

EL SEGURO DE SALUD UNIVERSAL

Mónica Panadeiros(*)

1. Introducción

Una de las principales razones económicas que justifican la función de los gobiernos en la esfera de la salud, se apoya en la preocupación por alcanzar en el área un mayor grado de equidad que el que arrojaría una solución de mercado. El alcance de este objetivo varía notablemente entre las distintas sociedades; así en algunas de ellas –entre las que se encuentran Francia, Alemania e, inclusive, Argentina- se traduce en garantizar que todos los individuos tengan, al menos, acceso a un nivel básico de atención médica independientemente de su capacidad de pago, mientras que en otras (Canadá e Inglaterra, por ejemplo) se extiende, estableciendo el mismo acceso para toda la población. En cualquier caso, parece claro que la tolerancia a la desigualdad en salud sería menor que la tolerancia a la desigualdad del ingreso, y probablemente menor que la tolerancia a la desigualdad educativa.

Si bien el objetivo redistributivo parece ser el más relevante, la literatura económica también ha discutido distintos argumentos eficientistas que justificarían la intervención pública en los sistemas de salud. A su vez, el Estado utiliza diversos instrumentos para intervenir tanto con fines redistributivos como para corregir fallas de mercado; siendo también diferentes las consecuencias económicas de tales acciones. En este sentido, interesa señalar que la ausencia de una solución óptima mantiene aún abierto al debate académico, al tiempo que da lugar a que la mayor parte de los países discutan y ensayen permanentemente cambios en sus respectivos sistemas de salud.

Este trabajo pretende analizar el mecanismo de intervención del sector público en el sistema argentino de salud, con el propósito particular de evaluar su eficacia y eficiencia para alcanzar el objetivo redistributivo que se plantea. Basado en este análisis, se elaborará una propuesta de reforma del sistema público de salud que apunta al mismo objetivo redistribucionista que se propone el régimen actual, pero a un costo menor en términos de eficiencia y que, al mismo tiempo, permita una mejor calidad en la cobertura de los grupos a los que se pretende proteger.

2. El sistema argentino de salud: El rol del sector público

En virtud del proceso de descentralización iniciado en la década del 70, más del 85% del gasto público en salud que se realiza en nuestro país es financiado y ejecutado por el nivel provincial, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y de algunos municipios del interior del país, cumpliendo la Nación un rol normativo y de coordinación de políticas y siendo su responsabilidad realizar ciertos programas específicos, particularmente en materia de prevención y de tratamiento en el caso de determinadas enfermedades.

En todas las jurisdicciones, la intervención del sector público en el área de salud se concreta a través de la provisión directa del servicio en la red de hospitales y demás centros de atención periférica; es decir que el gasto público en atención médica se destina fundamentalmente a financiar estas unidades y a administrar los sistemas.

Tradicionalmente, los hospitales y demás centros de atención tuvieron la obligación de brindar atención médica gratuita a toda la población que lo demandara. Este objetivo universalista tenía justificación hasta el surgimiento y posterior institucionalización del sistema de obras sociales, dado que no existía en el país seguro médico de ninguna clase. A partir de entonces, sin embargo, y teniendo en cuenta que más de la mitad de la población tuvo en forma obligada cobertura de este tipo, perdió sustento el mantenimiento del objetivo inicialmente propuesto.

El rol del sector público no fue, sin embargo, redefinido, y como resultado de ello los beneficiarios del sistema de obras sociales recibían en muchos casos atención médica gratuita en los hospitales públicos, dando lugar a un fuerte subsidio encubierto hacia esas entidades.

En años más recientes, se ha intentado solucionar esta situación limitando la gratuidad de los servicios hospitalarios sólo para la población sin cobertura médica ni capacidad de pago, y arancelando las prestaciones en todos los demás casos. Sin embargo, diversos factores tornaron de difícil aplicación la recuperación de costos por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las obras sociales, por lo que en realidad la normativa adoptó un carácter casi declarativo.

Las principales complicaciones en este sentido fueron, por un lado, que al mantener los hospitales la obligación de prestar servicios a toda la población que lo demandara, los individuos tendieron a ocultar su pertenencia a algún seguro de salud ante el temor de tener que realizar trámites administrativos, pagos de bolsillo, etc. A su vez, la inexistencia de padrones de afiliación impidió a estos establecimientos públicos identificar a la población que efectivamente tenía cobertura médica. A esta situación se agregó la falta de incentivos del personal hospitalario para realizar las tareas necesarias para contar con un adecuado sistema de facturación y cobranza, y la ausencia de penalización a las obras sociales que no honraban sus deudas. Como resultado, la recuperación de costos de los efectores públicos fue insignificante, por lo que su financiamiento continuó descansando fundamentalmente en recursos fiscales.

Además de la filtración de subsidios públicos a individuos con cobertura de la seguridad social, el funcionamiento de los hospitales presentaba un elevado grado de ineficiencia que en gran medida derivaba de la falta de autonomía en la gestión de estas unidades, cuyo manejo estaba excesivamente centralizado en la autoridad sanitaria provincial y/o municipal, según el caso. En este sentido, la política de recursos humanos constituía el aspecto crucial, ya que este rubro representaba alrededor del 80% del gasto hospitalario. Dado que el personal era empleado público de la jurisdicción a la que pertenecía el establecimiento, y que el régimen de contrataciones, despidos, remuneración, etc., lo fijaba la administración central respectiva, los directores hospitalarios carecían de instrumentos tanto para incentivar un comportamiento más eficiente de quienes trabajaban en la institución, como para lograr una dotación de factores acorde a los requerimientos de la misma. Por otra parte, cualquier intento de racionalizar los planteles se veía desalentado porque frente al costo político que significaba encarar una medida de este tipo, no se obtenía como contrapartida un beneficio directo para el hospital, sino que éste se diluía en las arcas del Tesoro Provincial. El resultado de este régimen fue la habitual escasez de personal en algunas áreas, con el exceso simultáneo en otras, arrojando de todas maneras un sobredimensionamiento en el conjunto de la planta.

En lo que referido a los gastos de funcionamiento –compras de insumos, alimentos, medicamentos, etc.- la distribución de fondos entre los distintos hospitales se realizaba en la mayoría de los casos según los requerimientos de cada establecimiento, teniendo en cuenta las partidas asignadas en ejercicios anteriores y la disponibilidad de caja del Tesoro respectivo. A su vez, los pedidos de fondos de cada hospital se originaban en los que los diversos servicios elevaban a la Dirección del establecimiento, a excepción de aquéllos items cuya compra se realizaba en forma centralizada en el Ministerio de Salud de la jurisdicción. A los incentivos políticos para abultar artificialmente el presupuesto de cada institución, se agregaba, entonces, el pedido de fondos presupuestarios mayores que los que se estimaban necesarios con el objeto de resolver las demoras en el abastecimiento de insumos cuya compra y distribución se realizaba en forma centralizada.

Una mención aparte merece el tema de los procedimientos de licitación y compras centralizadas: más allá de los problemas de insuficiencia transitoria que generaban, en no pocos casos derivaban en el pago de precios superiores a los que -en un marco jurídico de descentralización de gestión- hubiera abonado un establecimiento en el mercado o área de localización. Por otra parte, daba lugar también al envío de medicamentos u otros insumos que a veces estaban lejos de los que se necesitaban o utilizaban más frecuentemente los profesionales, a pérdidas por almacenamiento, a demoras en la incorporación de nuevos insumos para diagnóstico y tratamiento, al tiempo que constituían una fuente de posible malversación de fondos.

En síntesis, tradicionalmente, la gestión de los hospitales públicos se caracterizó por la falta de autonomía y se apoyó en un manejo centralizado de los recursos, cuya distribución entre establecimientos se realizaba sin considerar indicadores de productividad o eficiencia, sino en base a los presupuestos de ejercicios anteriores.

Si bien la crisis fiscal desatada en la década del '80 evidenció la ineficacia e ineficiencia del sistema público de salud, recién al comenzar la década siguiente se intentan algunos cambios, en el marco de las reformas económicas más amplias que iniciaba entonces la Argentina. Es así que en abril de 1993 el gobierno nacional promulga el decreto 578/93, introduciendo los mecanismos para convertir a los establecimientos asistenciales oficiales en Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Sin embargo, cabe recordar que dado el carácter descentralizado de la política de salud en Argentina, para que el nuevo régimen tuviera aplicación, las provincias debían adherir al mismo; es decir que la norma nacional tiene fundamentalmente el rol de impulsar una transformación, no así de implementarla.

Los cambios contemplados en la propuesta nacional del HPA consisten fundamentalmente en otorgar a estas entidades una mayor flexibilidad, convirtiéndolas en organismos descentralizados con capacidad para celebrar convenios con entidades del seguro de salud, cobrar los servicios que se brindan a personas con capacidad de pago o cubiertas por terceros pagadores e integrar redes de servicios con otros establecimientos públicos o privados. Para evitar la incobrabilidad de los servicios facturados a las obras sociales, el decreto contempla un mecanismo automático –administrado por las autoridades nacionales- de retención de los recursos por aportes y contribuciones salariales que reciben estos entes, hasta saldar su deuda con los HPA.

Se otorga, a su vez, a cada HPA la responsabilidad de administrar los recursos obtenidos por el cobro de prestaciones, aunque la autoridad sanitaria respectiva establece previamente el porcentaje que del mismo se canaliza a un fondo solidario de redistribución, a inversiones en el establecimiento y al personal que se desempeña en el mismo.

Se prevé asimismo que el HPA continúe recibiendo aportes presupuestarios, pero que los mismos estén en función de la producción, rendimiento y tipo de población a la que asiste; al tiempo que se le transfiere la facultad de disponer la ejecución de los gastos financiados con tales fondos.

En materia de política de recursos humanos, las atribuciones del HPA son más limitadas, ya que si bien puede designar, promover y reubicar al personal, debe sujetarse a la estructura aprobada y a las normas vigentes en la jurisdicción respectiva.

El objetivo específico explícito de una transformación de esta naturaleza ha sido dotar a los hospitales públicos de mecanismos que permitieran aumentar su nivel de eficiencia, redefiniendo al mismo tiempo el rol del Estado en el sistema de salud. En este sentido, se ha apuntado por un lado a concentrar los recursos fiscales en financiar la atención de la población sin cobertura, y por otro lado, se ha pretendido que los establecimientos públicos tendieran a competir como un prestador más dentro del sistema. Un elemento que apoya esta hipótesis es que en el citado decreto se mencionaba la intención de reemplazar en un futuro el actual financiamiento a la oferta de servicios de salud por un subsidio a la demanda.

El lanzamiento de esta propuesta de reforma por parte del gobierno nacional tuvo una buena acogida en la mayor parte de las jurisdicciones, fundamentalmente porque, al margen de que pudieran apreciarse las ventajas de una administración hospitalaria más flexible, constituía la alternativa que mayor probabilidad tenía de lograr recuperar los costos de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de la seguridad social, y con ello aliviar en alguna medida las arcas de los respectivos tesoros provinciales.

Sin embargo, esta pretendida transformación del sistema no logró implementarse completamente, resultando entonces en un cambio mucho más limitado que el que la letra de la normativa sugería. El principal factor que obstaculizó esta reforma fue la dificultad para identificar a los usuarios de los servicios hospitalarios que contaban con cobertura médica de alguna naturaleza, dado que continuaba la ausencia de padrones de afiliación. Esta situación derivó en que los recursos genuinos de los hospitales fueran insignificantes y que, por tanto, su financiamiento siguiera descansando en recursos fiscales. A su vez, estos fondos continuaron siendo asignados en base al tradicional método de presupuestación histórica, sin avanzar –como se pretendía– en la consideración de parámetros de productividad. El único aspecto importante en el que se logró mejorar el desempeño hospitalario es el relacionado con la administración del presupuesto de gastos de funcionamiento, al delegarse a cada institución el manejo de estas partidas.

En resumen, la política del HPA no implicó cambios sustanciales en la organización del sistema público de salud, persistiendo los problemas de eficiencia y de falta de focalización del gasto, el cual cabe destacar asciende a un volumen no despreciable cercano a los *\$5.000 millones* por año. Los siguientes indicadores permiten dar cuenta de algunas de estas cuestiones.

a) Filtración del gasto

Según la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares de 1996/97 (ENGH) realizada por el INDEC, el 62.7% de la población tiene seguro médico de alguna naturaleza, es decir que –sobre un total proyectado de 36.5 millones de habitantes– la población sin cobertura se estima en unos 13.6 millones de personas.

Ahora bien, dado que el consumo de atención médica –básicamente por diferencias en el riesgo enfermedad– presenta fuertes variaciones en función de la edad de los individuos, resulta conveniente transformar el total de la población sin cobertura –en base a costos relativos de la atención médica por tramos de edad– para expresarla en términos equivalentes a personas de 30 a 59 años de edad. *Este ejercicio arroja como resultado que el tamaño de la población sin cobertura asciende en total a alrededor de 12.3 millones de adultos equivalentes, cifra que resulta inferior a los 13.6 millones de personas efectivas en esta situación debido a la elevada incidencia de niños y jóvenes en este grupo.*

Sobre esta estimación de la población objetivo, puede calcularse –dados los standards internacionales– el consumo de las principales prestaciones que cabría esperar de la misma. Comparadas con las prestaciones que se realizan en el sistema público de salud, estas estimaciones permiten identificar que alrededor de un 40% de la actividad hospitalaria se brinda gratuitamente a individuos que no son parte de la población objetivo.

Es evidente, entonces que el problema de la filtración del gasto público en salud hacia grupos que no requieren del subsidio público no es una cuestión menor en el caso argentino.

b) Problemas de eficiencia

La tasa de ocupación del recurso cama en el sector público asciende en promedio para todo el país al 59%, ubicándose inclusive en algunas jurisdicciones por debajo del 30%; en el sector privado se estima que una tasa de uso razonable no desciende del 80%. Ello significa que, bajo los standards del sector privado, la misma producción en materia de egresos hospitalarios podría ser encarada con un 27% menos de camas de las que dispone el sector público, o lo que es lo mismo, con la infraestructura disponible se podría aumentar la producción de egresos en un 35%.

Cabe agregar, además, que este cálculo no tiene en cuenta un elemento que induce a subestimar la ineficiencia hospitalaria en relación al uso de las camas, y que son los días de estancia de cada paciente internado. En efecto, es reconocido que, en promedio, la estadía en los hospitales por cualquier causa dada es superior a la correspondiente al sector privado: demoras en la realización de estudios complementarios, espera en la disponibilidad de quirófano, e inclusive utilización del hospital para cumplir funciones sociales de albergue, son algunos de los factores que explican esta situación. En otros términos, la evidencia estadística del exceso de camas esconde que en alguna medida éstas están siendo utilizadas de manera ineficiente, prolongando innecesariamente la permanencia de los pacientes internados.

En lo que se refiere al recurso humano, los datos relativos a algunas jurisdicciones apoyan la opinión generalizada de que la productividad sería también muy pobre en este caso. Así, por ejemplo, si se consideran sólo los médicos cuya actividad principal es

la consulta, se supone que dedican a ello un 80% de su tiempo en el hospital, y se computa una duración media de la consulta de 20 minutos, se obtiene que en la Provincia de Río Negro, se podría –con la misma dotación de médicos- incrementar la producción de consultas en alrededor de un 30%; este guarismo se eleva a 40% en el caso de la Provincia de Buenos Aires, y resulta del orden del 20% en Tucumán.

Si bien –más allá de la puesta en marcha del HPA- no se han adoptado medidas trascendentes para resolver el problema de eficiencia en el sector, se ha intentado recientemente avanzar en la cuestión de la filtración del gasto público en salud. En efecto, ante la reducida recaudación que lograban los hospitales públicos por los servicios prestados a los afiliados a algún seguro de salud, en abril de 1996 se firma el Decreto 338, que impulsa la elaboración del Padrón de Beneficiarios de la seguridad social. Las ventajas de la implementación del Padrón son evidentes: permitirá de una manera ágil y poco costosa para cada hospital, identificar a los usuarios que cuentan con cobertura de salud de la seguridad social y proceder a facturar los servicios prestados, reduciendo así la filtración del gasto público a la población con cobertura médica.

Sin embargo, bajo la organización vigente, la recuperación de costos no solucionará la ineficiencia que –como ya se analizara- caracteriza al sistema hospitalario, al tiempo que es probable que introduzca dos problemas adicionales: la discriminación entre pacientes y la transferencia de los costos de la ineficiencia a los agentes del seguro de salud.

En efecto, a partir de la facturación generalizada a los beneficiarios de la seguridad social, y dado que una parte de lo que se recauda por este concepto se distribuye entre el personal del hospital, existirán fuertes incentivos para priorizar la atención de estos pacientes frente a los que carecen de cobertura médica, ya que por estos últimos se continuarán recibiendo fondos presupuestarios pero desvinculados de los servicios que se les brinden. En otros términos, un esquema de esta naturaleza corre el serio riesgo de desalentar que el sistema hospitalario cumpla con el principal objetivo que tiene asignado –asistir a los grupos vulnerables-, asimilándose en alguna medida a un prestador privado.

Por otra parte, dado que la recuperación de costos no incentiva *per se* para lograr un comportamiento eficiente de los establecimientos asistenciales, tal como ocurre generalmente en cualquier empresa pública, este problema no sólo no será resuelto implementando el Padrón, sino que –en alguna medida- los costos de la ineficiencia se trasladarán a las entidades aseguradoras. Nótese que los beneficiarios de las obras sociales no pueden atenderse con cualquier prestador privado, sino con aquellos contratados por la entidad respectiva. De ese modo, si un prestador ineficiente genera mayores costos para la obra social, probablemente ésta rescinda el contrato. En cambio, en el caso de los hospitales públicos, son los beneficiarios quienes acuden a ellos sin asumir los costos de la decisión y colocando a la obra social en una obligación pseudocontractual que no puede cancelar.

Evidentemente, resolver el problema de focalización y eficiencia del gasto público en salud exige una transformación del sistema más profunda que la que implica la recuperación de costos a través de la facturación de las prestaciones brindadas a los individuos que cuentan con cobertura médica. Una propuesta con esa característica, precisamente, es la que se desarrolla a continuación.

3. Propuesta de reforma del sistema público

En virtud del diagnóstico elaborado en la sección anterior, se propone un modelo alternativo de cobertura en salud para la población vulnerable, que básicamente persigue obtener mejores resultados en los siguientes aspectos:

- Focalización del gasto público en salud: con el objetivo de alcanzar cierto grado de equidad en materia de acceso a la atención médica, se propone que la mayor parte del gasto público en salud se focalice en el financiamiento de la cobertura de los grupos poblacionales más vulnerables.
- Mejora en la eficiencia del sistema: se pretende lograr el objetivo de equidad al menor costo posible en términos de eficiencia. Se parte de la premisa que las fallas del sector público para producir eficientemente los servicios, tanto en lo que hace a la actividad aseguradora como a las prestaciones, son extremadamente difíciles de corregir, debido a las dificultades para diseñar un esquema de incentivos adecuado. Se alienta, en su lugar, un esquema competitivo, teniendo en cuenta, sin embargo, que el mercado también presenta fallas que es conveniente corregir, por lo que se asigna al sector público una importante función regulatoria.

Se propone para ello reemplazar al actual esquema de brindar cobertura médica a la población vulnerable a través de la provisión pública de los servicios de atención médica por un sistema de seguro de salud financiado con recursos fiscales. Se sugiere que la actividad aseguradora, como así también las prestaciones médicas, sea desarrollada por el sector privado, en un marco de competencia y libertad de elección, pero sujeto al cumplimiento de un conjunto de regulaciones.

En el esquema propuesto, las autoridades provinciales definen el Programa Médico Obligatorio (PMO), es decir el conjunto de eventos y/o prestaciones, que debe cubrir el seguro de salud. El criterio de elegibilidad de la población beneficiaria de este seguro será fundamentalmente el de no contar con cobertura médica de otra naturaleza.

El financiamiento de los seguros de salud provendrá de los recursos fiscales actualmente destinados a sostener los hospitales. Al respecto, en un sistema de salud cuyo objetivo de cobertura universal se cumple financiando con recursos fiscales el seguro correspondiente a la población sin seguro médico, carece de sentido mantener centros asistenciales de naturaleza pública. En consecuencia, los establecimientos existentes pueden privatizarse o concesionarse al personal que se desempeña en el mismo, a una ONG, etc.; pero, en cualquier caso, deberán financiarse como cualquier otro prestador del sistema: a través de contratos con

las aseguradoras o de la prestación de servicios directos a las familias. Alternativamente pueden, siempre en forma privada, organizarse en forma individual o en red, para ofrecer en forma integrada el servicio de asegurador-prestador, obteniendo en este caso sus ingresos de las primas de los seguros¹.

Una cuestión importante a determinar en este punto es si los recursos que el sector público destina actualmente al área de salud resultan suficientes para financiar una cobertura médica adecuada para la población a la que le debe subsidiar el seguro de salud, o en otros términos si la transformación propuesta exigiría un incremento de tales recursos.

Para efectuar estas estimaciones, se ha considerado el gasto que realiza cada provincia en este área, como también el que ejecutan las municipalidades, sin incluir en el cálculo el gasto del Ministerio de Salud de la Nación, dado que en su gran mayoría no se asigna a financiar prestaciones médicas.

Respecto a los potenciales beneficiarios del subsidio público, se han considerado las estimaciones efectuadas en la sección anterior de este trabajo, que arrojan como resultado que el tamaño de este grupo asciende a unos 12.3 millones de adultos equivalentes.

A partir de estos datos, y suponiendo que el costo de un seguro parcial para la población sin cobertura médica pero con altos ingresos equivale al 50% del costo de un seguro que cubra completamente el PMO, se realizaron los siguientes ejercicios:

- a) el cálculo del costo del seguro de salud implícito en el actual gasto público en el área y
- b) la estimación del gasto público necesario para cubrir el seguro de salud para la población sin cobertura, suponiendo una prima similar a la mínima que garantiza el sistema nacional de obras sociales a cada entidad².

Los resultados obtenidos indican que el nivel de gasto público en salud que realizan actualmente las provincias y municipios resulta equivalente a financiar una cápita mensual destinada a la contratación de un seguro de salud para la población sin cobertura del orden de los \$33 mensuales para un adulto (\$82.5 para los mayores de 60 años). Lo elevado de esta cifra resulta elocuente al compararla con la cápita mínima de alrededor de \$18 mensuales que garantiza, por beneficiario, el sistema nacional de obras sociales a cada entidad. En caso de contratarse seguros de salud para la población objetivo por un monto mensual de \$18 por beneficiario, el gasto público provincial y municipal requerido se ubicaría en torno a los \$2.500 millones por año, cifra que representa un ahorro de \$2000 millones por año en relación al monto de erogaciones actuales en este rubro. Si, en cambio, se decidiera financiar un seguro algo más completo que el mínimo del sistema de obras sociales, por ejemplo de un costo de \$20 mensuales por adulto (\$50 para los mayores de 60 años), el gasto público en salud prepararía a alrededor de \$ 2800 millones por año, más de un 35% por debajo de las erogaciones actuales en salud que realizan las provincias y los municipios.

Si bien el gasto variará según la clase de seguro que se contrate, es evidente que -de adoptarse una reforma como la descripta- el ahorro de recursos será de magnitud no despreciable, siendo ello el reflejo cabal de la filtración de gasto y de los serios problemas de eficiencia que caracterizan al actual sistema público de salud.

(*) Economista Senior de Fiel

1 Además del rol de cuidado de la salud, los hospitales desarrollan actualmente actividades de docencia e investigación, las que se recomienda en la nueva organización propuesta, que las autoridades las contraten en forma independiente, mediante licitación abierta en la cual pueden participar la totalidad de los centros asistenciales del sistema.

2. En el sistema de obras sociales se garantiza a cada entidad un mínimo de alrededor de \$18 mensuales por beneficiario.