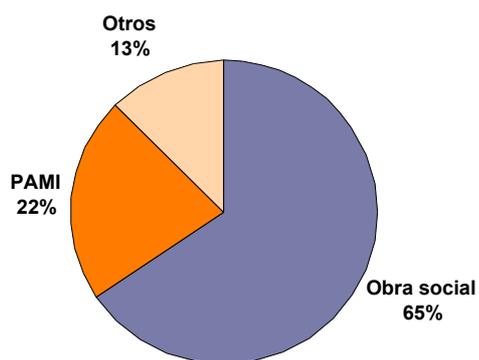
	Cobertura de la muestra	Consultas en el último mes ante de la encuesta	Internaciones en el último año
Población sin seguro	43%	76%	74%
Obra Social	40%	17%	17%
INSSJP	7%	5%	6%
Privada y doble cobertura	10%	2%	2%
Total	100%	100%	100%

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

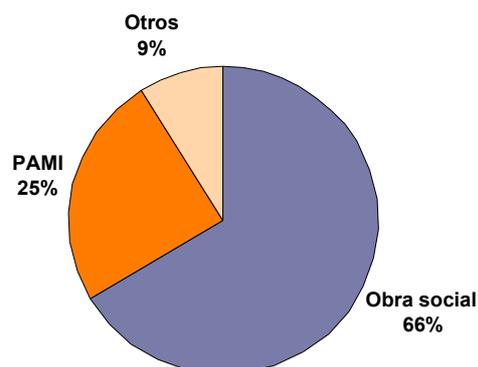
En la distribución interna de los consumos de personas con seguros según tipo de cobertura, un 65% de las consultas y las internaciones corresponde a personas cubiertas por una obra social, principalmente sindical o provincial. Le siguen en importancia el INSSJP con el 22% y 25% de consultas e internaciones respectivamente. Por último un 13% y 10% de consultas e internaciones de personas con seguros se refiere a afiliados a seguros privados y con doble cobertura (Gráfico 5).

Gráfico 5. Utilización del hospital público por parte de personas con seguros de salud según tipo de cobertura

Consultas



Internaciones



Fuente: elaboración propia en base SIEMPRO

El hecho de que se utilice el hospital público no necesariamente indica que los afiliados estén teniendo problemas de accesibilidad. Sin embargo, algunos aspectos sobre *la naturaleza* de esta demanda arroja evidencia de que, en principio, buena parte es producto de muy mala calidad o directamente ausencia de servicios por parte de los seguros de salud (ver Recuadro 7)

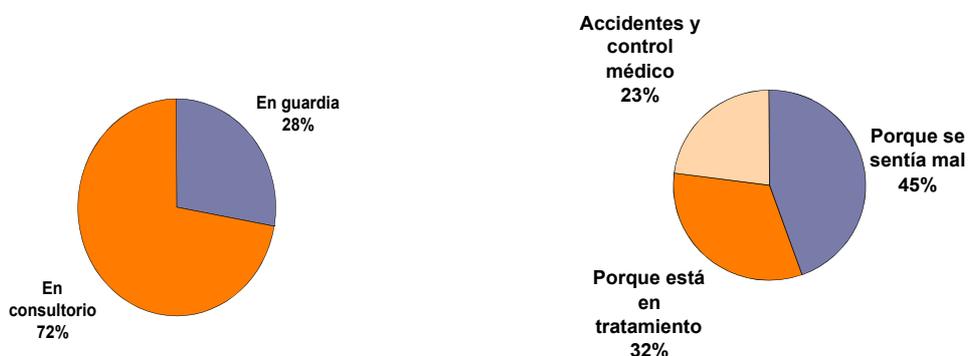
Recuadro 7

El hospital público al servicio de los seguros de salud

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 frecuente 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.

Nuevamente, esta demanda de estricta necesidad canalizada a través de una vía de atención con altas dificultades para el acceso, como son los hospitales públicos, induce a pensar que el hospital público es funcional a las ineficiencias de la seguridad social y, en menor medida, de los seguros privados. En la práctica opera como un prestador de última instancia colocando “parches” a las fallas de cobertura del sector asegurador (Gráfico 6).

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.

El 49% los hace por enfermedad, el 30% para operarse y el 10% por parto. Esta estructura de utilización es bastante parecida a la estructura de tasas de uso en internación estándar. Si estas personas no hubiesen tenido problema de cobertura en sus obras sociales, la estructura debería ser diferente ya que solo se harían en el hospital aquellas cuya gravedad no aconseja una derivación a

4. Conclusiones del diagnóstico

La Argentina tiene una larga tradición sanitaria con una vasta cobertura de la seguridad social, los seguros privados y el hospital público como garantes de atención. Tiene un importante sector prestador que en muchos casos acredita hasta prestigio internacional por su calidad médica y científica. Sin embargo, los resultados son muy desalentadores. Los logros insuficientes se reflejan, por un lado, por la insatisfacción de la gente que desde hace larga data observa que las coberturas son cada vez más limitadas, los costos de la atención cada vez mayores y la calidad cada vez menos confiable. Por el otro, por indicadores objetivos, aunque no exentos de cuestionamientos, sobre los pobres resultados del sector salud argentino.

Países latinoamericanos de similar condición de desarrollo social y gasto como porcentaje del PBI logran tasas de mortalidad infantil menores que Argentina, porcentajes de años de vida no saludable inferiores y posiciones más encumbradas en la evaluación sobre los sistemas de salud del mundo que desarrolló la Organización Mundial de la Salud. Las causas hay que buscarlas en las fallas de organización tanto en relación a la promoción y la prevención como a los mecanismos de provisión de los diferentes tipos de atención médica.

En la promoción y prevención, la regla es el divorcio entre el discurso y las acciones. Hay un consenso generalizado en el sector en torno a las ventajas de la promoción y la prevención, señalando a este tipo de acciones como las más costo-efectivas para reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y racionalizar el gasto en salud. Sin embargo, los datos muestran que la eficacia y la calidad de las intervenciones son bajas. Hay una marcada inequidad de la cobertura a nivel socio-económico y geográfico lo que, más allá de violentar criterios básico de consideraciones distributivas, aminoran el impacto de la intervención porque precisamente no llegan a la población de mayor riesgo y, por lo tanto, que más necesita de este tipo de intervención. Las fallas de cobertura en la provisión de agua potable, sistemas cloacales, controles e intervenciones preventivas durante el embarazo, parto y los primeros años de vida de los niños predominan, precisamente, entre las familias pobres e indigentes.

En el sistema de atención médica la imagen más visible parece ser la alta fragmentación institucional de sus seguros de salud y del hospital público. Las obras sociales sindicales y de personal de dirección conforman un espacio autonómico que no acepta la incorporación –al menos formal– de otros actores. Es más, hasta hay una clara segmentación entre el espacio que corresponde a las obras sociales sindicales del espacio de las obras sociales de personal de dirección. El INSSJP es el espacio autonómico para la cobertura de salud de los jubilados, aceptando sólo muy marginalmente la posibilidad de los usuarios de optar por una obra social, en general, bajo la filosofía de ser el sistema de origen. Las obras sociales provinciales son el ejemplo más extremo de aislacionismo, donde no existe ninguna opción para los usuarios y ninguna muestra de voluntad política de buscar alternativas de integración con otras obras sociales provinciales o con la seguridad social nacional.

El caso del hospital público es, probablemente, la conducta más segmentada de todas. Se maneja fuera de la lógica de un seguro de salud, bajo la concepción de un prestador médico que es financiado por el presupuesto público que aspira a brindar acciones de todo tipo

(promoción, prevención, atención de agudos y catastróficos), a cualquier persona que se lo solicite, con o sin cobertura de salud, y en forma integral y gratuita.

La realidad es que la fragmentación es sólo de tipo formal o institucional. En la práctica, lo que se da es una perversa interrelación en donde las fallas de cobertura de la seguridad social (obras sociales sindicales, el INSSJP y las obras sociales provinciales) devienen en una demanda adicional, financiada con gasto superpuesto de bolsillo de las familias, de los seguros privados y el hospital público. Y cuando en los seguros privados operan las limitaciones propias de este tipo de seguros (planes parciales, límites, topes, carencias y exclusiones), el hospital público en definitiva termina siendo el último eslabón de un equilibrio perverso al terminar operando como “prestador de última instancia”. Es el encargado de darle estabilidad al sistema supliendo las fallas más grave de cobertura producto de las reglas de juego ineficiente de la seguridad social y los seguros privados.

De esta forma, no debe extrañar que en el sistema de salud argentino la constante sea las fallas de cobertura, la mala atención y la calidad médica muy deteriorada, y hasta inexistente, y un hospital público sobre-exigido, sin posibilidades de respuestas, y donde la única explicación parece ser la falta de recursos. Esto sin contar que las personas antes de haber recurrido a él, han incurrido en cuantiosos gastos de bolsillos, adicionales a los que ya hicieron a través de impuestos al salario, para comprar un seguro privado parcial, pagar los copagos y los “plus” inesperados, los medicamentos que no entran en la cobertura y las prestaciones médicas que se prometen pero a la hora de la necesidad no se brindan.

Las explicaciones basadas en que lo que falta es decisión política para asignar más recursos y designar personas honestas y capaces son manifiestamente limitadas y en muchos casos simplistas. Un enfoque mucho más comprensivo de los factores que explican el mediocre desempeño del sector aparece cuando se analizan desprejuiciadamente las reglas de juego bajo las que operan los principales actores del sector.

Bajo esta lógica, en el próximo capítulo, se presenta un conjunto de lineamientos para la transformación del sector salud argentino a partir de nuevas reglas de juego. Se trata de producir estímulos lo suficientemente potentes como para inducir comportamientos que lleven a priorizar la satisfacción de la gente y la buena medicina.

Tercera Parte

Anexo 1

Las acciones de promoción y prevención en Argentina

a. Provisión de agua potable y red de residuos cloacales

En un estudio a nivel mundial realizado recientemente en Dinamarca, se señala entre sus conclusiones preliminares que más del 50% de la población de los países en desarrollo sufre uno o más problemas asociados con la mala condición del agua, y que se producen anualmente entre 1 y 2 millones de muertes al año producto de estas enfermedades, 90% de las cuales corresponden a niños menores a 5 años (The Copenhagen Consensus, 2004). Esto significa que, aun cuando el cambio social que se requiere para lograr mejorar el desarrollo social y el nivel de educación de la población y así disminuir las raíces de la mortalidad infantil es de un horizonte de largo plazo y con una agenda de políticas polémicas y complejas, en el corto plazo, desde el área de la salud pública, la contribución más importante es propender a universalizar la cobertura de agua potable y desagües cloacales.

En Argentina, el nivel de cobertura general de acceso al agua potable es de 88% de los hogares y el acceso a la red de desagües cloacales es de 67% (SIEMPRO, 2001). Se aprecia que la cobertura de agua potable no es óptima pero tampoco tan baja como la cobertura de desagües cloacales. Sin embargo, la falla está en la alta inequidad en la accesibilidad, desde el punto de vista social y geográfico.

La intervención del Estado en el tratamiento del agua se justifica por dos vías. En primer lugar, por ser la intervención de alta externalidad social positiva. En otras palabras, dejar su provisión a la sola iniciativa privada implica alcanzar apenas una cobertura sub-óptima, insuficiente para erradicar enfermedades asociadas a la falta de higiene y salubridad en el tratamiento del agua y los residuos fecales (Musgrove, 1996). En segundo lugar, porque el Estado debe atender a la población con mayor riesgo de mortalidad (los pobres e indigentes) y menores probabilidades de acceder por medios propios a la cobertura de agua sana.

Las fallas de intervención del Estado se presentan en el Cuadro A.1. Se observa que mientras los hogares no pobres tienen una accesibilidad al agua potable del 91%, la accesibilidad entre los hogares pobres e indigentes es de 82% y 78%, respectivamente. Pero la inequidad es mucho más crítica en el acceso a la red de desagües cloacales donde los hogares no pobres tienen una accesibilidad de 71%, mientras que la accesibilidad en los hogares pobres e indigentes es de un magro 45% y 43%, respectivamente. Esto dos últimos valores reflejan una cobertura manifiestamente insuficiente que explica en buena medida la prevalencia de una mayor probabilidad de muerte entre los pobres e indigentes.

Cuadro A.1. Accesibilidad a la promoción de la salud

Agua potable y desagües cloacales

	Red de Agua		Red cloacal	
	Posee	No posee	Posee	No posee
Indigentes	78%	22%	43%	57%
Pobres	82%	18%	45%	55%
No Pobres	91%	9%	71%	29%
TOTAL	88%	12%	63%	37%

Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

Desde el punto de vista de la distribución geográfica de la cobertura de agua potable y desagües cloacales, vale recordar que el arreglo institucional del país para este tipo de intervención está descentralizada en los gobiernos provinciales con intervenciones compensatorias del gobierno nacional (en teoría, para apuntar a compensar inequidades regionales). Sería de esperar entonces que la cobertura de agua potable y cloacas sea, o al menos tienda a ser, inversamente proporcional a la distribución regional de la mortalidad infantil. Es decir, la intervención de los gobiernos nacional y provinciales debería llevar a que la cobertura de promoción de salud tienda a equilibrar las disparidades de mortalidad infantil que se dan en las regiones más pobres del país.

Los Gráficos A.1 y A.2 muestran que en la realidad la intervención estatal no logra el objetivo. La distribución geográfica de la mortalidad infantil es claramente descendente desde las provincias del centro y norte del país hacia las provincias de la región pampeana y patagónica. La falta de agua potable y cloacas sigue exactamente la misma tendencia. Las provincias de menor desarrollo social y educacional, donde más se necesitan entonces de estas intervenciones de promoción de la salud, son las que albergan la mayor cantidad de hogares sin agua potable ni cloacas.

Gráfico A.1. Mortalidad infantil y cobertura de agua potable

Por provincia

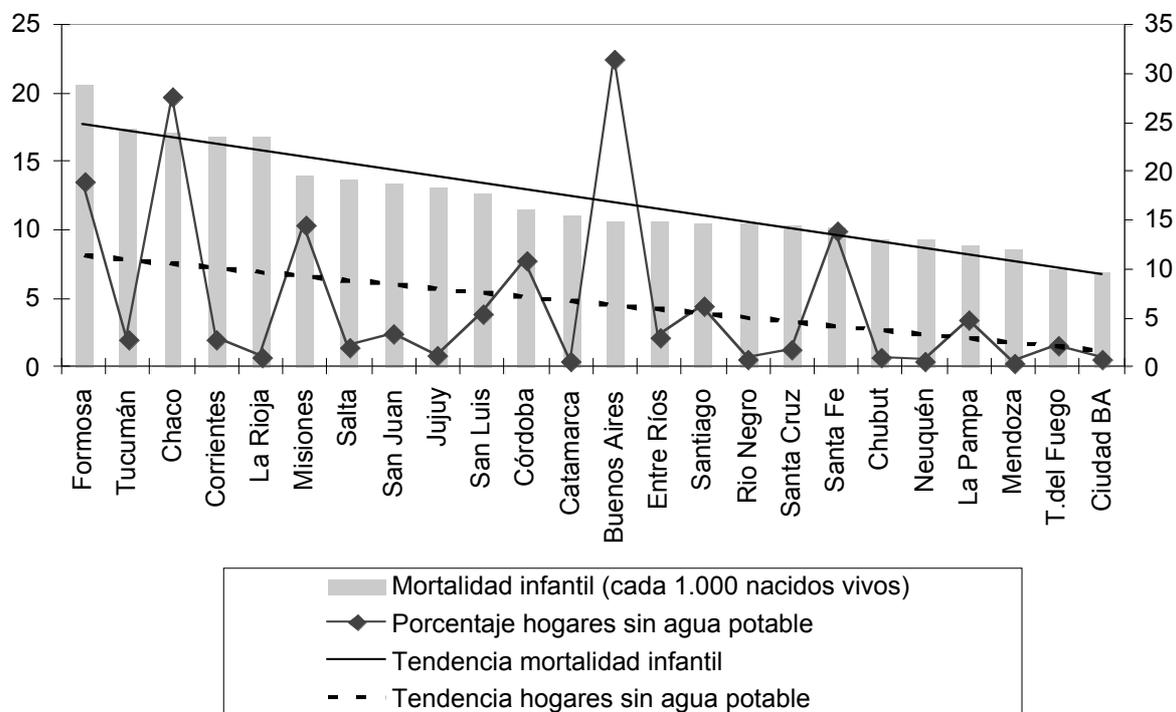
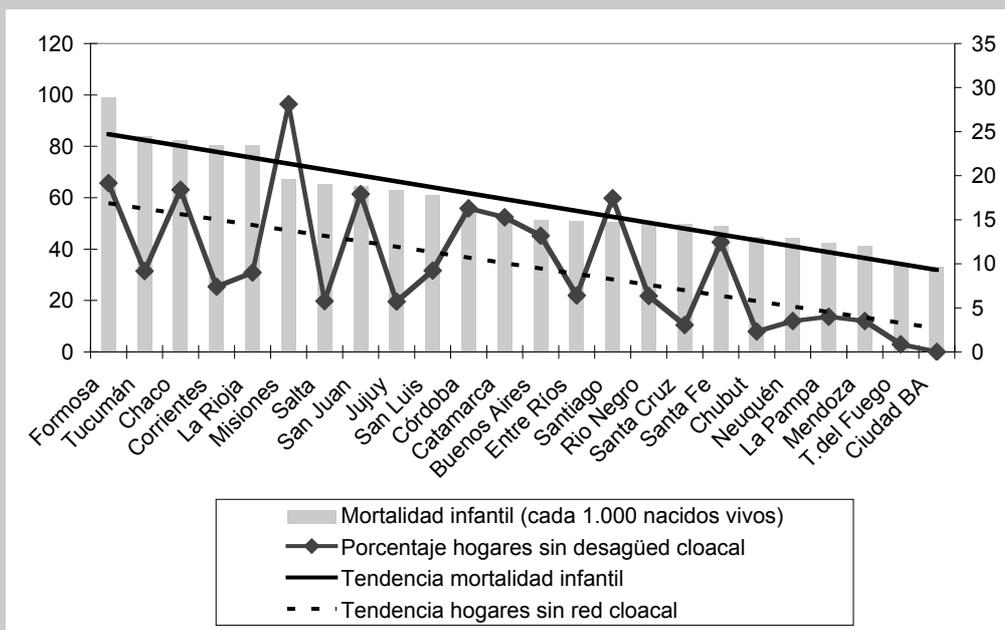


Gráfico A.2. Mortalidad infantil y cobertura cloacal

Por provincia



b. La atención preventiva de la mujer durante el embarazo y parto.

El segundo caso de interés para analizar las fallas del Estado en promoción y prevención de la salud son las acciones de prevención en las mujeres embarazadas. Se sabe que el 18% de la carga de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años se produce durante el embarazo y el parto.

Si bien la mortalidad de las embarazadas es menor que la mortalidad infantil, ya que ronda las 0,5 defunciones de mujeres por cada 1.000 niños nacidos vivos, mientras que la mortalidad infantil es de 16 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, la importancia de la mortalidad materna reside en que, entre sus causas, el 50% son evitables. Evidencia fuerte en este sentido es que entre los factores de muerte, en primer lugar, se encuentran las complicaciones de abortos provocados, con el 27% de las defunciones. En segundo lugar, las hemorragias con el 22% de las defunciones. O sea, 1 de cada 2 muertes es evitable con acciones de promoción y prevención que incluyen desde información para la salud reproductiva saludable, a fin de minimizar embarazos no deseados y tempranos hasta el cuidado de la alimentación y la ingesta de suplementos minerales durante el embarazo (hierro y otros minerales, ácido fólico, vitaminas y yodo) y atención médica apropiada al momento del aborto o el parto.

Otro rasgo que caracteriza la mortalidad materna es su mayor incidencia en las provincias pobres del interior. Formosa presenta una tasa de 16,6 por 10.000 nacidos vivos, La Rioja 11,1 y Jujuy 10,9, mientras que Ciudad de Buenos Aires presenta una tasa de 1,4, Chubut 1,3 y Entre Ríos 1,8.

En Argentina, el acceso al control de embarazo es prácticamente universal para cualquier nivel de estrato socio-económico de la población. El 98% de las mujeres con hijos menores a 2 años declara haber tenido al menos un control médico durante su embarazo (SIEMPRO, 2001). La inequidad se presenta cuando se observa la calidad de la intervención.

Para que el control sea efectivo, se requiere por lo menos entre 5 y 7 controles médicos durante todo el período de gestación (Cunningham y otros, 2001). En este punto es donde las fallas de la intervención estatal hacen que la accesibilidad para las mujeres pobres e indigentes se resienta. En promedio, el 85% de las mujeres recibió más de 5 controles médicos, es decir, sólo un 15% no habría recibido la cantidad de controles recomendada. Sin embargo, observando el comportamiento de las mujeres no pobres, se aprecia que sólo el 7% no recibió esta cantidad, mientras que en el caso de las mujeres pobres el porcentaje más que se duplica, llegando al 17%, y entre las mujeres indigentes, se cuadruplica, llegando al 29% (Cuadro A.2).

Otro indicador de calidad en acciones de prevención es la focalización con la que se asigna la distribución gratuita de la leche en polvo hacia las embarazadas. La focalización se entiende como una medida de calidad porque optimiza su efectividad. Una acción preventiva de alta efectividad en el embarazo es la ingesta de lácteos. Sin embargo, como la ingesta de lácteos en población adulta pobre, en general, no forma parte de la dieta diaria, al quedar embarazada, la mujer debe cambiar su patrón de consumo. Pero sus exigüos ingresos no le permiten o le dificultan realizar este cambio de patrón de consumo, con lo cual, es altamente probable que las madres pobres e indigentes que no reciben gratuitamente leche, terminen no consumiéndola. Si bien la intervención debería asegurar que toda la población materna en situación de gravidez consuma lácteos, la distribución gratuita debe focalizarse en la población pobre e indigente ya que la población no pobre tiene mayores medios y alternativas de acceder a ellos a través de vías alternativas.

En Argentina, la focalización en la distribución de leche gratuita para madres embarazadas es muy baja. En el caso de madres indigentes, donde es imprescindible que el Estado llegue con leche gratuita ya que las posibilidades de hacerlo por medios propios es bajísima, prácticamente la mitad (48% de las madres) no recibe la intervención. En el caso de las madres pobres, el segmento que no recibe la intervención es más de la mitad (57% de las madres). Mientras que un 33% de madres que no son pobres reciben leche gratuita en forma asidua. En términos absolutos, la magnitud de la falencia es más fácil de apreciar. Se trata de 193.000 madres indigentes y 230.000 madres pobres que no reciben leche en forma gratuita, y 279.000 madres no pobres que sí lo hacen (Cuadro A.2).

Cuadro A.2. Accesibilidad a la prevención en salud

Intervenciones durante el embarazo

	Total muestra	Realización de controles*		Cantidad de controles realizados*		Recepción gratuita de leche en polvo	
		Si	No	Entre 1 y 4	5 o más	Si	No
		Indigentes	404.971	97%	3%	29%	71%
Pobres	404.374	97%	3%	17%	83%	43%	57%
No Pobres	822.647	98%	2%	7%	93%	34%	66%
Total	1.631.992	98%	2%	15%	85%	41%	59%

* La muestra válida para estas dos variables es 1.291.105 ya que en 340.887 casos la madre no responde. La distribución según grupo socioeconómico excluyendo a las madres que no responden es: indigente, 323.583, pobre, 325.319, y no pobre 642.203.

Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

c. La atención médica a niños sanos menores de dos años

El tercer caso de interés son las intervenciones preventivas sobre niños sanos menores de 2 años. 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 durante el primer año es entre 12 y 15 visitas y durante el segundo entre 6 y 8 (Behrman y Kliegman, 2002). Los datos sobre cantidad de controles a niños sanos en Argentina no permiten hacer una apertura de edad entre menos de 1 año y entre 1 y 2 años, ya que se encuentran agrupados dentro de un segmento que abarca de 0 a 2 años. Sin embargo, es posible realizar algunas consideraciones en torno a la pertinencia con la que se ejecutan estas acciones de prevención.

Hay un 15% de niños menores de 2 años que no recibió ningún control en el último año previo a la encuesta de hogares del SIEMPRO, por lo tanto, un 85% ha recibido al menos un control médico (SIEMPRO, 2001). Observando la accesibilidad según nivel socioeconómico del hogar, en el caso de las familias indigentes, el 21% de los niños no ha recibido control médico alguno en el último año, un 19% en el caso de los niños de hogares pobres y un 10% en familias no pobres.

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. Teniendo en consideración que el población se compone de niños de entre 1 y 2 años, la cantidad promedio mínima de controles que razonablemente se debe esperar sería mayor a 6 lo que hace pensar que más del 60% de los niños en la primera infancia no está recibiendo en forma apropiada estas vitales acciones de prevención de la salud (Cuadro A.3).

Cuadro A.3. Accesibilidad a la prevención en salud

Control del niño sano

	Recibió control en el último año		Cantidad de controles			
	No	Si	1 vez	2 veces	3 a 6 veces	Más de 6 veces

Indigentes	21%	79%	14%	16%	36%	34%
Pobres	19%	81%	12%	14%	37%	37%
No Pobres	10%	90%	12%	12%	33%	43%
Total	15%	85%	12%	14%	35%	39%

Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

Tercera parte

Anexo 2

El problema de los medicamentos en la Argentina.

Uno de los problemas que no se puede dejar de mencionar en el sector salud argentino es el de la producción, distribución y comercialización de productos farmacéuticos. En Argentina, el análisis de los medicamentos es un tema con entidad propia cuya complejidad hace que, en general, supere los límites de los análisis sectoriales que se hacen del sector salud. Sin embargo, es ineludible señalar, al menos, algunos de los principales elementos que hacen a su evolución y su naturaleza actual, y que explican en cierta forma la constante preocupación de la población por lo costoso que resulta comprar medicamentos cuando se presenta la necesidad.

El problema tiene un doble cariz. Por un lado, en los últimos 15 años, los cuales estuvieron caracterizados por la estabilidad de precios con tasas de inflación muy próximas a cero –sólo los años más recientes se han visto afectados por inestabilidad de precios domésticos–, los medicamentos han experimentado aumentos muy desproporcionados con relación al índice general precios. Al punto tal que ha provocado una visible disminución a la accesibilidad, en especial, para los sectores más pobres de la población, y ha hecho de los remedios uno de los principales componentes del gasto de bolsillo de los hogares. Desde esta perspectiva, el problema tiene un claro impacto sanitario sobre la población.

Por otro lado, como el país tiene un desarrollado y complejo polo industrial de laboratorios, extranjeros y nacionales, con ramificaciones en toda una vasta e igualmente compleja estructura de distribución y comercialización de droguerías y farmacias, los análisis de los medicamentos necesariamente se involucran en cuestiones referidas a políticas industriales, conductas monopolísticas, investigación y desarrollo, y otros aspectos muchas veces más relacionados con temas de organización industrial que con aspectos sanitarios de los remedios. Esta perspectiva tiene una relación indirecta con los impactos sanitarios a partir de los efectos sobre la calidad de los productos y los precios.

Tradicionalmente, la población accede a los medicamentos mediante un esquema de financiamiento compartido entre gasto de bolsillo y reconocimiento de un porcentaje del precio por parte del financiador, que puede ser una obra social o una empresa de medicina prepaga. Hasta la década de los ochenta, el esquema de producción y distribución era tradicional, en términos de que se trataba de una cadena de eslabonamientos conformada por laboratorio, droguería, farmacia y usuarios, donde el financiador actuaba como copartícipe del gasto que el usuario realizaba en la farmacia.

A partir de la década de los noventa, se presentaron algunos factores que llevaron a una modificación estructural de todo este esquema. En primer lugar, el esquema de distribución tenía como eje al médico prescriptor, que era quién determinaba la demanda de medicamentos, junto con una arraigada tradición de vademecums abiertos, esto es, listados de medicamentos reconocidos por los financiadores para el cofinanciamiento con el usuario sin mayores restricciones para la incorporación de nuevos productos. Los problemas propios de la salud de falta de soberanía del consumidor, fallas de información y el efecto no deseado que causa la existencia de un tercer pagador, llevó a que el gasto de medicamentos en que incurrieran los financiadores (y los usuarios) superara los límites que los financiadores estaban dispuestos a aceptar co-financiar. Los financiadores recurrieron entonces a procurar racionalizar la demanda mediante vademecums cerrados, o sea, listas acotadas a ser reconocidos para el co-financiamiento y la reducción de la cantidad de médicos autorizados a prescribir. Esto dio lugar al florecimiento de las mandatarias que son redes de farmacias con un gerenciamiento centralizado que ofrecen a los financiadores contratos de riesgo, o sea, contratos donde el financiador paga una suma fija y la mandataria se encarga de administrar la demanda de medicamentos de forma tal de evitar que el gasto supere la suma estipulada. Desde esta perspectiva, la mandataria agrega valor a la cadena tradicional incorporando gestión para racionalizar el gasto en medicamentos.

En segundo lugar, las reformas económicas de mercado de aquella época incorporaron en la agenda del sector la necesidad de profundizar la competencia como forma de controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos, iniciando así un largo proceso que se hará efectivo una década después con la incorporación de la prescripción por genéricos en lugar de la marca comercial del medicamento. La prescripción por marca

comercial es lo que, en cierta forma, permite mantener la incorporación de nuevos productos con precios crecientes sin que por ello –aunque sobre esto hay mucha polémica– la mejora en la calidad del nuevo producto sea proporcional. Por esto es que los defensores de la política de prescripción por genéricos apoyan su tesis desde una postura de costo-efectividad sosteniendo que el mayor precio no justifica la mejora proporcionalmente menor de la calidad. La tendencia, aunque incipiente, entre las autoridades políticas en torno a la conveniencia de los genéricos como factor de control de precios abrió una amenaza para los laboratorios, tanto nacionales como extranjeros, que explotaban principalmente la venta a través de marcas.

En tercer lugar, las reformas de mercado vinieron de la mano de una mayor inserción internacional lo que trajo la necesidad de armonizar las regulaciones nacionales con las internacionales en lo que se refería a derechos sobre patentes. Esto puso en evidencia un problema tapado hasta ese momento en la industria farmacéutica argentina. Los laboratorios nacionales habían logrado un importante desarrollo industrial y no pagaban derechos de patentes a los laboratorios extranjeros, lo que los colocaba en una situación de amenaza adicional al lento avance del genérico.

Si bien hubieron otros aspectos probablemente tan importantes como los señalados y un muy complejo juego de intereses cuyo análisis supera los alcances de este estudio, estos tres factores generaron una reacción protectora en los laboratorios de medicamentos que, más allá de consideraciones valorativas, resultó definitivamente exitosa en términos de mantener un creciente volumen de ventas, en un entorno de fuertes reajustes y de uso racional del gasto en salud producto de una masiva incorporación de técnicas de gerenciamiento entre los financiadores.

Las acciones de los laboratorios apuntaron a avanzar sobre la propiedad de los canales de comercialización dominando, en primer término, el segmento de las droguerías, y posteriormente, el de las mandatarias de medicamentos¹³. La estrategia de avanzar sobre la función de mandataria, implícitamente, aceptaba la demanda de los financiadores por mayor gestión en el gasto en medicamentos, y a la vez, convertía esta necesidad en una oportunidad para ordenar la distribución del mercado de fármacos entre los laboratorios a fin de que todos, en mayor o menor medida, puedan continuar desarrollando sus negocios basados en marcas comerciales.

La función de mandataria permitió a la industria mantener los vademecum relativamente abiertos, respetando las marcas comerciales y ordenando la participación de cada laboratorio dentro de dichos vademécum, que incorporaba sus marcas con diferentes niveles de descuentos en función de sus respectivas políticas comerciales, lo cual a su vez facilitaba el control del gasto. Esto fue una efectiva forma de aminorar la amenaza latente de los dirigentes políticos de promover la prescripción por genéricos y, a la vez, hacer una administración racional a nivel de toda la industria en la explotación de las marcas comerciales.

Jugó a favor el hecho de que recién a mediados de la década se sancionó la ley de patentes y que se otorgó un periodo de gracias para su efectivo cumplimiento por parte de los laboratorios nacionales hasta el año 2000. La postergación de la plena vigencia de la ley de patentes para la industria de fármacos postergó lo que de otro modo hubiese sido una contradicción de intereses más encontrada de lo que fue entre laboratorios nacionales y extranjeros. De esta forma, se facilitó la confluencia de intereses a favor de la estrategia de ir todos juntos a desarrollar funciones de comercialización y gestión como mandatarias para proteger los vademecum semi-abiertos y la prescripción por marcas.

Los financiadores obtuvieron beneficios de esta estrategia de la industria ya que obtuvieron el control del gasto y mantuvieron la prescripción por marcas con vademecums relativamente variados y abiertos, algo que es especialmente importante para las empresas de medicina prepaga donde los médicos y usuarios son fuertes demandantes de marcas y donde la satisfacción del cliente es decisiva. En cambio, no lo fue tanto para las obras sociales donde la incorporación de restricciones a la accesibilidad son más fáciles de instrumentar, aunque no por ello se dejaron de ver beneficiadas.

Un hecho señero e ilustrativo de esta estrategia es el contrato que la industria de los productores de medicamentos ejecutaron con el INSSJP que es, precisamente, el principal demandante institucional de

¹³ Una anécdota que evidencia esta estrategia es que una de las mandatarias propiedad de un grupo reducido de laboratorios abrió su capital al resto de los laboratorios con el fin de hacer extensiva su propiedad a la mayor parte de los actores productores de fármacos.

medicamentos con su plan médico para casi 4 millones de jubilados y pensionados el cual prevé la provisión de medicamentos ambulatorios. Este contrato está diseñado sobre un pago fijo de aproximadamente 28 millones de pesos mensuales (a precios de 1998) por parte del INSSJP y donde los laboratorios se comprometen a gestionar dichos recursos con vademécums semi-abiertos y manteniendo la prescripción por marcas. Los laboratorios, por su parte, incorporan sus productos en el vademecum compitiendo a través del ofrecimiento de diferentes niveles de descuentos.

A finales del 2001, luego de diez años de estabilidad, los precios de los medicamentos fueron casi una excepción al haber aumentado de una forma muy visible. Algunos cálculos arrojan que el precio medio entre 1991 – 2000 llegó a crecer un 124% en dólares, y aún medido en moneda doméstica en términos constantes de forma tal de neutralizar el efecto de apreciación cambiaria, el crecimiento es igualmente importante ubicándose en un 59% (Panadeiros y Urbiztondo, 2002). En la sociedad, el efecto fue notablemente sentido por la población que observaba cómo se hacía cada vez más difícil poder comprar medicamentos, aun inclusive, con los descuentos que recibían aquellos con cobertura de una obra social o una empresa de medicina prepaga.

En el 2002, en medio de la profunda crisis social donde los índices de pobreza superaron el 50% de la población, el precio de los medicamentos no hacía posible que la gran mayoría la gente pudiera comprarlos, lo que obligó a dar pasos concretos hacia la prescripción por genéricos. Desde ese año hasta el presente, los genéricos son una alternativa para la población de menor nivel de ingreso. La función de prescriptor ha sido desplazada, en cierta forma, desde el médico hacia el farmacéutico quién ahora influye en la decisión del usuario ofreciendo distintas alternativas, no solo de genéricos, sino también de marcas. En este sentido, pareciera que el haber avanzado sobre la cadena de comercialización les permitió a los fabricantes de medicamentos poder llegar hasta el farmacéutico, de forma tal de aplicar políticas de descuentos e incentivos directamente en el punto de venta lo que les permite competir con efectividad con el uso del genérico.

Hasta ahora las ventas de genéricos se ubican, aproximadamente, en 15% de las ventas totales de medicamentos, promovidos fuertemente por la campaña de las autoridades nacionales y, en especial, por su plan asistencial (Remediar). A través de este Programa se asignan más de 100 millones de pesos anuales a la compra directa de genéricos por parte del Estado nacional para su distribución gratuita en centros de atención primaria del nivel provincial y municipal.

En Argentina queda pendiente todavía buscar evidencias más concretas y robustas que expliquen qué factores condujeron a este crecimiento tan importante de los precios de los medicamentos. Un hecho que llama la atención es que el Programa Médico Obligatorio que fija el plan de salud para la seguridad social y que, en cierta forma, actúa como un plan de referencia para muchos planes de empresas de medicina prepaga, junto a los planes de cobertura que se comprometen a dar el INSSJP y las obras sociales provinciales, establecen como cobertura mínima a ser otorgada por los financiadores el reconocimiento de un 40% del precio final del medicamento.

Esto llevaría a pensar que los financiadores deberían manifestar problemas de falta de control de gasto en medicamento tan intensos como los manifiestan, casi sin excepción, los usuarios argentinos, que perciben que los remedios en Argentina son, por lejos, los bienes más costosos de comprar. Sin embargo, aunque no hay suficiente evidencia al respecto, no parece que el gasto en medicamento para los financiadores sea algo que haya superado sus posibilidades ni siquiera en estas últimas épocas donde los ingresos de muchos financiadores han sido diezmos por la crisis económica. Una posibilidad a ser indagada en futuras investigaciones es que el aumento de los precios ha sido de tal magnitud que ha absorbido gran parte de este 40% que, en teoría, los financiadores deberían financiar.

En otras palabras, podría estar sucediendo, aunque se necesita evidencia para afirmarlo, que los precios de los medicamentos, o al menos, gran parte de ellos, han ido creciendo progresivamente hasta llegar a un nivel en que son lo suficientemente altos como para mantener su rentabilidad aún asumiendo gran parte del 40% que los financiadores, en teoría, deberían cubrir. Pero éstas son hipótesis que quedan por estudiar.

Cuarta parte

Propuestas para la transformación del sistema de salud argentino

1. Lineamientos

Hay evidencia bastante sólida de que se podrían mejorar los resultados sanitarios a partir de una administración más racional de los recursos. Para esto es necesario repensar con una actitud desprejuiciada la organización del sector. En este plano, más importante que definir objetivos, que ya son compartidos, es consensuar un conjunto de instrumentos que establezcan una estructura de incentivos más consistentes con esos objetivos. La dinámica reciente del sector muestra ejemplos contundentes de que declamar objetivos sin instrumentar herramientas adecuadas termina en mero voluntarismo.

En la prolongada y profunda crisis que vive el sector se entremezclan una gran cantidad de factores. Dentro de ellos, caben destacar tres, cuya importancia es decisiva en esta organización poco eficiente e inequitativa de asignación de recursos:

- Mientras que la letra de la Constitución Nacional y de las constituciones provinciales incorporan un esquema claro y descentralizado de funciones, en la práctica, el sector salud funciona bajo criterios muchos más ambiguos, centralizados y con responsabilidades diluidas.
- Los niveles de segmentación son el reflejo de la consolidación de espacios de poder que se manejan con muy alta autonomía. Las obras sociales nacionales se resisten a la integración de nuevos tipos de seguros a su sistema; el INSSJP ejerce una fuerte presión política por evitar la libertad de sus afiliados por opciones alternativas; las empresas de medicina prepaga se niegan a ser incorporadas dentro de cualquier marco sistémico de regulación y funcionamiento; las obras sociales provinciales no aspiran a integrarse a la seguridad nacional ni a formar parte de ningún sistema formal; los hospitales públicos tienen una histórica inercia a quedarse en el rol de prestadores de acceso universal y gratuito financiados con presupuesto público.
- A todos los actores (obras sociales sindicales, INSSJP, empresas de medicina prepaga y obras sociales provinciales) les es funcional que el hospital público actúe como prestador gratuito y universal, de última instancia y financiado con rentas generales. De esta forma, el hospital pone “parches” a las ineficiencias e inequidades de los seguros, tanto de la seguridad social como los privados. A su vez, el esquema de subsidio a la oferta con procedimientos públicos es funcional a las entidades gremiales de profesionales y de empleados de los hospitales, ya que el no estar expuestos a mecanismos competitivos sus ingresos no están condicionados a resultados sino a la puja distributiva donde la variable de ajuste es la prestación. Este equilibrio sería inestable si los dirigentes políticos, en defensa de los usuarios, tendieran a romper esta confluencia de intereses. Sin embargo, como la salud es el bien máspreciado de la población y está asociado –erróneamente– con la medicina, la imagen de financiar con fondos públicos un prestador médico de “puertas abiertas” es muy atractivo desde el punto de vista electoral. Con lo cual, el esquema no es

inestable sino de una perversa articulación. Si el hospital público no operara como prestador de última instancia, la repetición de situaciones de desamparo en la que caería mucha población teóricamente cubierta por los seguros de salud, motorizarían la conciencia sobre la necesidad de reformas. Sin embargo, el hospital público es el actor que contribuye a un equilibrio estable, pero altamente perverso, al hacerse cargo de las ineficiencias e iniquidades que producen los otros actores.

Estos tres factores definen las áreas a donde apuntar las reformas para una asignación más eficiente y equitativa de los recursos. Sin embargo, desde el punto de vista de la viabilidad política, es en estas áreas donde también se encuentran resistencia extremadamente firmes y robustas. Las reformas, para tener algún viso de realismo, no sólo requieren resolver complejos temas técnicos sino también tener en cuenta la forma en que operan los poderosos intereses en juego.

Los *principios rectores* que deberían liderar la reforma no son otros que los contemplados en la Constitución Nacional, más precisamente:

- Incorporar mecanismos democráticos reconociendo a la gente el poder de elegir.
- Asignar funciones dentro del Estado respetando la organización federal.
- Establecer reglas de mercado estables, transparentes y con competencia regulada para que la satisfacción del usuario sea la fuerza que dinamice el sistema de salud y lo saque de este estado de equilibrio estable y perverso.

La aplicación de estos principios en las tres grandes áreas de acción sanitaria –promoción y prevención, atención de enfermedades agudas y atención de enfermedades catastróficas– constituyen una estrategia transformadora para generar impactos relevantes sobre la organización del sector. Además, no sólo que es coherente con un estado democrático y federal, sino que tiene la capacidad para inducir comportamientos coherentes con los objetivos de eficiencia y equidad.

2. Las acciones

2.1. Promoción y prevención

Es muy importante redistribuir las funciones, los recursos y las responsabilidades tomando como criterio básico la estructura federal que adoptó la Argentina desde el mismo momento de su constitución como nación. Las provincias deben ser las únicas ejecutoras de las funciones de regulación, financiamiento y provisión de programas de promoción y prevención. Deben ser ellas las responsables por los resultados en torno a calidad de vida, mortalidad materno-infantil y prevención de enfermedades de su propia población. En este sentido, debe ser las únicas destinatarias de las facultades para administrar los recursos y establecer las estrategias.

El rol del Estado nacional debe circunscribirse a ser el vigía sanitario que ponga en evidencia a todos los habitantes del país los resultados de cada provincia en el cumplimiento de estos objetivos. Se trata fundamentalmente de asumir funciones de generación, difusión

y análisis de información sanitaria. El Ministerio de Salud nacional, cuya estructura es en gran parte una inercia de cuando de él dependían los hospitales públicos, debe refundarse en un nuevo ente ya que por tamaño y perfil no se adapta al nuevo esquema de funciones que no involucra la ejecución de acciones.

Un esquema de este tipo genera una mejor estructura de incentivos porque elimina superposiciones, vacíos y ambigüedad de responsabilidades. Cada gobierno provincial debe ser el único responsable por los resultados sanitarios alcanzados. De esta manera, será más fácil que los electores puedan evaluar su desempeño como gestor de la inversión en promoción y prevención de la salud. Contar con información comparativa de otras provincias permitirá un mejor monitoreo de la gestión de cada gobierno por parte de la población.

Obviamente que esto no garantiza que no ocurran situaciones no deseables de alta connotación y costo social en algunas regiones del país. A la luz de los antecedentes recientes, esto es más probable en regiones de menor desarrollo relativo y con menor cultura democrática, que es precisamente donde más se necesita de buenas intervenciones de promoción y prevención de la salud.

Para contemplar estas situaciones habría que generar un mecanismo de intervención por excepción. El financiamiento de estas intervenciones debería realizarse con fondos aportados por las propias provincias (es decir, no serían fondos federales ya que todos los fondos para promoción y prevención estarían en manos de las provincias) en proporción al tamaño de cada una. Las decisiones estratégicas –básicamente el tamaño y la naturaleza de la intervención– deberían ser tomadas por un consejo federal que tenga una estructura pequeña y dinámica, y en el que el poder de decisión de cada provincia sea proporcional a los aportes realizados. Dado que estas intervenciones se financiarán con recursos aportados por cada provincia habrá incentivos para que las intervenciones sean acotadas, de alto impacto y temporales, a diferencia del esquema actual, donde todos presionan por los fondos federales.

En síntesis, la transformación que se propone implica incorporar en los hechos la vocación federalista. El Estado Nacional se concentra en cumplir el rol de agencia de información sanitaria y los estados provinciales –con los acuerdos que consideren pertinentes con sus municipios– administrarán los recursos y deberán responsabilizarse por los resultados. Para situaciones extremas se propone un esquema de solidaridad interprovincial, es decir, cada provincia sacrifica una porción menor de sus recursos para cubrir situaciones especiales. Coherente con esta fuente de financiamiento, serán las propias provincias a través de un órgano colegiado las que decidan el tipo y la profundidad de estas intervenciones extraordinarias.

2.2. Atención médica de agudos

2.2.1. El modelo financiador

No es necesario asumir la transformación drástica del tradicional modelo aplicado en el país de combinar impuestos al trabajo, presupuesto público y gasto de bolsillo. Las reformas de alto impacto y políticamente sensibles deben focalizarse en los mecanismos de asignación.

Una primera área de reforma –probablemente la más importante– requiere cambiar la filosofía en la administración de los recursos públicos destinados a los hospitales, desde un esquema de subsidio a la oferta a otro centrado en subsidiar la demanda. Esto exige identificar a la población que por su condición de actividad y situación socio-laboral no accede a un seguro de salud para financiar con fondos públicos el costo de su seguro. El impacto expansivo sobre el gasto público sería compensado con la transformación de los hospitales en entidades autónomas, con personería jurídica propia y autofinanciadas a través de la venta de servicios. Si bien se requiere de una compleja estimación sobre los impactos fiscales del cambio, hay argumentos que permiten intuir su viabilidad financiera.

En la actualidad el presupuesto público destinado a los hospitales cubre las necesidades de atención médica de estas personas y adicionalmente de muchas otras que supuestamente están cubiertas por los seguros de salud. En la sección del diagnóstico se presentó alguna evidencia preliminar en torno a que alrededor de tres cuartas partes del presupuesto es destinado a la finalidad genuina, mientras que el resto es para cubrir déficits de los seguros sociales y privados. Si este desvío de fondos se elimina y además se producen mejoras en la administración de los recursos –dadas por las posibilidades que brinda la autonomía de gestión–, con una magnitud análoga a la que actualmente se invierte en el hospital público se podría brindar al segmento de la población que hoy está sin cobertura un conjunto de servicios atención médica significativamente mejor.

Obviamente que en una transformación de esta envergadura subyacen problemas técnicos y políticos de extrema complejidad. Se trata de reformas que demandan una alta inversión de capital político y técnico y que requieren el cuidadoso diseño de la transición. La contrapartida es que tiene potencial como para producir impactos muy relevantes sobre la calidad de vida de los segmentos más vulnerables de la sociedad.

El segundo gran cambio es introducir en la seguridad social el concepto de cápita portable. Los recursos no son propiedad de los seguros de salud sino de los afiliados. Por lo tanto, la cautividad de la afiliación –poderosa fuente de ineficiencia y propia de estilos políticos autoritarios– tiene que ser sustituida por la libertad de elección. Esto no sólo es más democrático sino que adecuadamente instrumentada genera incentivos consistentes con una administración más racional de los recursos. Para que esto ocurra la cápita portable tiene que ser suficiente e incorporar mecanismos de ajuste por riesgo.

Por último, desde el punto de vista de los canales de financiamiento es preciso cuidar la definición de coseguros y copagos de manera que no generen barreras de acceso para la población de bajos recursos. Entre los hogares de ingresos medios y altos, el financiamiento complementario de la atención médica a través del presupuesto familiar forma parte del menú de opciones para administrar su consumo. Pero entre los de bajos ingresos puede ser un factor de inequidades o, peor aun, de fuerte barrera al acceso a coberturas básicas.

2.2.2. El modelo asegurador

La Constitución Nacional asigna al Estado nacional la responsabilidad de organizar la seguridad social de los trabajadores activos y pasivos del sector privado y público nacional. Se trata de un área de importancia estratégica dada la magnitud que representa dentro del

modelo asegurador del sector salud argentino. El conjunto de transformaciones necesarias en esta área deben inspirarse en los principios de libertad de elección, cápitas portables ajustadas por riesgo y competencia regulada y transparente. Para llevar a la práctica estos principios, es necesario avanzar hacia un mayor nivel de integración como alternativa a la fuerte segmentación prevaleciente en la actualidad.

Para aplicar con éxito estos criterios, es necesario un diseño innovativo porque entre los diferentes tipos de seguro hay una fuerte vocación de autonomía. No sólo operan los intereses en juego sino también las profundas diferencias institucionales y del tipo de población cubierta. Ante este panorama es importante que una única dependencia federal –la Superintendencia de Servicios de Salud– asuma plenamente las funciones de regulación y fiscalización sobre todas las entidades que desarrollen funciones de seguro de salud, pero a la vez, es necesario contemplar especificidades en los marcos regulatorios según la tipología de seguro. La más obvia es reconocer las grandes diferencias regulatorias entre los seguros de afiliación obligatoria y los seguros de afiliación voluntaria. En este sentido, hay que considerar que en planes voluntarios no es recomendable establecer ciertas prohibiciones que planes coercitivos pueden ser plausibles, como por ejemplo, las carencias y las exclusiones. Se trata de lograr reglas que equilibren el derecho de los consumidores con la necesidad de proteger la estabilidad financiera de los seguros.

La idea es crear un sistema nacional de seguros de salud bajo la responsabilidad de un único ente rector integrado por subsistemas que compartan algunas reglas básicas comunes, mientras que otras serán específicamente diseñadas en función de las características y naturaleza de los planes producidos. Las principales reglas básicas comunes deberían ser el respeto de la libertad de las personas a elegir, la competencia regulada y la consistencia actuarial.

Para que la libertad de elección, la competencia y la consistencia actuarial sean posibles se requiere un diseño institucional que divida con claridad los mecanismos de atención de enfermedades agudas, por un lado, de los destinados a la atención de enfermedades catastróficas, por el otro.

El primero será un paquete de prestaciones para la atención ambulatoria y de internación de primer, segundo y las prácticas básicas del tercer nivel. Se financiará con cápitas portables, es decir, una cápita que cada persona tiene asignada y que traslada consigo cada vez que ejerce su opción de cambiar de seguro. El segundo mecanismo, en cambio, es un paquete de prestaciones con tratamientos ambulatorios y de internación destinados a la atención sólo de las enfermedades catastróficas y su financiamiento no será con cápita portable, sino con un sistema de reparto que cubrirá a las personas independientemente del tipo de seguro y la obra social o compañía a la que estén afiliadas.

La correcta división entre estos dos mecanismos de atención de enfermedades de distinta naturaleza 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 que la gente más demanda, y por las cuales está más motivada a elegir, y por las que menos incentivos tienen las compañías a discriminar a las personas de mayor riesgo. Bajo ciertas condiciones de accesibilidad en las prestaciones, es posible asegurar prestaciones financiadas con cápita

portable a precios bastante consistentes con los ingresos per cápita actualmente disponibles, incluso para la población en situación más desfavorable.

Merecen un tratamiento diferente la gestión de las prestaciones donde el riesgo se compone de casos de baja frecuencia pero muy alto costo. Se trata de situaciones donde se agudizan los incentivos de los seguro de salud a discriminar a las personas de mayor riesgo ya que detinar recursos a realizar operaciones del “descreme” resulta no sólo operativamente factible sino muy rentables. Por ello, se propone financiar este tipo de prestaciones mediante un esquema de reparto, donde todas las personas solidariamente financian con una pequeña contribución a las pocas personas que requieren de un financiamiento de gran magnitud. Así, separando las prestaciones más usuales por las que el mercado compite de aquellas que son catastróficas para la viabilidad de las aseguradoras, los incentivos a discriminar a las personas de mayores riesgos no desaparecen pero al menos se diluyen en forma sustantiva.

En este contexto, dentro de lo que serán las prestaciones para la atención de enfermedades agudas, y en el marco de los principios de libertad de elección, competencia regulada y consistencia actuarial, las especificidades del marco regulatorio dividiría el sistema en un sub-sistema de planes de salud coercitivos y un sub-sistema de planes de salud voluntarios.

El sub-sistema de planes de salud coercitivos

Los planes de salud coercitivos comprenden los planes de la seguridad social. La diferencia conceptual de enfocar la regulación en lo que son los planes de salud en lugar de los tipos de entidad que los ofrecen –como ocurre en la actualidad– es que las reglas de juego son más integradoras y consistentes. La idea subyacente en la propuesta es que regulación proteja a las personas que tienen un plan de salud coercitivo, independientemente de quién le brinde el servicio, ya sea, una obra social o una empresa de medicina prepaga. Esto evita la actual situación donde, por ejemplo, un beneficiario de la seguridad social está protegido por la regulación cuando una obra social comete una arbitrariedad pero deja de estar protegido si es una empresa de medicina prepaga es la que comete la falta.

De esta forma, toda persona jurídica de cualquier naturaleza puede brindar servicios de seguros de salud dentro del sub-sistema de planes coercitivos. Para ello, la condición es cumplir con el marco regulatorio de competencia que involucraría los siguientes aspectos, como básicos:

- Una definición actualizada y con la mayor precisión posible del paquete básico de prestaciones y pautas para la oferta de servicios adicionales.
- Mecanismos ágiles y transparentes de difusión masiva de información para facilitar la comparación de planes de salud, costos, solvencia de las instituciones y el historial de reclamos y denuncias contra las instituciones.
- Mecanismos ágiles para recibir y canalizar denuncias de los usuarios y resolver conflictos entre los usuarios y las instituciones.
- Prohibición de rechazar afiliados como así también prohibición de establecer carencias y exclusiones que no estén expresamente permitidos por la regulación.

- Mecanismos muy ágiles para separar los afiliados de las instituciones que entren en situación de quebranto, de manera que la prioridad sea proteger la cobertura sanitaria de la población y no los intereses de las instituciones.
- Penalización de conductas subrepticias de selección de riesgo, es decir, conductas que a pesar de la prohibición de rechazar afiliados igualmente atraen cierto tipo de segmento poblacional en desmedro de otro de mayor riesgo.
- Requisitos financieros, entre ellos, reservas técnicas para garantizar la continuidad de la prestación médica de los usuarios y capital mínimo como indicador de solvencia.

La diferencia sustancial con la actual situación es que este marco regulatorio será aplicable a todas las entidades que operen como entes gestores de la seguridad social, incluso extensivo a las empresas de medicina prepaga en lo atinente a la atención de los afiliados de la seguridad social. El recientemente creado Registro de Entidades de Cuidados de la Salud en la Superintendencia de Servicios de Salud debe ser profundizado con la obligación de las prepagas, que se inscriban en este registro, de cumplir con exactamente las mismas condiciones regulatorias a las que están obligadas las obras sociales. Las que no se inscriban en este Registro no deberían poder brindar atención médica a un afiliado haciendo uso de los recursos de la seguridad social.

El régimen financiero debe ser rediseñado bajo el criterio de contemplar una estricta consistencia con el paquete básico definido. Esto requiere que la cápita portable sea ajustada por riesgo. Las personas cuya cápita portable no alcance el costo de paquete básico serán subsidiadas hasta cubrir la diferencia. El ajuste por riesgo debe realizarse en base a una evaluación rigurosa de los fondos disponibles y del conjunto de intervenciones del paquete básico, y ser revisado periódicamente teniendo en cuenta las variaciones en los recursos, los cambios en la cantidad y composición de la población, y la evolución de la ciencia médica. Sólo a título referencial cabe considerar que actualmente el ingreso per cápita de las obras sociales sindicales se ubica en torno a los 39 pesos mensuales, con un “piso” garantizado por la distribución automática del FSR de 22 pesos por afiliado titular y 17 pesos por afiliado familiar. Si se considera que el nuevo paquete prestacional incluiría menos prestaciones de las que, en teoría, incluye el actual PMO, debido a que habrá un esquema de cobertura independiente y mejor estructurado de las enfermedades catastróficas, hay indicios fuertes para presuponer que es plausible pensar en la viabilidad de un esquema como el propuesto.

En síntesis, desde una situación actual de muy alta fragmentación regulatoria se crearían las condiciones para la integración en un solo sistema de seguro social de las obras sociales sindicales y de personal de dirección, el INSSJP y las empresas de medicina prepaga que hoy atienden afiliados de la seguridad social. La incorporación del INSSJP en un sistema integral de competencia regulada puede generar ciertas dudas en torno a los riesgos que entraña la libertad de elección en poblaciones vulnerables, como la de los ancianos, o a la suficiencia de los recursos que hoy se destina a su cobertura de salud. Hay evidencias de que los recursos, bien organizados, son suficientes y que, en la actualidad, la libertad es una herramienta que está siendo utilizada por muchos afiliados para paliar la crisis prestacional del INSSJP (Ver Recuadro 1). Por otro lado, asumiendo un proceso bastante más complejo, especialmente desde el punto de vista político, con esta base institucional y regulatoria se

facilitaría la incorporación gradual y con los procedimientos que cada caso demande de las obras sociales provinciales.

Con un esquema de este tipo se facilitaría a las provincias avanzar hacia la universalización de la cobertura de salud de las personas que hoy no tienen cobertura. El procedimiento institucional consistiría en transferir al sub-sistema de planes coercitivos a las personas sin cobertura. Estas personas pasarían a tener los mismos derechos que los afiliados a la seguridad social, es decir, el acceso al paquete de prestaciones básicas. Para garantizar fluidez al funcionamiento se podría establecer que el gobierno nacional retenga de los fondos coparticipables el valor capitado por todas las personas transferidas.

La transferencia de afiliados de las obras sociales provinciales y de las personas que hoy están sin cobertura aumentarían de manera sustantiva la escala del seguro social en su sub-sistema de planes coercitivos. Un sistema más grande y más amplio, con regulaciones procompetitivas apropiadas, profundiza la competencia y la solidez de las aseguradoras, mejorando los incentivos en favor de la competencia por la satisfacción de los usuarios. La mayor escala acompañada de mejores regulaciones y un régimen financiero actuarialmente consistente se traducirán en visibles e importantes ganancias de eficiencia que posibilitarán –al decir de Amartya Sen (1987), citado en las páginas iniciales de este estudio– niveles razonables y viables de equidad.

Recuadro 1

La Libre elección como práctica entre los jubilados

Además de la resistencia de los poderosos grupos políticos, económicos y gremiales beneficiarios de la estructura rentística del INSSJP, se presenta, frente a la idea de integrar al Instituto en un sólo sistema de seguro social, la complejidad de la naturaleza de su población. Es una estructura etarea con mayor demanda de atención, pero en contrapartida, cuenta con ingresos per cápita significativamente más altos que el régimen general. La brecha de la inconsistencia actuarial que podría generarse con un esquema de libertad de elección individual con cápita portable –que en los adultos mayores se potencia por el alto riesgo epidemiológico de este tipo de población– estaría reducida, por un lado, con el nuevo esquema de separar el paquete de prestaciones de enfermedades agudas del de enfermedades catastrófica y, por otro lado, con el ajuste de la cápita por factores de riesgo. El valor más alto de las cápitales sería financiable con los recursos actuales. Estimaciones conservadoras permiten inferir que para mayores de 65 años la cápita mensual podría ubicarse en el entorno de los \$ 70 pesos mensuales.

En realidad, respetar la libertad de la gente es sincerar una práctica que hoy está siendo cada vez más difundida entre los beneficiarios del INSSJP a pesar de que las reglas de juego la desalientan. Muchos jubilados complementan con planes integrales o parciales de salud, ofrecidos por empresas privadas, los servicios que no reciben o son de manifiesta mala calidad en el INSSJP. La reforma que se propone consiste en aceptar la realidad y dar la posibilidad a las personas de portar su cápita hacia el seguro que hoy están pagando desde su “bolsillo” en forma superpuesta a lo que aportan para el INSSJP. El esquema sería análogo al que actualmente opera en el régimen general entre las obras sociales y las prepagas. En la Superintendencia operará un registro donde se inscribirán los seguros privados que estén interesados en afiliar jubilados recibiendo la cápita portable y comprometiéndose a cumplir con los requisitos a que están sujeto el resto de las instituciones que gestionan la seguridad social.

Es muy probable, que en muchos casos quienes opten por un seguro alternativo tendrán que abonar un complemento de “bolsillo”. Esto no debería ser juzgado como un aspecto negativo. En primer

lugar, porque los jubilados hoy gastan por la doble imposición de aportar al INSSJP y a un plan privado, y en el caso de los jubilados que no tienen doble cobertura, gastan por lo cortes de servicios y los cobros de “plus”. En segundo lugar, porque en los últimos años de vida el mayor componente en la estructura de gasto de una persona son los servicios de salud. En general, un mayor adulto gasta en promedio hasta 3 veces lo que gasta un adulto intermedio por lo que no es posible pensar que desde un mecanismo solidario (la seguridad social) la sociedad pueda financiar enteramente todos los servicios de salud que un anciano necesite y desee. Lo racional es que el dispositivo social garantice lo imprescindible y la persona financie lo colateral. En tercer lugar, porque la opción por un seguro privado es voluntaria. Quién desee puede mantener su afiliación al INSSJP u otras entidades que opten por brindar cobertura sin requerir pagos adicionales de bolsillo.

El sub-sistema de planes de salud voluntarios

Los intentos por encuadrar dentro de una regulación específica a los seguros voluntarios han sido infructuosos. Esto no significa que no sea necesario insistir en la tesis sino en revisar las inconsistencias técnicas con las que fueron planteadas estas iniciativas. La principal es la concepción de que los seguros voluntarios pueden ser regulados con las mismas reglas que los seguros compulsivos previstos en el sistema de seguridad social. Hay sólidos argumentos para sostener que empresas de medicina prepaga y las obras sociales que comercializan seguros de salud voluntarios deben estar sujetas a reglas con ciertas especificidades propias en consideración a la naturaleza del contrato que suscriben.

Al igual que en el sub-sistema de planes coercitivos, la idea es respetar los principios básicos comunes de libertad de elección, competencia regulada y consistencia financiera. Por un lado, es necesario establecer para los seguros voluntarios un diseño regulatorio que proteja a los usuarios de eventuales arbitrariedades por parte de los seguros. Por el otro, hay que contemplar reglas que permitan a las compañías protegerse contra acciones de selección adversa y riesgo moral de los usuarios.

Los principios de libertad de elección y consistencia financiera no son difíciles de cumplir por la misma naturaleza voluntaria del plan. La gente y las aseguradoras sólo ejecutan una relación contractual cuando en uso de sus plenas libertades acuerdan un plan de prestaciones y precio consistente con el costo. La complejidad se presenta en la regulación de la competencia. En concreto, es necesario diseñar herramientas protectoras de las conductas de *moral hazard* y selección adversa (límites, topes, copagos, carencias y exclusiones) que no deriven en instrumentos de arbitrariedad contractual por parte del asegurador.

La reforma debería prever que este sub-sistema esté sujeto al mismo ente regulador que el sub-sistema coercitivo –la Superintendencia de Seguros de Salud–. Luego, establecer la posibilidad de comercializar dos tipos de planes. Un plan predefinido por el regulador que sería similar al paquete de prestaciones básicos del sub-sistema coercitivo sólo que con el aditamento de límites, topes, copagos, carencias y exclusiones determinadas en forma explícita, y donde la interpretación de las cláusulas es realizada por la Superintendencia. Las aseguradoras y los afiliados que transen estos planes deberán someterse, como norma, a la interpretación del ente de control. La filosofía es que el plan predefinido quita grados de libertad a las partes contratantes en la definición del plan pero brinda a cambio mayor seguridad jurídica en torno a conflictos de interpretación.

El otro tipo de planes serán, al igual que hoy, paquetes definidos libremente por las partes (aseguradoras y usuarios). La diferencia con el plan predefinido es que las partes tienen mayores grados de libertad pero la Superintendencia tiene facultades de interpretación, actuando sólo como mediadora en conflictos a voluntad de las partes.

De esta forma, los usuarios pueden demandar el paquete predefinido porque les garantiza mayor protección, o bien, aceptar paquetes libremente definidos por las aseguradoras donde los beneficios pueden ser más atractivos pero el costo es que la protección regulatoria es menor y, por lo tanto, debe confiar en las salvaguardas a nivel judicial, con todas las complejidades y costos que ello implica¹⁴.

2.2.3. El modelo prestador

El cambio más importante es transformar los hospitales públicos en entidades autónomas. Esto implica una muy delicada transformación institucional. En la actualidad, la mayoría de los hospitales públicos son unidades dependientes de las áreas centrales de los gobiernos provinciales quienes les asignan el personal, la infraestructura y los insumos. Un esquema más moderno debe establecer que los hospitales públicos sean entidades con plena capacidad para gestionar recursos, con la posibilidad de firmar contratos para la generación de ingresos y tener capacidad para decidir su asignación, incluyendo la definición de la política de recursos humanos y de inversión. Obviamente, la contrapartida es asumir las responsabilidades por las consecuencias de sus propias decisiones. Un esquema institucional plausible, aunque no el único, es que los propios trabajadores de la institución encuentren una forma de participar en la conducción.

El punto clave para este cambio es la reformulación del esquema de financiamiento. Para que el hospital público autónomo y descentralizado tenga incentivos en favor de la satisfacción de la gente se requiere necesariamente que el usuario tenga el poder de elegir, y que si elige un prestador alternativo, los recursos debe seguirlo. La forma más simple, expeditiva y potente para dar poder a la gente es incorporarla al seguro social (en el subsistema de planes coercitivos). De esta manera, los recursos no son propiedad de los hospitales sino de las personas que tendrán asignada una cápita portable y podrá elegir el seguro de salud que considere que mejor cubre sus expectativas.

Los seguros de salud serán quienes contratarán a los reformulados hospitales públicos. De esta forma, la principal fuente de recursos dejará de ser el presupuesto público y pasarán a ser los contratos con los seguros de salud. Esta negociación será similar a la que establezcan los prestadores privados, es decir, que no deberían operar intervenciones especiales desde el poder central como, por ejemplo, los nomencladores de precios. Complementariamente, los hospitales tendrán abierta la posibilidad de utilizar otras fuentes de recursos, inclusive vendiendo servicios al Estado. Cuando el Estado, en cualquiera de los

¹⁴ Un ejemplo concreto de cómo funciona esta filosofía son las cuentas bancarias en caja de ahorro. Hay una tipología estándar de caja de ahorro garantizada por el Banco Central, que convive con otros tipos de cajas de ahorro, libremente definidas por el mercado, con descuentos, premios y sorteos adosados que no están alcanzadas por la garantía estatal. De esta forma, los consumidores pueden optar entre cajas de ahorro simples, sin beneficios, pero con protección regulatoria del Estado, o bien, cajas de ahorro más sofisticadas, libremente definidas, con beneficios, pero sin la protección regulatoria.

niveles, ejecute programas de prevención, investigación o docencia podrá utilizar al hospital público previo acuerdo, a través de un contrato formal, de las acciones a desarrollar y el precio a pagar al hospital. De esta manera, el hospital será económicamente recompensado por todas las actividades socialmente útiles que aporte.

El Estado nacional tiene una importante responsabilidad en la formación de los profesionales médicos. A través de sus universidades, de manera directa, y a través de sus facultades de control sobre las universidades privadas, de manera indirecta, tiene la responsabilidad por la educación y formación de nuevos profesionales. Esto coloca a la nación en condiciones de planificar la cantidad, la calidad y el perfil de profesionales que se requieren de acuerdo a los objetivos del sistema de salud. El número de aspirantes y de egresados debe ser cuidadosamente planificado y el título profesional no debería habilitar automáticamente para un ejercicio profesional que involucre la atención de pacientes. Los programas y las metodologías de la carrera de medicina deberían modernizarse, orientándose menos a proveer un cúmulo de información que hoy resulta inabarcable, y más a desarrollar la capacidad de resolver problemas (*problem-based learning*), privilegiando la medicina basada en la evidencia. Haciendo uso de la definición competencias profesionales, el Estado nacional junto con los gobiernos provinciales debe trabajar para fomentar una mejor distribución geográfica de los profesionales y un ordenamiento de las especialidades.

En paralelo, con la transformación institucional y financiera de los hospitales públicos es necesario fortalecer el rol regulador y planificador del Estado. Las áreas claves son el establecimiento de normas para la habilitación y la acreditación. Las facultades de regulación de prestadores corresponde a las provincias, pero desde el nivel nacional la Superintendencia debe jugar un rol protagónico al definir las normas que deben cumplir los prestadores que contraten con los seguros de salud, tanto del sub-sistema de planes coercitivos como del sub-sistema de planes voluntarios. Así, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, deberían establecerse criterios estrictos y realistas para autorizar a los profesionales a contratar con los seguros. Estos criterios deberían incluir la certificación y recertificación profesional basada en parámetros y metodologías estandarizadas aplicadas desde entes independientes.

Mediante este tipo de reglas es posible también promover el desarrollo de una oferta prestacional más homogénea y polivalente. Asimismo, tiene un papel clave de información a los usuarios sobre desempeño y calidad de los prestadores. Este organismo debería producir y distribuir periódicamente indicadores de calidad que permitieran a los usuarios conocer y comparar los niveles de calidad alcanzados por los prestadores institucionales del sistema, estimulando así la competencia entre aquéllos. La provisión sistemática de información para los usuarios tiene efectos probados en la confianza de los usuarios, la lealtad de éstos para con los mejores prestadores, y en el mejoramiento de la calidad prestacional entre los calificados desfavorablemente (Bentley y Nash, 1998).

Igualmente, la Superintendencia debe regular la incorporación de tecnología y medicamentos al sub-sistema de planes coercitivos y al plan predefinido del sub-sistema de planes voluntarios. La tecnología seduce al público y expande las posibilidades de los profesionales y del complejo médico-industrial (Wohl, 1984). Pero también es conocido que puede incrementar el gasto sin ofrecer ventajas desde el punto de vista de la efectividad, ni de la equidad (Starfield, 1985). Es necesaria la evaluación de la incorporación tecnológica desde el punto de vista costo-efectividad mediante metodologías probadas (Drummond,

1987) y, en este sentido, la Superintendencia debe promover el uso racional y costo-efectivo de la tecnología y el medicamento. Cabe matizar que para el caso de los planes de salud libres, pertenecientes al sub-sistema de planes voluntarios, una regulación de este tipo requiere un cuidadoso discernimiento, ya que como filosofía tales planes dan la libertad al usuario de comprar los servicios y productos de salud que deseen y estén en posibilidades económicas de hacerlo.

En el contexto sectorial más amplio, la evaluación y control de la incorporación tecnológica corresponde a otro organismo nacional: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Existe un cúmulo de reglas que van desde la autorización de nuevas tecnologías y medicamentos, hasta la determinación de qué medicamentos se expenden bajo receta y cuáles no, todas ellas capaces de impactar sobre la calidad del gasto en salud, dentro y fuera de los sistemas asegurativos.

Por último, el Estado nacional, a través de los organismos correspondientes, tiene competencias regulatorias genéricas en relación con la organización del sector tecnológico y farmacéutico. El Estado, más allá de la regulación específica, debe aquí velar por el funcionamiento transparente de los mercados, evitando la aparición de actores dominantes, con capacidad para fijar precios. En tal sentido, el Estado debe hacer un cuidadoso seguimiento del sector farmacéutico, que se mueve hacia una creciente consolidación e integración, promoviendo reglas de juego que privilegien la igualdad de los actores en el mercado.

2.3. La atención médica de enfermedades catastróficas

Como se mencionó anteriormente, las enfermedades catastrófica, o de alto costo y baja incidencia, en el sistema reformado serían administradas a través de un esquema de reaseguro con cobertura universal y financiamiento de reparto. Estarían incorporados todos los afiliados del sub-sistema de planes coercitivos y los afiliados del sub-sistema de planes voluntarios que optaron por la compra del plan predefinido¹⁵.

Los individuos estarán cubiertos de manera indirecta a través de las aseguradoras. Es decir, el esquema operaría como un reaseguro para los agentes aseguradores del tipo “stop-loss” afrontando la totalidad del gasto en que incurre un afiliado cubierto a partir de cierto límite. Es recomendable que el esquema sea matizado a medida que se vayan acumulando estadísticas fiables de utilización. Esto permitiría, por ejemplo, identificar tratamientos que ameriten tener límites por debajo del general, si se comprueba que hay indicios de sub-pretación, o bien, tratamientos que ameriten tener límites por encima del general cuando haya manifestaciones de conductas de sobre-prestación.

La administración del reaseguro y la definición de las reglas de funcionamiento debe estar a cargo de una institución con finalidad específica y donde la definición sobre los tratamientos y los límites a partir del cual el reaseguro comienza a operar sea realizada con un

¹⁵ El fundamento es que quién demanda un plan de salud voluntario distinto al predefinido esta optando por la libertad de contratar, con lo cual, no corresponde obligarlo a ser beneficiario de una cobertura social sino informar a la persona que debe prever por mecanismos privados la cobertura de este riesgo.

involucramiento vinculante de los mismos aseguradores (obras sociales, INSSJP y empresas prepagas) ya que son ellos quiénes financian el esquema y quiénes comparten el riesgo haciéndose cargo del primer gasto antes de que el usuario sobrepase el límite a partir del cual el reaseguro comienza a operar. Más importante aún es que con este tipo de involucramiento son los mismos agentes reaseguradores los que controlan la conducta de sus propios pares, ajustando los tratamientos elegibles y sus respectivos límites a medida que las tasas de utilización van arrojando evidencia de conductas de sub/sobre prestación. La amenaza de que los déficits del esquema se traduzcan en prestaciones no cubiertas hace que funcionen dispositivos de autocontrol y equilibrio mutuo.

La financiación debería ser una extensión de la estructura de alícuotas del actual FSR. Para el caso del plan predefinido del sub-sistema de planes voluntarios la alícuota podría ser de 15% del plan, que es la alícuota que pagan los trabajadores con más de 1.500 pesos de salario afiliados a las obras sociales sindicales.

Desde el punto de vista de la consistencia actuarial, cabe destacar que lo que se propone es un esquema de contribución definida donde, a partir de la disponibilidad de recursos, se define el beneficio (las prestaciones y los límites). Por eso se requiere la participación activa en la definición del beneficio de quiénes serán –no sólo beneficiarios– sino principalmente financiadores del esquema. Desde esta perspectiva, el esquema es actuarialmente consistente por definición, en la medida que no se viole su naturaleza de contribución definida.

Obviamente, un sistema de contribución definida con participación de los propios actores en la definición del beneficio es autoregulado en su diseño pero lejos está de que la autoregulación garantice calidad del servicio. Si no actúa la Superintendencia como control en la definición de los parámetros puede ocurrir que los actores lleven al sistema a un equilibrio de ingreso y gastos del sistema pero que traslada su ineficiencia al sistema de atención de enfermedades agudas. Es por esto que el rol irrenunciable del Estado es controlar en la definición de los tratamientos no actúen perversos subsidios cruzados entre los sistemas de atención de agudos y catastróficos.

Bibliografía

1. AGN (2003). "Dictamen Especial del Colegio de Auditores Generales de la Auditoría General de la Nación". En www.pami.gov.ar. Accedida en mayo de 2004.
2. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: "Drinking water quality and public health", (position paper), en *American Journal of Public Health*, Mar; 91: 499 - 500, 2001.
3. ANDERSON R.E.: "Billions for Defense: The Pervasive Nature of Defensive Medicine", en *Archives of Internal Medicine*, 1999 Nov 8;159(20):2399-402.
4. BALLANTINE, H. "A View from a Clinician's Window", en SASS, W.B. Saunders, Filadelfia, 2002.
5. BANCO MUNDIAL, *Aids Economics*, en <http://www.worldbank.org/aids-econ/index.htm> Accedida en mayo 2004.
6. BEHRMAN, Richard E. y Robert M. Kliegman: *Nelson Essentials of Pediatrics*, 4a. Edición, W.B. Saunders, Filadelfia, 2002.
7. BELMARTINO, Susana, Carlos Bloch, Irene Luppi, Zulema T. de Quinteros y María del Carmen Troncoso: *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación*, Publicación N° 14, Representación OPS/OMS, Buenos Aires, 1990.
8. BENTLEY JM y Nash DB.: "How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery". *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 24(1):40-9, enero 1998.
9. BERNIS L de, Sherratt DR, AbouZahr C, Van Lerberghe W.: " Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care", en *British Medical Bulletin*, 67:39-57, 2003.
10. BEUTLER, Ernest: "Case 20-2003: Gaucher's Disease", en *The New England Journal of Medicine*, V. 350, pp. 416-417, 22 de enero 2004.
11. BORRELL C, Cirera E, Ricart M, Pasarin MI, Salvador J.: "Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city".
12. BRESLOW, Lester: "A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being", en *International Journal of Epidemiology*, N° 1, 1972, pp. 347-355.

13. BUOR, Daniel: "Mothers' education and childhood mortality in Ghana", en *Health Policy*, 64 297-309, 2003.
14. CALABRESSI, G. Y BOBBIT, P.: *Tragic Choices*, Norton & Co., Nueva York, 1978.
15. CALLAHAN, Daniel: *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, Nueva York, 1990.
16. CARD, David, DOBKIN, Carlos y MAESTAS Nicole. "The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization and Health: Evidence from Medicare". Working Paper 10365. NBER. March, 2004.
17. CARRIN, Guy, MUSGROVE, Phillips, y ZERAMDINI, Riadh. "Basic Pattern in National Health Expenditure" en *Bulletin of the World Health Organization* 80(2), February 2002.
18. COLINA, Jorge, GIORDANO, Osvaldo y TORRES, Alejandra. ""Reformas de la seguridad social. El caso de las obras sociales en la Argentina". En *Reformas de la Seguridad Social y la Educación Pública en Argentina*. CIEPLAN. Notas Técnicas 166. Santiago de Chile, 1997.
19. COLINA, Jorge y GIORDANO, Osvaldo. "La Economía Política de los Procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina". En Sánchez, H y Zuleta, G. (editores). *La Hora de los Usuarios*, Banco Interamericano de Desarrollo / Centro de Estudios Salud y Futuro, 1999.
20. CIPPEC: *Morfología y dinámica del sector salud*, Mimeo, Buenos Aires, 2002.
21. COUNCIL OF ECONOMIC ADVISERS, Who Pays for Tort Liability Claims? An Economic Analysis of the U.S. Tort Liability System, U.S. Government, Washington D.C., 2002.
22. CUNNINGHAM, F. Gary y otros: *Williams Obstetrics*, 21a. Edición, McGraw-Hill, Nueva York, 2001.
23. CUTLER, David y ZECKHAUSER, Richard. "The Anatomy of Health Insurance" en *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Ámsterdam. 1999.
24. DANIELS, Norman y SABIN, James: "The Ethics of Accountability In Managed Care Reform", en *Health Affairs*, Vol. 17, N° 5, Septiembre-Octubre de 1998, pp. 50-64.

25. DRUMMOND, M. F. "Economic Evaluation and the Rational Diffusion and Use of Health Technology", en *Health Policy* 7, N° 3: 309-24, 1987.
26. DUBAY L, KAESTNER R, WAIDMANN T.: "The impact of malpractice fears on cesarean section rates", en *Journal of Health Economics*;18(4):491-522, 1999.
27. EHRENREICH, Barbara y John: *The American Health Empire: Power, Profits, and Politics (A Report from the Health Policy Advisory Center)*, Vintage Books, Nueva York, 1970.
28. EVANS, R. Y G. STODDART: "Producing Health, Consuming Health Care", en *Social Science and Medicine*, Vol. 31, 1990, pp. 1347-1363.
29. FRIEDMAN, Daniel J. y Barbara Starfield: "Models of population health: their value for US public health practice, policy, and research", en *American Journal of Public Health*, 93(3):366-9, Mar 2003.
30. FUCHS, Victor R.: "Economics, Health and Post Industrial Society", en McKINLAY, John B. *Economics and Health Care*, Colección The Milbank Readers, N° 1, The MIT Press, Cambridge, Mass., 1981, pp. 1 – 30.
31. GAFFIELD, Stephen J., Robert L. Goo, Lynn A. Richards y Richard J. Jackson: "Public Health Effects of Inadequately Managed Stormwater Runoff", en *American Journal of Public Health*, 93: 1527 - 1533 Sep 2003.
32. GIACONI GANDOLFO, Juan: "El sistema de salud chileno", en *Boletín de la Escuela de Medicina*, Universidad Católica de Chile, Santiago, 1994.
33. GRUNDY, F. Y J.M. MACKINTOSH: *The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe: A Review of Trends in Undergraduate and Postgraduate Education in Nineteen Countries*, Serie Monograph N° 34, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
34. INDEC (2004). Estadísticas de salud de la República Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. En www.indec.gov.ar Accedida en junio 2004.
35. JACK, William: "Health Insurance Reform in Four Latin American Countries - Theory and Practice", Policy Research Working Paper N° 2492, Banco Mundial, 2000.
36. KATZ, J. Y MUÑOZ, A. *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*, Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1988.
37. KINDIG, David y Greg, STODDART: "What is population health?", en *American Journal of Public Heal*, Mar;93(3):380-3, 2003.

38. HAMILTON, Gabriela, GASTALDI, Nélica y DI LUCA, Fernando. "Análisis de la oferta de servicios médicos en la Argentina". Mimeo. Programa de Investigación Aplicada – Instituto Isalud. 2000.
39. KNOWLES, John: "Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States", en *Daedalus*, V. 106, N° 1, pp. 1-278, 1997.
40. KNOWLTON, Kim: "Urban History, Urban Health", en *American Journal of Public Health*, 91: 1944 - 1946, Dec 2001.
41. MAHLER, Hafnan: "Hacia una maternidad segura", en *Profamilia*, Dec;3(11):20-3, 1987.
42. MASSEY Robert: *Health Care Systems. (Moral Conflicts in European and American Public Policy)*, Serie Philosophy and Medicina, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988.
43. MCKEOWN, Thomas y R.G. BROWN: "Medical Evidence Related to English Population Changes in the XVIIIth. Century", en *Population Studies*, N° IX, año 1955, pp. 119 – 141.
44. MCKEOWN, Thomas: *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?*, tr. de Pedro Larios, revisada por Carlos Santos-Burgoa, Siglo XXI Editores, México D.F., 1982.
45. MCKEOWN, Thomas: Los orígenes de las enfermedades humanas, tr. Jordi Beltrán, Col. "Serie Gral. Los Hombres" (dir. Gonzalo Pantón), *Crítica*, Barcelona, 1990.
46. MEER, Jonathan y ROSEN, Harvey. "Insurance and the Utilization of Medical Services". Working Paper 9812. NBER. July, 2003.
47. MILIO, N.: *Primary Care and the Public's Health*, Lexington Books, Lexington Mass, 1983.
48. MINISTERIO DE ECONOMÍA / MINISTERIO DE SALUD. Estimaciones del Gasto en Salud de Argentina. Noviembre 2001.
49. MINISTERIO DE ECONOMÍA. Series de Gasto Público Consolidado por finalidad y función. (1980-2002). Última actualización. Junio de 2003. En www.mecon.gov.ar.
50. MINISTERIO DE SALUD. Estadísticas sanitarias www.msalud.gov.ar. Argentina.
51. MORO, Tomas. Utopía, Edicomunicación, Barcelona, 1994.
52. MUSGROVE, Phillips. "An Ounce of Prevention is Worth How Much Cure" en *A View from LATHR* The World Bank, 1990.

53. MUSGROVE, Phillips. "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns" World Bank Discussion Paper. N° 339, 1996.
54. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (EEUU): "Cancer Progress Report, 2003 Update", en <http://progressreport.cancer.gov/index.asp> (accedida mayo 2004).
55. PANADEIROS, Monica y URBIZTONDO, Santiago. "El mercado de medicamentos: enfoque económico, evidencia internacional y el caso argentino". Mimeo, Fundación de Investigaciones Económicas Latinoaméricas (FIEL), Buenos Aires, 2002.
56. RIOBÓ, Alberto: "Las empresas de medicina prepaga", Mimeo, Buenos Aires, 1994.
57. RODRÍGUEZ DEL POZO, P. "Justicia sanitaria y libre mercado: ¿es posible?", en Persona y Sociedad (ILADES), Vol. IX, N° 2, Santiago de Chile, septiembre de 1995.
58. RODRÍGUEZ DEL POZO, P. "El objeto de la justicia sanitaria", en ESCOBAR TRIANA, Jaime (editor), Ed. Universidad El Bosque, Bogotá, 1998.
59. RODRÍGUEZ, Marisol, Samuell COLONGIA y Joana REÑE: "Análisis de la (in)equidad en la financiación y provisión de los servicios en el sistema sanitario español", en *Economía*, N° 12, 1992, pp. 55-59.
60. ROTZCHILD, X Y J. STIGLITZ (1976), "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Information", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 87: 629-649.
61. RUSSELL, Louise B. *Is prevention better than cure?* Brookings Institution, Washington, D.C., 1986.
62. SEN, A. *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, New York, 1987; pp. 29 y ss.
63. SIEMPRO. Encuesta de Condiciones de Vida. Noviembre 2001. En www.siempro.gov.ar.
64. SIEMPRO, 2001. Encuesta de Condiciones de Vida. www.siempro.gov.ar. Argentina.
65. STARFIELD, Barbara: *The Effectiveness of Medical Care. Validating Clinical Wisdom*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1985.
66. THE COPENHAGEN CONSENSUS, 2004. "The Water Challenges". Denmark's Environmental Assessment Institute. En *Global Crises, Global Solution*", 2004, en prensa.
67. VAN DE VEN, WYNAND Y René VAN VLIET: "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? - The great challenge for the 90's", en

ZWEIFEL, P. y H.E. Frech III: *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Pub., Dordrecht, Holanda, pp. 23 – 46, 1992.

68. WAGSTAFF, Adam. “Measuring Equity in the Health Care Financing. Reflections on Alternatives to the WHO’s Fairness of Financing Index”. Development Research Group and Human Development Network. The World Bank, 2001.

69. WILLIAMS, Karel y John WILLIAMS (compiladores): *Antología de Beveridge (A Beveridge Reader)*, Allen & Unwin, Londres, 1987 tr. Carmen López Alonso) Colección Ediciones de la Revista del Trabajo, N° 30, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.

70. WOHL, Stanley: *The Medical Industrial Complex*, Harmony Books, Nueva York, 1984.