



“HACIA UN PROYECTO DE REFORMA DEL
SISTEMA DE SALUD
EN LA ARGENTINA”

Dr. Eduardo Filgueira Lima

Buenos Aires, Agosto de 2014

	ÍNDICE
1	La Salud: ¿Un "bien de interés público"?
2	Algunos aspectos económicos de la salud
	2.1. La salud poblacional es un bien necesario para la sociedad
	2.2. Innovación tecnológica y costos en salud
	2.3. El gasto en salud
	2.4. Las formas de financiamiento (o como afrontar el "riesgo")
	2.5. La función de compra de servicios en los sistemas de salud
3	Las instituciones sanitarias en la Argentina
4	El Sistema de salud en la Argentina
	4.1. El subsector público-estatal
	4.2. El subsector de los seguros sociales
	4.3 El subsector de los seguros privados
	4.4 Los otros componentes del gasto privado
5	Las políticas de salud
6	Los Seguros de Salud Provinciales: un camino posible
	6.1 Un análisis político
	6.2 El marco regulatorio
	6.3 El financiamiento
	6.4 El aseguramiento
	6.5 Las formas básicas de prestación
	6.6 Sobre los seguros privados
	6.7 Los modelos de gestión
	6.8 Los organismos de regulación y control
	6.9 Las funciones del Ministerio de Salud
	6.10 Las funciones del Ministerio de Salud Nacional
7	Conclusiones
8	Bibliografía
9	Figuras

1. La salud: ¿un “bien de interés público”?

Para el abordaje de este tema deberíamos despojarnos de toda “teoría hecha”,... toda consideración dogmática y todo esquema que nos limite apreciar los múltiples aspectos y características que todo “bien” tiene.

El esquema que habitualmente se utiliza en economía para la clasificación de los bienes, en base a la consideración de solo las variables: exclusión y rivalidad, es a todas luces solo orientativa, de una caracterización general y no debe entenderse que la misma encasilla rígidamente y sin retorno a los bienes considerados. (Ver Figura N° 33)

Para el ser humano es menos costoso – en términos de costos e transacción – aferrarse a esquemas que ofrezcan una fácil solución e interpretación a los problemas, más que cuestionarse la veracidad y/o el alcance de los mismos.

Un esquema es solo eso: un esquema! Que permite organizar el pensamiento y orientar la comprensión de los fenómenos sociales, pero que de ninguna manera debe encerrarlo rígidamente, sin permitir evaluar o considerar sus particularidades.

Por ejemplo es frecuente que aún en base a esta misma clasificación sea difícil acordar sobre determinados bienes: ¿la salud es un bien público o un bien privado?¹

Es frecuente que exista confusión en este campo, porque las respuestas parten – por lo menos en nuestros países – del supuesto que si se trata de un bien público es el Estado el responsable de su provisión y por el contrario si se trata de un bien privado debe asumirse de manera individual.

Es decir: se da una respuesta en base a condicionantes previos (ideológicos) y sin más detalle ni análisis del problema, cuando estamos hablando de las características del bien salud y no a través de quien y como debe resolverse su necesidad.

De hecho dar una acabada respuesta de tema tan complejo como “el bien salud” no resulta fácil,... pero no es mejor emitir un juicio terminante sin mayor análisis.

La dificultad no solo estriba en que ‘la salud’ incorpora – aún no apartándonos del esquema anterior, componentes de índole pública. ¿Cómo definir por ejemplo, las acciones de erradicación del vector del Dengue o el Chagas, que no excluyen ni rivalizan?; como a su vez incorpora componentes de índole privada, por ejemplo: es así considerada en general la asistencia de las enfermedades,... cuya asistencia si excluye y rivaliza en el consumo.

Pero detenernos allí – y que unos definan la salud como un bien público y otros como un bien privado – es solo el resultado de ajustarnos a un esquema sin mayor análisis ni efectuar otras consideraciones.

¹ Debo dejar sentado que me refiero a “la salud” en el sentido amplio de la palabra, es decir: en todos aquellos aspectos, medios, recursos, formas de toda tipología, que hacen a la promoción de la salud, prevención de eventos, rehabilitación y no solo a la asistencia sanitaria en cuanto al diagnóstico y tratamiento de patologías. Estos son dos aspectos bien diferenciados en la literatura inglesa como: Public Health y Health Care

La diferenciación entre “Public Health” y “Health Care” se asumen como funciones y características muy cercanas a la realidad en salud. O por lo menos resuelve el complejo mecanismo de su provisión,

Aunque aún así quedan sin definir algunas otras acciones que – que siendo “privadas” – revisten características y consecuencias que hacen al interés público.

Por ejemplo el consumo de vacunas significa el usufructo de un bien privado que tiene consecuencias sobre otros,.. Finalmente mediante su uso se han logrado erradicar múltiples enfermedades infectocontagiosas que antaño solían provocar enormes daños sanitarios y económicos.

O ¿Cómo medir el daño potencial – y el incremento del riesgo – al que una madre expone a su hijo por nacer (y a sí misma) cuando no realiza los controles necesarios durante su embarazo?,..o expresado por su inversa: ¿Cómo evaluar el beneficio potencial – y la disminución del riesgo – con el que una madre que realiza los controles necesarios durante su embarazo posibilita a su hijo por nacer (y a si misma), en lo que a morbi-mortalidad se refiere?

En este supuesto el consumo se refiere a un bien privado (consultas, estudios de laboratorio, ecografías, etc.) y el beneficio “directo” parecería que solo se produce sobre la madre que ejerció el usufructo. Pero las consecuencias – que llamamos “externalidades” (en el primer caso descrito “negativas” y en el segundo por su inversa “positivas”) – significan la mayor o menor posibilidad de morir o vivir antes de cumplir el año de vida (TMI: Tasa de Mortalidad Infantil).

Esto es decir que la acción de usufructo de un bien considerado “privado” en salud no se limita al individuo,.. Siempre – y tanto en este caso como en casi todos – las externalidades alcanzan a terceros que muchas veces sin pensarlo se hacen beneficiarios (o víctimas) de las acciones individuales.

En el caso de la salud el denominado Public Health (que denominaré acciones de “Salud Pública”) supone que el derecho del beneficio alcanza a un conjunto que consume el bien, pero no puede limitarse (o excluir), ni rivalizar en su usufructo a otros, ya sea que contribuyan o no a su financiamiento.

En el segundo ejemplo conocido como Health Care muchos parten de conceptualizar que la exclusión y rivalidad, determinan que el derecho de usufructo alcanza solo al individuo en particular, olvidando analizar otros aspectos.

El mencionado supuesto también se justifica en que “es el propio cuerpo” el afectado y que por lo mismo es de su arbitrio y decisión sobre lo que el mismo requiere (lo que constituye una acción privada) y ello en gran medida es así, pero no siempre, ni totalmente.

Por otra parte creo que se confunden decisiones sobre un “bien” – como la salud que en realidad no se posee – con los recursos necesarios para proveerla, que en general no pertenecen al individuo: cada uno es solo un “aportante” dentro de un conjunto.

Es decir que los recursos pertenecen al conjunto de individuos en el que se diluye el riesgo eventual individual (de cualquier forma que esa dilución sea realizada), y que en todos los casos necesariamente se produce.

Lo anterior podríamos expresarlo de la siguiente forma: los recursos que se utilizan son una forma de acción cooperativa, con el objetivo de diluir el riesgo financiero en un conjunto, ante un riesgo eventual. Y ello es así aún las diferentes variantes de organización que se adopten.

Por otra parte se olvida que si bien uno puede decidir sobre lo que hacer sobre la promoción, protección, cuidado y rehabilitación de su salud – y para ello cuenta con la esencial libertad individual y sin coerciones – también se debe mencionar que esas decisiones afectan inevitablemente y en todos los casos a terceros.

Y lo que se pretende describir en el párrafo anterior es que por un lado cuando las decisiones son incorrectas afectan – como externalidades negativas – por un lado a quienes deben soportar las consecuencias (desde el punto de vista de las consecuencias sanitarias) y por otro a todos los que deben soportar financieramente la provisión de servicios que se requerirán como consecuencia de “decisiones libres”.

“...libertad no significa solamente que el individuo tiene tanto la oportunidad como la carga de su elección,... también significa que debe soportar la carga de sus acciones,.. libertad y responsabilidad son inseparables,..” (Hayek, F., 1976)

Porque el hecho de suponer que el aporte de una contribución a alguna forma de aseguramiento en salud, otorga derechos a adoptar un comportamiento irrazonable cualquiera, expresa una carencia importante sobre el conocimiento de los alcances del concepto de libertad y lo que la misma – en cuando a responsabilidad – implica.

Como a su vez ello supone un gran desconocimiento sobre las consecuencias implícitas que el bien salud tiene para el conjunto social y de cuyas acciones y decisiones – como siempre – uno no es el único afectado.

Por todo lo anterior se comprende que resultan argumentos justificables para promover alguna forma de aseguramiento universal² del bien salud – más allá de sus características “públicas y/o privadas” – y no por cuestiones humanitarias como podría suponerse, sino porque una población más sana será también subsecuentemente, más productiva para el desarrollo del país.

Y por otra parte porque nadie tiene derecho a constituirse por falta de previsión en una carga pública y porque la dilución del riesgo en una forma de aseguramiento permite (como lo hacemos cuando aseguramos nuestro coche) recorrer nuestro camino de vida previsiblemente resguardados de costos imposibles de afrontar individualmente para la mayoría.

Por ello es que la salud se constituye en un bien de “interés público”.

Otro aspecto a mencionar es el referido a que – en especial en países de medianos y bajos ingresos – es muy importante la cantidad de personas que no pueden acceder por sí a ninguna forma de seguro (ya sea público estatal, seguro público social, o privado) y es aceptable que la sociedad encuentre la forma de subsidiar su asistencia. Es decir: permitirles ingresar al conjunto de los “asegurados”.

² Con “universal” intento expresar la idea de alcanzar a todos con alguna forma de cobertura financiera del riesgo.

El punto a discutir es que entendemos por “subsidiariedad” en el sentido de resolver el “a quien,..qué y – en especial – cómo”.

De acuerdo a lo que hemos descrito puede apreciarse que la naturaleza humana es demasiado rica en matices,.. para encerrarla en esquemas rígidos e inflexibles.

El problema de las externalidades no ha sido resuelto aún por las diferentes escuelas de economía. Más aún: se ha supuesto que estas son solo aspectos ocasionales, circunstanciales, de poca importancia en las transacciones económicas y que todo puede regirse por el sistema de precios, cuando en realidad se encuentran de una manera u otra siempre presentes y con diferente magnitud en sus consecuencias.

Más aún, también deberían considerarse también “externalidades que son subsecuentes a otras previas,..”

Ni los postulados pigouvianos, ni el teorema de Coase, han dado suficientes argumentos, ni respuestas, para limitar el efecto de las “externalidades” que no solo no pueden ser obviados, ni dejados de lado fácilmente, en especial porque son precisamente las externalidades las que nos permiten comprender que “todo tiene que ver con todo”. Esto es decir que: las externalidades son la regla y no la excepción.

“..La economía no ha prestado suficiente atención a la generación de pérdidas o beneficios por fuera de la voluntad,.. nunca parecen dispuestos a asumir el concepto de ‘externalidad’ allá de lo que ellos desean ver gravada o subvencionado,.. Las soluciones a lo Pigou o el Teorema de Coase no han dado suficiente respuesta en muchos casos... (...)... No hay fin a lo que podemos imaginar que la gente considera un costo o un beneficio que no piden....(...).. Hay grandes sectores de la vida humana que no se producen en el sistema de precios, y hay cosas que están totalmente fuera de su alcance....(...)...Si usted por ejemplo es de la asistencia sanitaria sabe entonces que la asistencia sanitaria tiene externalidades positivas porque “mi utilidad depende en gran parte de su salud...” (indudablemente cierto),...”
(Gurri, A., 2013)

Por ello no es suficiente proclamar que la enfermedad afecta a “mi” cuerpo y por ello es “solo” un bien privado que “me” pertenece,.. las consecuencias son difícilmente mensurables y apenas conjeturables, tanto en términos de salud poblacional, como en términos de carga financiera para todos aquellos que contribuyen a “facilitarme” la dilución de un riesgo financiero (en cualquiera de las formas de aseguramiento que adopte) que de otra forma y en la mayor parte de los casos, no podría solventar individualmente.

Si de clasificaciones se trata y en vista de haber considerado algunos aspectos referidos a las externalidades – habiendo asumido que el “bien” salud tiene componentes tanto públicos como privados – podemos preguntarnos en qué medida las externalidades transforman un “bien privado” según la clasificación – de dos variables – mencionada, en un bien que reviste “interés público”, lo que para una sociedad no resulta una cuestión menor: porque son las cuestiones de interés público precisamente, las que definen las políticas públicas.

Y si vamos más allá entonces podemos concluir que: o bien la clasificación de los bienes – de dos variantes (rivalidad y exclusión) – es insuficiente o existen bienes como la salud que tienen características múltiples y variadas, de difícil caracterización dentro de simples esquemas, con consecuencias y aspectos sociales que necesariamente la incorporan en las políticas públicas.

A la par de las definiciones anteriores – como consecuencia de las inevitables externalidades – y desde el individualismo metodológico, podemos concluir que no solo tiene que ver con todo³, sino que a su vez y por agregación, diferentes grupos de población que sufren circunstancias de vida similares, presentan determinadas condiciones de “riesgo” por el que las probabilidades de sufrir ciertas patologías, condiciones y perspectivas, tienen similar incidencia y prevalencia, en el conjunto poblacional analizado, respecto de otros grupos comparados.

Es decir que: desde esta metodología de análisis y por agregación encontramos diferentes poblaciones con presunción de riesgos análogos, pero diferentes de otros.

El análisis de riesgo poblacional incorpora un importante capítulo para el estudio y las definiciones en las políticas públicas en salud, precisamente basados en estas consideraciones muchos han orientado políticas focalizadas.

Otro aspecto y que suma a los argumentos expresados es la “incertidumbre” que se encuentra inserta en la compra de servicios de salud. Se trata de uno de los pocos bienes que – aún en total libertad de acción – cada uno compra sin saber absolutamente nada de lo que compra, de la evolución, ni de las consecuencias, ni de los efectos colaterales o adversos, ya sea próximos o alejados. (Arrow, K., 1963)

Lo anterior significa que para comprender las características del bien salud debemos primero definir y separar las funciones de “necesidad” (que en general – pero no siempre – coinciden con la “demanda”), las que se refieren al “financiamiento” y aquellas referidas a la “provisión”. Solo cuando hablamos de “necesidad” podemos suponerlos individualmente únicos afectados.

Por otra parte no vamos a ingresar en el análisis que muchos efectúan, referido a las “fallas del mercado en salud” y que solo aportan cuestiones que se encuentran presentes – en mayor o menor medida – en todos los mercados, como por ejemplo: la asimetría de información, la relación agente/principal, la existencia de un tercer pagador (aspecto muy importante en salud), el moral hazard, etc. y por lo mismo innecesarios de abordar en el presente.

Los argumentos que presentados nos parecen suficientes para caracterizar la salud por fuera de limitaciones esquemáticas y que le confieren características particulares, que constituyen un amplio campo para futuras investigaciones y le otorgan el valor de un bien de interés público.

Resulta necesario aclarar que es exagerado suponer que una sociedad es más sana en tanto su salud dependa solo de las acciones del sistema sanitario de un país.

³ Ver Figura N° 1

Es imprescindible ampliar la mirada para comprender que en el proceso salud-enfermedad intervienen otros fenómenos de la realidad, con impacto en la salud, por lo que deja de ser un problema exclusivo de la profesión médica o de las políticas de salud.

Ello sin desmerecer el importante papel que estas ocupan.

2. Algunos aspectos económicos de la salud

Las funciones de los Estados son esencialmente la representatividad, la seguridad interior, la defensa nacional y la administración de justicia.

De la misma forma, hoy en día nadie duda que las políticas públicas vayan más allá de esos enunciados y deben centrarse en todo lo que tiene que ver con el interés público buscando la maximización del bienestar general de la población.

Para ello se admite que son otras las áreas de su competencia o intervención y que por ejemplo tanto salud como educación deben ser asistidas, para aquellos menos favorecidos y de ello se dice sin demasiadas aclaraciones: “subsidiariamente”.

Parece suponerse que el Estado debe concurrir con mecanismos de “subsidio” para permitir afrontar a los que no pueden valerse por sí mismos, o a aquellos que no pueden acceder a cubrir los costos necesarios para dar satisfacción a estas necesidades, que hoy resultan básicas para permitir el desarrollo individual y social.

Sin embargo muchos de los problemas que hoy persisten en el sistema de salud en nuestro país, se deben a su organización en función de un sistemático subsidio a la oferta (tanto en al ámbito de prestación de servicios público, como privado), situación que no se parece a la declamada “subsidiariedad”, pero si al interés particular de los grupos asociados, que de esta forma mantienen importantes privilegios, con la complacencia y asociación del poder político.

La acción subsidiaria ha sido así desvirtuada: se dice subsidiar la demanda y se hace a través de mecanismos previos de subsidio a la oferta.

En el mismo sentido cuando se dice que la población sin ninguna cobertura tiene siempre alguna forma de atención, se supone que el estado ha provisto de los servicios asistenciales necesarios para que esa demanda sea satisfecha. Y de esa forma se deciden hospitales, servicios, equipamiento, programas, etc. en el supuesto de subsidiar “indirectamente” la demanda que puede acceder a servicios gratuitos.

Pero al analizar con mayor profundidad el tema se pueden encontrar varias cuestiones que merecen ser analizadas:

- por un lado la supuesta subsidiariedad ha sido canalizada por vía de la generación de servicios lo que constituye un claro “subsidio a la oferta”,
- por otro lado muchos servicios han sido planificados por burócratas que planifican más en el interés de inaugurar obras y poco tienen que ver con responder a las necesidades reales de la gente,

- las funciones provisión y financiamiento se concentran en el estado,
- los servicios carecen de incentivos y en su gran mayoría pierden a la par y progresivamente calidad,
- en muchos casos permiten que muchos vivan y dependan de los servicios financiados por el estado (en todos sus niveles: nacional, provincial o municipal), como de infinidad de programas (de bajo costo-efectividad) y que por ineficientes lo que subsidian en realidad es el desempleo, o su pobre funcionamiento con una pléyade de burócratas que los administran y
- finalmente la demanda se encuentra cautiva de lo que se le brinda, en el supuesto que es lo mejor o lo que necesita, aunque los servicios respondan a intereses que están lejos de los suyos.

El pensamiento dominante en nuestro país fue otorgarle al Estado cada vez más funciones que, delegadas, tendrían mejor satisfacción por parte del mismo, ante las necesidades de la sociedad.

Y entre ellas la salud, se constituyó en un discurso reiterado, normatizado e impuesto desde el Estado, con el supuesto que ello hacía al bien común, satisfaciendo las necesidades de todos (y en particular “subsidiariamente” a los más desprotegidos).

Pero lo anterior nos remite a que el criterio de subsidiariedad está distorsionado en lo que se refiere a su construcción, eficiencia y resultados. Esta no es la forma de subsidio que resulte la más adecuada, y más adelante nos extenderemos sobre las consideraciones que el tema merece.

Las planificaciones han sido (y son aún hoy) abrumadoras. Las consultorías para evaluar hasta lo indescriptible han acompañado todos los proyectos. Las leyes, normas, decretos y resoluciones han sido infinitas. Pero en todos los casos caímos en un sistema de salud que presenta innumerables problemas de eficiencia, con multiplicidad de instituciones (en muchos casos superpuestas) que introducen enormes costos de transacción, carencia en la calidad de los servicios, dificultades en el acceso a cuestiones que debieran considerarse básicas y una creciente distorsión de la oferta, (entre muchos otros problemas y aspectos posibles de considerar).

Y en todos los casos las decisiones han dejado a los ciudadanos cautivos de diferentes subsistemas, con limitada capacidad individual de elección.

El gasto en salud en la Argentina ronda el 10% del PBI y ello no es acorde a los resultados sanitarios (incluso en comparación con países vecinos).

Si se piensa en términos de lo que ese gasto representa deberíamos decir que los argentinos trabajan casi 37 días de cada año (un poco más de un mes y mucho más si descontamos los feriados) solo para pagar su sistema de salud.

Si con ese esfuerzo nos sintiéramos satisfechos,.. o los resultados sanitarios fueran aceptables⁴, tal vez sería razonable soportar ese gasto. Pero ninguno de

⁴ Con frecuencia son relacionados como variables independientes el gasto en salud y los resultados sanitarios (como si estos dependieran solo del accionar del sistema de salud), cuando en realidad – y “todo tiene que ver con todo” – los resultados sanitarios tienen que ver no solo con lo que hace el sistema de salud sino también con lo que sucede en otros ámbitos

los dos supuestos son así: ni nos encontramos satisfechos, ni los resultados sanitarios son aceptables (en términos de correlación con el gasto), incluso en términos de comparación con otros países con el mismo nivel de ingresos o menor gasto en salud.

Si dijéramos por ejemplo que el país se encuentra “en condiciones de soportar” un gasto semejante todos los años – porque todas sus otras prioridades están cubiertas, o porque nuestro nivel de producción nos ubica entre los países de mayores ingresos – entonces uno podría aún a regañadientes, aceptar un gasto con beneficios relativos.

¿Qué es lo que un país se encuentra en condiciones de soportar? Y ello merece la siguiente respuesta: “la razonabilidad del gasto en cuanto recursos existentes y lo que la gente asigne – dentro de las posibilidades que permita la ‘escasez’ – como prioridades para maximizar su bienestar general, entre opciones alternativas”.

Pero ello tampoco es así: aún integrando la legión de países de ingresos medios nuestro gasto en salud debería ser mucho más eficiente. Y ello es más grave aún cuando es precisamente el Estado – quien se arroga la potestad de decidir sobre nuestra salud – cuando es quien menos gasta en relación al gasto total y ese gasto subsidia la oferta, que como consecuencia brinda servicios de baja calidad.

Otro grupo lo contemplan las Obras Sociales (conocidas como de seguro social) financiadas a partir de cotizaciones salariales, es decir que los aportantes – en términos de financiamiento – soportan una doble imposición: por un lado cotizan para el financiamiento de su seguro social y por otro pagan sus impuestos que ingresan a rentas generales y permiten el financiamiento del Estado, entre cuyos gastos se encuentra el sistema público/estatal de salud.

Casi el 48% del gasto (es decir del 10% del PBI mencionado como gasto en salud), lo aportan aquellos que desembolsan diariamente de su bolsillo:

- Porque compran un seguro privado de salud (voluntariamente y por el motivo que fuere),
- O porque gastan en co-pagos por límites en la cobertura (tanto en seguros sociales o privados), o porque se ven forzados por la atención que reciben en servicios públicos con provisión limitada o insuficiente,
- O por el gasto de quienes requieren gastos corrientes de los hogares.

Esto es lo mismo que decir que lo que se ha supuesto delegado en el Estado es en realidad soportado en su mayor parte (el 75% si incluimos el gasto de los seguros sociales, si se lo considera “salario diferido”), por los individuos o ciudadanos en particular, independientemente de su nivel de ingresos.

Y este no es un dato menor ya que se supone al Estado como el gran financiador-proveedor que se asocia al Estado Benefactor,.. pero los actores políticos (en asociación con los grupos de interés) han logrado que el financiamiento – que no es poco – quede distribuido en determinados niveles

de la vida social, como: trabajo, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, cobertura de salud, etc. (Ver Figura N° 1)

de la oferta y la gente deba financiar el resto, todo lo que engrosa el bolsillo de los que gozan privilegios.

Obviamente que el estado aporta poco y se distribuye entre muchos el salario o lo que se paga por honorarios al profesional que está en la base (siendo la calidad de los servicios la caja de resonancia) y por lo mismo poco también es lo que llega a satisfacer las necesidades de la gente, en particular la de mayores necesidades y menores recursos para reclamar.

El comportamiento de los gobernantes ha sido impregnado por un alto grado de desconocimiento sobre este tema (que no es nada sencillo), una gran incapacidad en la gestión y por lo mismo una enorme improvisación, que ha permitido que gran cantidad de recursos se distribuyan en grupos privilegiados que operan en determinados niveles (empresas de medicina prepaga, gerenciadore, socios y proveedores, etc.), camino que nos ha conducido a donde hoy estamos y resulta ahora difícil de desandar.

El país ha incrementado su gasto público en mayor proporción que otros países del Cono Sur, llegando casi al 48% del PBI. Pero su gasto – que se financia con creciente presión impositiva, endeudamiento, expropiaciones, emisión monetaria, etc. – y que aunque hoy cualquiera entiende “que el país no se encuentra en condiciones de soportar” ese gasto público, tampoco se ha dirigido a resolver asuntos prioritarios (entre los que podría mencionarse “la salud”, que suele pasar desapercibida), sino a financiar otros asuntos que hacen más al interés de la clase política.

En la figura N°2 se evidencia como ha sido el incremento del gasto público. (IDES, 2013)

“...La experiencia internacional muestra que el progreso de un país no depende del tamaño del Estado sino de la calidad de la gestión pública. Prueba de ello es que en los países más avanzados las dimensiones del sector público son muy variables. Las sociedades más prósperas se distinguen de las más atrasadas por el sentido estratégico en la asignación de los fondos públicos y en la aplicación de técnicas modernas de gestión. En otras palabras, el éxito de las sociedades no depende tanto de la cantidad de recursos apropiados por el Estado a través del cobro de impuestos sino de la calidad de los servicios a través de los cuales los impuestos retornan a la sociedad...” (Ibid.)

Y no es de esperar que estas cuestiones se resuelvan de manera inmediata (ya que afectan muchos intereses), y que se prefiera solo declamar, porque:

- Existe baja demanda social de cambios en salud,
- Nadie quiere pagar los costos que implicaría una reforma (los costos políticos: gremiales, con grupos de interés asociados al poder político, etc.) (Filgueira Lima, E. 2012)

Por lo que se mantiene el statu-quo. Y no es de esperar que sucedan cambios espontáneamente en el tiempo, si antes no se clarifican muchos aspectos y se apela a cuadros políticos y técnicos que con suficientes conocimientos y que antepongan los intereses de los ciudadanos a sus intereses personales.

En nuestro caso la distorsión de las políticas públicas ha condicionado que las “prioridades” pasaran a ser las que hacen al interés de algunos políticos – y la organización de nuestro sistema de salud respondiera al interés de algunos

grupos asociados – dejando la carga de un financiamiento “agregado” que pesa sobre los hombros de toda la población y con una previsible ineficiente relación entre gasto y resultados.

Del esquema organizacional de nuestro sistema de salud se desprenden en gran medida tanto el incremento del gasto (por costos de transacción), como las dificultades en mejorar los resultados sanitarios.⁵

Su análisis describe las principales características del sistema de salud hoy:

- Fragmentación
- Segmentación
- Desfinanciamiento (¿o mala asignación?) (10.2% del PBI)
- Organización por permanente subsidio a la oferta
- Distorsión de la oferta por incentivos inadecuados
- Cambios en el perfil de la demanda
- Ineficiencias propias del sistema y corrupción
- Ausencia de correspondencia entre el gasto y los resultados sanitarios

No dejamos de advertir que esta circunstancia solo deja bien resguardados a quienes tienen medianos/altos y altos ingresos por la posibilidad de – por vía de asociación o por contratación directa – cubrir su asistencia mediante un seguro privado, frente al que también diluyen su riesgo financiero.

Pero estos son un pequeño porcentaje (10% en nuestro caso) de la población, a diferencia de los países de altos ingresos en los que la población que puede acceder a este tipo de cobertura es proporcionalmente mayor.

No se trata de que todos deban acceder a lo mismo,.. se trata de que los que no pueden valerse por sí mismos no queden cautivos, inevitablemente deban recurrir a lo único posible y sin remedio conformarse con pobres y malos servicios.

Se trata – y este será el eje final de la propuesta – que el financiamiento del Estado sea “subsidiario” (como “subsidio directo”) de la asistencia de la demanda sin otras posibilidades de cobertura, según sus necesidades y en libertad de elección.

Se trata también de lograr un sistema integrado de salud, que logre eliminar su fragmentación (con sus costos agregados), que base sus acciones en una mejor provisión de servicios y en la unificación de sus fuentes de financiamiento.

Nuestra realidad hoy y los datos mencionados nos permiten suponer que la salud solo se ha constituido en un supuesto bien de “interés público”, que es más declamado que efectivamente satisfecho, que no se encuentra en las prioridades de la agenda pública y que no está de más preguntarnos cuál es la forma de insertarlo como un problema prioritario de la sociedad, tanto sanitaria como financieramente.

⁵ Ver Figura N° 2

2.1. La salud poblacional es un bien necesario para la sociedad

“...lo antes expresado supone un primer argumento por el que a un país le debería interesar la promoción, el cuidado, la curación y la rehabilitación de un bien – como la salud – porque hace a la mejora de su productividad,...(y esto no es ni un conocimiento antojadizo, ni de saber reciente: población más sana es potencialmente más productiva), lo que la incluye necesariamente entre los denominados: de interés público!...”

Los sanitaristas han interpretado las características mencionadas para definir la salud – por su interés público – como un “bien meritorio”.⁶

Para graficar lo anterior presentamos un gráfico (ver: figura N° 4) en la que se pone en evidencia la diferencia en AVPP/100.000 hab/año en diferentes países por grupos de patologías (según transición epidemiológica) y niveles de ingresos. (OMS, 1996)

Desde esta perspectiva la pregunta que cabría formularse es: ¿Son los países más desarrollados por tener una población más sana?,... o bien: ¿en qué medida una población más saludable contribuye a que sean más productivos y desarrollados?. Así como podría plantearse la consideración inversa: ¿la población de los países desarrollados es más saludable por esa misma condición subsecuente al desarrollo?

Y necesariamente la pregunta no exime de analizar y concluir que de una u otra forma los países más desarrollados tienen menos días perdidos por muertes prematuras: los de menores ingresos tienen 234 días perdidos por cada año y cada 100.000 habitantes vs. 56 días (apenas el 24%) en los de mayores ingresos, aunque el perfil epidemiológico en cada caso cambie.

No es posible eludir la consideración que cuando menos las cifras expuestas nos permiten suponer que los países con mayores AVPP son los que en definitiva cuentan con menores posibilidades de años productivos vividos por sus ciudadanos.

Por otra parte para los países de altos ingresos un gasto del 7 al 10% de su PBI en salud es más fácil de soportar que esa proporción de gasto para un país en vías de desarrollo.

De igual forma para ambos se debe atender al significado que tiene el gasto en salud, erogación que tiene dos aspectos a considerar:

- Por un lado el campo sanitario constituye una parte importante de la actividad económica y
- por la otra resta su gasto a otras actividades que – depende del país – podrían generarle mayor riqueza.

⁶ Ref. (del latín: “meritorius”) Digno de premio, cuidado y/o protección

Las variables a considerar son: el gasto posible en salud que posibilite el máximo beneficio en cuanto a resultados sanitarios, que permitan una población más sana y por ello también potencialmente más productiva.

A su vez deberíamos suponer que por ese mismo motivo, los países de menores ingresos, deben afrontar un peso relativo mayor en la atención sanitaria y que su gasto significa una mayor carga financiera proporcional, lo que seguramente resulta más difícil de soportar.⁷ (OMS, 2004)

Incorporando otras variables (como APD y DALY's) similares conclusiones pueden obtenerse de la figura N° 5, pero con el agregado que en este caso se expresan variantes por factores derivados de los cambios epidemiológicos.

En las poblaciones más saludables se logra que mayor número de personas alcancen las edades mayores. Este fenómeno a su vez se ve acompañado de lo que denominamos “transición epidemiológica”, por la que resulta menor la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y por lo mismo incrementan su peso relativo las enfermedades crónico-degenerativas.

Esto quiere decir que en los países de altos ingresos priman las enfermedades no-transmisibles que incorporan una mayor expectativa de vida y mayores componentes de discapacidad ajustados por años de vida, en especial en Europa, Japón y otros que cuentan con una población más envejecida.

Sin embargo de la misma forma se observa que los países de mayores ingresos presentan los menores valores de YLL (años de vida perdidos por año y 1000 habitantes), como de DALY'S (años de vida ajustados por discapacidad), o de YLD (años de vida perdidos por discapacidad). (Ibid.)

Si bien la premisa argumental es cierta y las poblaciones más sanas tienen mayores posibilidades de aportar a la productividad de un país, cuando ese desarrollo se hace posible también se incrementa la expectativa de vida (EV), y como he mencionado aparecen otros factores epidemiológicos que son inherentes a esta nueva situación: las enfermedades no-transmisibles cobran mayor peso relativo, resultando más costosas en su operatoria asistencial y determinando mayores componentes de cronicidad y discapacidad.

Para comprender este concepto debe incorporarse el análisis desde una perspectiva poblacional – es decir: desde la agregación de condiciones individuales – que afectan a grupos en similares “condiciones de riesgo”.

Por otra parte el concepto que se plantea no es novedoso: La Carta Imperial de Alemania declaró en 1881: “...*el bienestar social para los pobres como esencial para la supervivencia de la Nación...*” El supuesto que subyace en esta declaración es que, muchos podían hacerse cargo de sus gastos de asistencia médica, pero no los pobres, que funcionaban como un lastre para la economía de la naciente industrialización del país.

Las causas eran por una parte su ausentismo laboral y por otra porque los costos de su asistencia debía ser solventada por los medios existentes en ese momento.

Si esto era así entonces – con formas y medios de tratamiento rudimentarios a los ojos de hoy – podemos imaginar lo que significaría en nuestros días.

⁷ Ver figura N° 5

2.2. Innovación tecnológica y costos en salud

La impresionante evolución tecnológica de los últimos años ha generado: por un lado un formidable avance en los medios de diagnóstico y tratamiento médico, con indudables beneficios sanitarios, pero también y por otra parte – dados sus costos – que hoy en día nadie por sus propios medios pueda afrontar las contingencias económicas derivadas de un evento de salud, dadas sus características de imprevisibilidad (incluso en cuanto evolución, complicaciones o derivaciones posibles), por lo que se hace necesaria la ampliación de la cobertura a niveles básicos de relación costo/efectividad comprobadas, sostenibles y en los niveles posibles de afrontar por cada país.

Y este es un argumento difícil de tratar porque incluye muchos aspectos de gran importancia, social, política y económica. Así como del mismo accionar del sistema de salud y la gestión clínica.

Que la “revolución tecnológica” – desde hace 40 años a la fecha – ha permitido un impresionante desarrollo e incorporado formidables avances en toda la cadena de procedimientos sanitarios, es un hecho indudable.

Que a su vez ello ha permitido la mejora de muchas variables – en particular la expectativa de vida, o la calidad de vida de muchas personas – también lo es.

De igual forma que progresivamente esos beneficios han alcanzado cada vez a mayores grupos de población.

Pero esa posibilidad de mayor consumo ha reducido de manera muy poco significativa los costos unitarios de las prácticas mencionadas y por el contrario – a mayor cantidad – el costo final demandado en el gasto en salud ha sido creciente.

Para cualquier bien la masificación del consumo conduce a una disminución del costo unitario y su acceso al mismo por más personas. Pero este capítulo tiene en salud algunos aspectos distintivos a considerar.

Es cierto que la incorporación tecnológica en salud ha alcanzado cada vez a mayores grupos de población, pero no han disminuido significativamente los costos unitarios, salvo en algunas prácticas convertidas en rutinarias, de las que también efectuaré algunas observaciones.

En términos generales la innovación tecnológica ha representado en casi todos los países en los que se ha incorporado, un incremento del gasto total en salud.

En un informe del Banco Mundial se observa este crecimiento en los últimos años – expresados en u\$s a precios actuales por año y por habitante – que se trata solo de promedios (que obviamente omite los extremos y que según los países es desde u\$s 11/cápita/año en los de menor gasto a u\$s 7.845 en el país de mayor gasto que es EE.UU. en 2011), lo que considera su dilución en

el crecimiento poblacional y que no compara con años anteriores al 2004 en los que el gasto era significativamente menor.⁸ (BM, 2012)

El crecimiento del gasto ha sido persistente, se ha convertido en una espiral inflacionaria, resultando para muchos países ya insostenible.

El gasto en salud tiene un alto costo de oportunidad para otras inversiones productivas. De persistir este ritmo el gasto en salud – en un ejercicio hipotético – se duplicará al actual en términos de % del PBI mundial para el 2050 (lo que sería insostenible), como producto del envejecimiento poblacional y la incorporación de nuevas tecnologías.

Si bien la misma actividad sanitaria y sus implicancias industriales e innovativas constituyen en sí parte del proceso productivo, por otra parte representan un gasto que para muchos países ya resulta difícil de soportar,.. mucho más aún: cuando la presión de los diversos grupos de interés determinan que ese gasto sea dirigido a cuestiones de menor costo-efectividad, que otras de las que se carece, que se consideran básicas y de mejor relación.

“Con el rápido aumento de los costos, los países deben obtener una mejor relación calidad-precio de su gasto en atención a largo plazo,... Se deben revisar las políticas sistémicas implementadas en muchos países, a fin de aumentar la productividad,..” (Gurria, A., 2013)

En este aspecto son importantes de mencionar las palabras del Presidente de la ONU:”.... Yong Kim explicó que los gastos en salud obligan a unos 100 millones de personas en el mundo a vivir en la extrema pobreza cada año y otros 150 millones afrontan graves dificultades económicas por la misma causa,..” (Kim, J. Y., Asamblea ONU, 2013)

Lo que Y. Kim dice es precisamente que el sistema de salud induce lo que se supone debería contribuir a evitar.

Cuando hablamos de las tecnologías más conocidas podemos verificar (de acuerdo a la figura N° 7) que diferentes bienes incorporados por la tecnología han expandido su usufructo llegando cada vez a más hogares y ello – con el tiempo – ha permitido beneficiar a muchas más personas y al mismo tiempo su acceso ha sido posible por la disminución del costo unitario de los productos.

Este es un principio básico en la economía: “los productores quieren vender a cada vez más personas y eso lo logran abaratando el costo unitario de lo que venden”.

Pero esa es una regla que tiene diferentes efectos en el mercado de la salud:

- La innovación tecnológica abarata solo en algunos casos el costo unitario, pero su expansión – la utilización por más personas – termina por acrecentar (en forma desproporcionada a los beneficios) el gasto total en salud.
- Por otra parte solo en pocos casos este mayor acceso a tecnologías sanitarias resulta en beneficios medidos en términos de resultados.
- De lo anterior se deduce que la “utilización por más personas” (es decir: la masificación del consumo) tiene a su vez muchas limitaciones en

⁸ Ver Figura N° 6

virtud de la tipología y el número de pacientes – prevalencia e incidencia – que puedan requerir el uso de cada una.

- Dado que solo en circunstancias muy particulares pueden modificarse las necesidades – epidemiológicamente: prevalencia e incidencia – la expansión de la tecnología es frecuentemente además el resultado de un “sobreuso” (por prescripción y por oferta) que incrementan el gasto y poco mejoran las condiciones sanitarias generales de la población, ya que “sobreuso” significa a su vez “utilización sin necesidad”.
- Además la búsqueda en la asistencia clínica, está en manos de “especialistas” que ingresan en el terreno del “sobrediagnóstico” – sin agregar que frecuentemente existen conflictos de intereses – lo que conlleva sesgos para diagnosticar patologías que muy probablemente nunca hubieran tenido ninguna consecuencia en la vida de los pacientes. (Kopitowski, K. & García, C., 2013)
- En referencia a lo anterior es conocida en el ambiente médico la frase: “...*paciente sano es paciente mal estudiado,...*” Esta afirmación parecería contradecir a los que entendemos que el estado natural del hombre es el estar sano.
- La función de “agente” (el profesional) / “principal” (el paciente) tiene mucha importancia. “...*Como consecuencia, se realizan chequeos y tratamientos innecesarios que causan daños físicos y psicológicos y costos innecesarios para el sistema de salud...*” (Kopitowski, K., 2014)
- “*En salud: más o lo más complejo,.. no siempre es mejor medicina...(...) aunque siempre se nos impone lo que Fuchs denominó: ‘imperativo tecnológico’....*” (Filgueira Lima, E. 2001)
- El sobreuso tecnológico (o la utilización acrítica de tecnología) tiene muchas causas, como por ejemplo: el cambio en el perfil de la demanda generado por la información, la confusión entre demanda y necesidades, la existencia de un tercer pagador, la baja capacitación médica, el “moral hazard”, la medicina “protectiva”, intereses oportunistas del prescriptor, las estrategias de marketing de la industria, etc. (Quinn, G. & al. 2014)
- “...*los grupos de interés realizan congresos, seminarios, entregan regalos a los profesionales, incluso viajes, etc.(...)...Estas reuniones, nexos y relaciones ayudan a mantener a los médicos informados sobre novedades en la atención sanitaria, pero también crean el potencial para causar daño a los pacientes y a los sistemas de salud. Estas relaciones, por ejemplo, resultan en tasas de mayor prescripción de medicamentos nuevos, fuertemente comercializados, que suelen ser más caros...*” (Ibíd).
- En muchos casos la utilización tecnológica no mejora proporcionalmente tampoco la calidad de vida en comparación a procedimientos más sencillos o la aceptación de una evolución natural de la enfermedad, como por ejemplo: muchos tratamientos onco-farmacológicos y/o radioterápicos, o el ya largamente cuestionado “encarnizamiento terapéutico”,..etc. (Gervas, J. 2003)
- Pero también en procedimientos rutinarios podría considerarse que se cometen excesos. Por ejemplo en algunas investigaciones de gestión

media se ha puesto en evidencia que de cada 1 millón de estudios radiológicos de rutina requeridos como “pre-quirúrgicos”, solo 323 (el 0,032%) mostraron anomalías, que solo requirieron otros procedimientos de confirmación. Pero de esos 323 solo 3 impidieron el procedimiento inicial e hicieron necesarias otras intervenciones. En ningún caso modificaron la conducta quirúrgica inicial. (Roa, R., 2014)

- Lo anterior invita a efectuarse la siguientes preguntas: ¿Cuál es el motivo que induce a realizar tantos estudios “normales”?... ¿acaso es “por las dudas”? Y si esto es así: ¿las dudas de quien y porqué?...
- ¿Solo por intereses?... ¿dudas generadas por carencia de pensamiento crítico?... ¿demandas que no son necesidades?... ¿debemos afrontar todos el costo incremental que genera el sobreuso tecnológico? ¿o por defecto, quien debe hacerlo?
- El sobreuso tecnológico (en particular el diagnóstico) resulta consecuencia del predominio del pensamiento “posibilístico”, por sobre el “probabilístico”. Es decir: *“...es posible que un paciente padezca de cualquier patología, si se piensa en una distribución aleatoria de la enfermedad, ...(...).... pero la mayoría de las veces es improbable que ello suceda, si se piensa en términos de condiciones de riesgo, ...”* (Siede, J., 2009)
- La medicina no es una ciencia exacta, sino un permanente proceso de ensayo y error. Pero si uno ensaya debe saber que lo hace con el dinero de cada individuo y de la sociedad, para por lo menos acotar su mal uso. El “pensamiento probabilístico” acota el margen de error y el mal uso de la tecnología e implica el uso racional de recursos (siempre escasos).
- El uso de la “tecnología apropiada” – en todos los niveles – es uno de los pilares de la APS. Y el concepto surge de una multiplicidad de condicionantes referidos a: necesidades reales (y no generadas), pasibles de ser resueltas por los medios más accesibles, sencillos, aceptables, aceptados, que se encuentren al alcance de las personas, previo análisis de tecnologías sustitutivas y con la mejor relación costo/efectividad. (Rovira, J., 2004)
- De lo mencionado puede deducirse que la innovación tecnológica en salud no ha reducido los costos a afrontar por cada individuo. Si bien algunos pueden haber reducido sus costos unitarios al extenderse su consumo a más personas, para cada paciente el número de estudios se ha incrementado por su diversidad, prescripción acrítica, etc. Y esto conduce a hacer imposible de afrontar individualmente los costos, como a su vez a incrementar desmesuradamente el gasto total en salud.
- Por su parte muchas tecnologías son rápidamente reemplazadas por otras que parecen más efectivas, o aceptadas, o aceptables,.. pero ese reemplazo no significa disminución del gasto total, sino siempre incremento del mismo – y solo en algunos pocos casos disminución del costo unitario – porque solo estímulos al sobreuso pueden incrementar la demanda más allá de las necesidades. En este punto podemos diferenciar diferentes aspectos:

- Que se trate de tecnologías (de baja complejidad) que al cabo de ser incorporadas se masifique su uso porque se consideren de utilidad (Ejemplos: vacunas, estudios radiológicos, de laboratorio, etc.) hoy considerados “rutinarios” – aunque siempre tengan el límite de su indicación o la extensión al sobreuso – lo que impone un tope a la cantidad del consumo y por lo mismo su costo unitario puede disminuir moderadamente (a valores constantes) pero el gasto total para el sistema se incrementa. Sin embargo este mercado tiene un importante dinamismo (en especial y particularmente en el rubro medicamentos), pues por innovación o mayor sofisticación se produce rápidamente el reemplazo, con lo que muchos pasan a la obsolescencia, pero continúan en el mercado, mientras otros nuevos, de mayor costo y recién incorporados los reemplazan.
- En el caso de tecnologías de mediana complejidad (incluso medicamentos), siempre se expande su consumo, incluso a otras patologías no pensadas inicialmente – inducción al sobreuso y sobrediagnóstico – pero no disminuye el costo unitario, lo que agregado al incremento de la cantidad mantiene (o incrementa) el gasto individual y total.
- En el caso de tecnologías de alta complejidad su masificación está limitada por las variables epidemiológicas de incidencia y prevalencia. En este caso es muy difícil “generar demanda” más allá de lo normativo. Por otra parte sucede con frecuencia que el producto se considere inicialmente útil pero que a poco de su incorporación se demuestre su ineficacia, o limitaciones en su uso, sus efectos colaterales y/o adversos, etc. y por lo mismo puede pasar a la obsolescencia o bien mantener un pequeño nicho, pero de costos unitarios altos. (Ejemplo: enfermedades de alto costo y baja incidencia,.. o tratamientos experimentales,.. o quimioterapia oncológica muchas veces prescrita sin sustento suficiente)⁹
 - Solo tres estudios – en el día de hoy – se consideran en general con suficiente efectividad en la prevención (prevención primaria) o diagnóstico temprano (prevención secundaria): la mamografía (para el cáncer de mama), el PSA (para el cáncer de próstata) y la colposcopia y PAP (para el cáncer de cuello uterino y el HPV). Y estos están entre los pocos considerados de buen uso rutinario (screening), utilización masiva y con muy buena relación costos/beneficios.
 - Aunque también son cuestionados porque “logran descubrir patologías” que nunca hubieran tenido consecuencias en la vida de los pacientes. Por ejemplo es conocido que el 50% de los hombres mayores de 60 años tiene alguna forma de cáncer de próstata – si se realizaran detallados estudios anátomo-patológicos de cada uno – pero solo 3 de cada mil (de ese 50%) padecerán de un cáncer con consecuencias que requerirán o no tratamiento. ^(Ibid. García,C.)¹⁰ Esto se debe interpretar como

⁹ Ver: Figura N° 9-B

¹⁰ En Kopitowski, K & García C. (2013)

que la masificación del consumo del PSA (screening) también hubiera podido limitarse y que su sobreuso conduce al sobre-diagnóstico lo que lleva a procedimientos que (además de sus consecuencias), pueden ser innecesarios.

- También la mamografía tiene sus puntos de discusión: *“...En las condiciones habituales, el diagnóstico de cáncer de mama por cribado apenas modifica la probabilidad de morir por cáncer de mama (en torno al 5%). Un efecto irrelevante que no compensa los daños de las mamografías....(...)...si se consideran las cifras menos optimistas y globales, más reales, la probabilidad de evitar la muerte por cáncer de mama tras su diagnóstico por cribado,...es en torno al 5%. Es decir: el 95% de los cánceres diagnosticados por cribado nunca hubieran provocado la muerte...”* (Gervas, J., 2011)
- Otro estudio demuestra que no existen diferencias entre dos grupos en los que a uno se le realizó examen mamario sin mamografía mientras que al otro se le realizó dicho estudio. Comparados ambos grupos se concluyó que: *“La tasa de mortalidad por cáncer de mama fue el mismo en ambos grupos, pero 1 de 424 mujeres que tuvieron mamografías recibieron tratamiento innecesario contra el cáncer, incluyendo cirugía, radiación y quimioterapia. Solo en los EE.UU. se realizan 37 millones de mamografías anualmente a un costo unitario aproximado a los u\$s 100,- Las conclusiones son obvias en cuanto a la relación costos/beneficios de este screening y mucho peor si se consideran los tratamientos innecesarios efectuados por sobre-diagnóstico.* (Kolata, G. 2014)
- Otras investigaciones sugieren que la mamografía de rutina – vista como una herramienta esencial en la detección de cáncer de mama temprano – puede llevar a una cantidad significativa de sobrediagnóstico de la enfermedad que habría resultado inofensiva (no hubiera causado síntomas, ni puesto en riesgo la vida de las pacientes). Basado en un estudio de mujeres en Noruega, los investigadores estiman que entre 15 y 25 por ciento del cáncer de mama son casos sobrediagnosticados y con consecuencias no siempre previsibles, por los tratamientos a los que las pacientes son sometidas. (Felscher, K. 2012)
- *“...La mamografía no sería apropiada para su uso en el diagnóstico de cáncer de mama porque no puede distinguir entre cáncer progresivo y no progresivo,...(...)... Los radiólogos han sido entrenados para encontrar incluso el más pequeño de los tumores en un intento de detectar los cánceres tantos como sea posible para ser capaz de curar el cáncer de mama. Sin embargo, el presente estudio se agrega a las crecientes evidencias que demuestran que esta práctica ha provocado un problema para las mujeres, en particular: diagnóstico de cáncer de mama que no causa síntomas o incluso la muerte...”*(Kalager, M., 2012)
- Similares conclusiones son a las que llegan otros estudios: *“...Por lo tanto la mortalidad acumulada por cáncer de mama fue similar entre las mujeres en el grupo al que se le efectuó la mamografía y en el grupo de control (cociente de riesgo 0.99, intervalo de confianza 95 0.88 a 1.12). Después de 15 años de seguimiento un exceso residual de 106 de los cánceres se observó en el primer grupo, un sobrediagnóstico atribuible*

...(…)... *La mamografía anual en mujeres de 40 a 59 años de edad no reduce la mortalidad por cáncer de mama más allá del examen físico o atención habitual cuando la terapia adyuvante para el cáncer de mama está libremente disponible...* (Miller, A.B., 2014)

- *“...Es prevención la actividad sanitaria que pretende evitar daños futuros con actividades en el presente. La prevención se adorna de un aura de beneficios que no se justifican científicamente sino por los intereses que mueve. Estos intereses son industriales, profesionales, políticos y sociales. Puesto que los recursos son finitos, la prevención lleva la transferencia de recursos desde las actividades curativas (y de las actividades preventivas mismas, entre las que tienen gran beneficio con poco coste y perjuicios a las que obtienen resultados marginales a costes exagerados). La colusión de intereses lleva a la participación entusiasta de los profesionales, de la población y de los pacientes en las actividades preventivas, hasta cierto punto ofrecidas sin mucha discriminación ni selección. Los daños se ignoran y la prevención se expande sin límites, de forma que cabe dudar de que se compensen los perjuicios con los beneficios. En las actividades preventivas parece que el fin justifica los medios....”* (Gervas, J. 2011)
- El Consejo de expertos del Swiss Medical Board acaban de aprobar un informe sobre la Investigación rutinaria por mamografía en el que a) no se recomienda que los programas de cribado mamografía sistemática sean introducidos, b) debe existir un límite de tiempo en la mamografía sistemática existente programas de cribado, c) todas las formas de mamografía deben ser evaluadas con respecto a su calidad, d) así como previo a todas las formas de la mamografía, debe realizarse una evaluación médica cuidadosa, e) dicha evaluación debe acompañarse de una aclaración comprensible para el paciente informando de lo deseable, como de los efectos indeseables. (Biller-Andorno, N., 2013)
- El proceso ciclo de “vida natural de la tecnología sanitaria desde el punto de “investigación y desarrollo” hasta su utilización en forma generalizada no es en nuestros países suficientemente monitoreado por sistemas confiables de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (ETS) y cuando muchas cumplen su ciclo e ingresan en período de obsolescencia son rápidamente sustituidas por la industria mediante mecanismos de “diferenciación del producto” o su reemplazo por otras no menos costosas, aunque las nuevas no hayan probado una adecuada relación costo-efectividad.
- Algunos sectores, especialmente la industria, perciben la ETS como un impedimento para la introducción de tecnologías innovadoras en el sistema de salud. Bajo esta perspectiva, en ocasiones se ha calificado la ETS como la “cuarta barrera”, detrás de la evaluación de la seguridad, la eficacia y la calidad, componentes de los requisitos reglamentarios de muchos países. (Karolinska Institute, 2008)
- En muchos países se gasta más de un 40% de la inversión en salud en tecnologías que no resultan efectivas. (OMS, 2010). Y esto significa que debe repensarse mediante ETS el verdadero aporte que ofrecen las nuevas tecnologías ya que mucho del gasto que representan podría ser

aplicado a otras actividades más necesarias y efectivas (“costos de oportunidad”) en términos de salud poblacional.

- Casi el 70% del gasto en nuevas tecnologías resulta de su utilización en personas mayores a los 60 años, en procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que no siempre aumentan los días de vida, como tampoco mejoran su calidad.
- El punto anterior es relevante porque es seguramente el de mayor importancia para sesgar el comportamiento de la “curva de rendimientos decrecientes”¹¹ el mayor aporte que estas tecnologías pueden hacer, se refleja en particular en un pequeño porcentaje de personas, que representa el 13,44% del total de la población en la Argentina. Esto podría ser parte de un debate ético.
- Las nuevas tecnologías han permitido un avance significativo en la asistencia sanitaria en muchos aspectos, pero cada uno de ellos debería ser evaluado sanitaria, social, política, económica y éticamente.
- La expansión tecnológica no abarata los costos sino que los incrementa a nivel individual y para el conjunto social, restando recursos a otros procedimientos que siendo necesarios, no se efectivizan.
- Si detallamos todos los aspectos y procedimientos que se realizan o indican en la gestión clínica (o microgestión), vemos como muchos son innecesarios, otros podrían ser evitables y en otros no existe una comprobada relación costo/efectividad. La MBE y las guías de gestión clínica resultan un instrumento imprescindible para la orientación adecuada de los profesionales.
- La sumatoria de procesos no sustentados con evidencia suficiente, la extensión de la prescripción por sobreuso o sobrediagnóstico, y el rápido giro innovativo, en especial en la industria farmacéutica, promueven aún más el mecanismo inflacionario del gasto en salud.
- Las patologías de alto costo y baja incidencia son solo un ejemplo: dada su baja incidencia sería imposible “masificar el consumo”, bajo el supuesto de disminuir su costo unitario,.. y por ello han sido denominadas “enfermedades catastróficas” (desde el punto de vista financiero),..
- Por otra parte la masificación del consumo significaría mayores necesidades/demandas,.. lo que equivale a suponer peores condiciones sanitarias,.. ¿? y ¿mayor gasto en salud con menor productividad potencial?
- Existen procedimientos de mucho menor costo y alta efectividad en términos de salud poblacional – ejemplo las acciones de Atención Primaria de la Salud – que solo pocos países han llevado más allá de lo discursivo, logrando muy buenos resultados sanitarios, aún con baja incorporación de nuevas tecnologías e incluyendo la prevención cuaternaria. (Gervas, J., 2004)

¹¹ Ver: Figura N° 10

- “...La prevención cuaternaria busca evitar el daño que causa la actividad del sistema sanitario. En ese sentido lo primero es evitar la actividad innecesaria, y cumplir siempre con ‘lo primero, no dañar’...”^(Ibíd.) ... y evitar daños significa también limitar costos gravosos e innecesarios.
- Deben diferenciarse las posibilidades de gasto entre diferentes países: no es lo mismo uno de bajos ingresos – para afrontar el gasto que las nuevas tecnologías insumen – que uno de altos ingresos. En estos últimos el exceso del gasto – es decir: más allá de lo necesario – puede ser mejor soportado.
- La incorporación de nuevas tecnologías sanitarias tiene representación en la “curva de rendimientos decrecientes”.¹² En salud acciones masivas de bajo costo pueden tener alto impacto sanitario (en términos de resultados) y ellas están asociadas – en mi opinión – a dos elementos:
 - Por una parte una organización del sistema de salud que permita superar la fragmentación,
 - como – por otra – las acciones y procedimientos de APS que constituyan la base del modelo de atención,...
 (de ambos carecemos en el sistema de salud en Argentina).
- A partir de allí la incorporación de tecnología debe ser cuidadosamente evaluada, porque la utilidad marginal no se incrementa (sino que decrece) pero la curva de demanda tiende a “verticalizarse”. Es decir: dado el “precio-elasticidad de la demanda” que no se modifica en las cantidades demandadas ante cambios en el precio unitario.
- Cuando se encuentra el punto de equilibrio, la industria ha generado nuevos productos de reemplazo que repiten el proceso. Se ingresa en una espiral inflacionaria de altos costos y bajos rendimientos sanitarios (no proporcionales).^(Ibíd. Siede, J. 2009)
- Se han propuesto diversas recomendaciones para limitar los efectos inconvenientes de la incorporación acrítica de tecnología:
 - los entornos epidemiológicos, (p. ej., la prevalencia relativa de enfermedades transmisibles y no trasmisibles o agudas y crónicas);
 - las condiciones físicas;
 - los recursos económicos;
 - la financiación sanitaria y los mecanismos de distribución;
 - la aceptación cultural de las intervenciones sanitarias;
 - los valores en cuanto a las preferencias personales, la eficiencia y la equidad;
 - la capacidad de mantenimiento de la tecnología;
 - las infraestructuras civiles y sanitarias;

¹² Ver: Figura N° 10 Expresa la correlación gasto/resultados sanitarios ante la incorporación tecnológica en salud. En el top de gasto hay quienes manifiestan que los países que han invertido en I&D tecnológico verán cambiar sus perspectivas a “rendimientos acelerados”.

- la dotación de personal cualificado;
 - la capacitación y la formación;
 - el entorno reglamentario;
 - las cualificaciones de los profesionales de la salud; y
 - la rentabilidad de los mercados sanitarios (p.ej., para las empresas tecnológicas)
 - las agencias de evaluación de tecnología (ETS)
- Las políticas sanitarias en especial en los países en desarrollo, deben basarse en evidencias, como también permitir la evaluación de las tecnologías sanitarias y posibilitar las recomendaciones de prescripción de las más eficaces en base a pruebas de MBE. Ello puede ser mucho más eficiente en términos económicos y puede salvar muchas vidas en términos sanitarios. (Kaiser Family Foundation, 2014)
- *“...Iniciativas como esta son fundamentales para poder aplicar políticas eficaces de prevención y tratamiento de enfermedades en aquellos países que más lo necesitan...(…)...países en los que enfermedades como la tuberculosis, el SIDA, la malaria, el dengue y la diarrea, de alta prevalencia e incidencia...(…)....esta iniciativa y esta forma práctica y visual de resumir y compendiar las mejores evidencias disponibles para luchar contra estas y otras enfermedades de alta incidencia y prevalencia que asolan los países más desfavorecidos....”* (ibid.)

Como puede apreciarse, obviamente no es lo mismo comprar un aire acondicionado, un TV (HD), un iPod,¹³ que someterse a procedimientos sanitarios en las condiciones de incertidumbre respecto costos y beneficios – aún para quienes suponen que su salud solo les atañe a ellos – tal como hemos mencionado y muchos sostienen.

“...Uno de los mayores retos del sistema de salud mundial es la vinculación de los conocimientos con la acción. Este vínculo a menudo se logra mediante innovaciones, que suelen comenzar con investigaciones básicas que se traducen en nuevas tecnologías sanitarias. Es necesario llevar estas tecnologías a aquellos que las necesitan, cuya efectividad, costos y consecuencias las hagan recomendables,....” (OMS, 2012)

Podría decirse que los médicos hemos fallado porque – tecnología mediante – vemos mucho más allá, de lo que deberíamos ver y frecuentemente no vemos aspectos mucho más importantes, que están muy cerca y que dejamos de lado.

Porque es cierto que cuando nos toca individualmente todos queremos acceder a lo mejor y a cualquier costo, aunque no sepamos claramente (dadas la condiciones de incertidumbre) que es lo mejor realmente,..

Por supuesto que cada uno debe poder elegir, pero siempre se debe saber que: no todo lo que se elige hubiera podido ser lo mejor y en todos los casos “hemos socializado las pérdidas (diluyendo el riesgo financiero) y usufructuado

¹³ Ver figuras N° 7 y 8

individualmente supuestos beneficios (que a veces no son tales), pero siempre a título personal”.

Lo anterior supone una ineficiente asignación del gasto sanitario que afecta a todos.

Para muchos el gasto en salud ingresa en el campo de las “amenidades”,..Y uno puede gastar en lo que se le antoje, ya que se trata de un gasto personal en un bien considerado “privado”. Para otros el gasto en salud afecta a todo el conjunto poblacional ya que resta oportunidades de resolución de cuestiones pendientes y urgentes para el país,.. ¿cuáles son los límites?,.. ¿es viable proveer a todos, todo y a cualquier costo?,.. ¿es acaso todo lo que se consume necesario y conducente para una real mejora en las condiciones de salud?

¿Y quién asume los costos?:

- Para aquellos que son asistidos “subsidiariamente” – por carecer de algún tipo de cobertura – su gasto asumido por el estado a través de rentas generales. Es decir: es dinero de todos.
- Para aquellos que tienen un seguro social su gasto es diluido en un colectivo que participa del financiamiento y
- aún aquellos que por poseer un seguro privado suponen que es “su” gasto, que se vincula a “sus” necesidades, omiten que lo que pagan es una prima – y que todo “exceso en el gasto” la empresa aseguradora lo diluye financieramente en un conjunto de asegurados – es decir: necesariamente lo recarga en todos los que han adherido al seguro.

“...La principal preocupación de las empresas de medicina prepaga de salud privados en el mundo moderno es la cobertura financiera de las enfermedades de muy alto costo... (...)...que además representan un pequeño porcentaje del total asegurado y que en las de mayor gasto – apenas el 4% del total – existe una amplia dispersión,... (...)... Esto significa que el gasto médico de la población de mayor gasto es muy difícil – sino imposible – de predecir y los estadígrafos convencionales (como el valor promedio), pierden relevancia como herramienta de análisis. En términos económicos esto implica que el costo médico se vuelve muy volátil,...” (Colina, J., 2013)

No se trata solo de un debate ético, sino de un debate que se refiere a la asignación de recursos económicos en un país, en el que se comprometen no solo su economía, sino también aspectos sanitarios básicos que – como hemos mencionado – finalmente afectan su productividad.

En cualquier caso las correcciones necesarias deben resguardar las libertades individuales.

Todos tienen la posibilidad de elegir o cuando menos sería deseable que así fuera. Pero ello siempre y cuando sea solventado por los recursos individuales y no cuando recae – como sucede en todos los casos mencionados: el estado, los seguros sociales o los seguros privados – mediante dilución del riesgo financiero en un conjunto que aporta para hacer viable la provisión. *“...libertad y responsabilidad son inseparables, ...”* (Ibid. Hayek, F., 1976)

El problema debe centrarse en que existe una compleja relación entre lo que se prescribe y lo que realmente se necesita o justifica (lo que es conducente). Como entre lo que se necesita y lo que se demanda.

Muchos autores se han referido a la asimetría de información como uno de los fallos del mercado en salud. En realidad todos los mercados son imperfectos y en todos ellos en mayor o menor medida existen asimetrías en la información. Por lo que entiendo que este argumento es de relativa importancia.

Un serio problema que requiere un profundo análisis es que el pensamiento posibilístico, que direcciona el accionar del sistema de salud y que además – por necesidad o por obligación – informa al paciente y genera demandas agregadas,.. demandas generadas, que hubieran podido razonablemente evitarse, por lo innecesarias o por la existencia de formas sustitutivas de seguimiento. Sin contar con los riesgos adicionales que conllevan.

El caso referido es una muestra más que el sistema de salud se ha centrado en la asistencia de la enfermedad, plagado de super-especialistas y en particular – incluso ellos mismos en muchos casos – con carencia de la información suficiente, sin prescripciones con sustento en MBE y/o guías clínicas, ni evaluación de costos y beneficios, o en muchos casos con conductas protectivas y en otros oportunistas.

Pero son finalmente estas circunstancias las que generan un direccionamiento de recursos – de una forma que en todos los casos subsidia la oferta – que determinan el gasto inflacionario en salud.

Son muchos los mecanismos por los que se generan conductas de demandas, que no son necesidades, que no hubieran contribuido de manera significativa al diagnóstico, tratamiento o mejora en la calidad de vida de las personas.

Las demandas inducidas en el campo de la salud se perciben como necesidades vitales, aunque frecuentemente no lo sean. De esta forma su consumo indiscriminado resulta en un gasto que – ante recursos escasos – pesa sobre los hombros de todos los que contribuyen a su financiamiento.

La masificación indiscriminada del consumo tecnológico, significa un alto costo – que a su vez es incremental por los motivos mencionados – que pocos países se encuentran en condiciones de soportar y con beneficios sanitarios en algunos casos indudables, pero en muchos otros innecesarios o no proporcionales a los beneficios.

2.3. El gasto en salud

La espiral inflacionaria del gasto en salud es cada vez es más difícil de afrontar, en particular en los países no desarrollados. Y peor aún porque cada vez en mayor medida recae en el gasto directo (o “de bolsillo”) de los ciudadanos, generando una forma de exclusión de aquellos que se encuentran en peores condiciones, es decir a los más pobres.

Lo que significa que es el mismo estado el que deja en mayor desprotección a quienes se supone que “subsidiariamente” debería proteger.

Cuando el gasto público en salud es bajo, en los países de ingresos bajos el déficit se compensa con el gasto privado, alcanzando aproximadamente hasta un 85% a cargo de los usuarios.

Ello significa que los pagos se realizan directamente al acceder a los servicios de salud. Dichos pagos no permiten mancomunar riesgos, y pueden muy bien conducir a desembolsos ruinosos con grandes probabilidades de sumir a los hogares en la pobreza. (OMS, 2009)

La relación gasto privado/gasto público es en los países de Latinoamérica una gráfica expresión de lo mencionado, ya que el promedio del gasto privado alcanza al 47% del gasto total en salud.¹⁴

El promedio del gasto total en salud expresado como % del PBI de cada país, es de 7,6 (con extremos de 4,4% para Perú y 15,3% para EE.UU.).¹⁵

El promedio del gasto público (estatal y seguridad social) es de 53% del gasto total en salud (con extremos del 85,4% para Colombia y 37% para República Dominicana).

El gasto privado contempla los desembolsos que los ciudadanos realizan para contratar un seguro privado de salud, y/o los pagos por co-seguros, así como el gasto directo de los hogares.

Dadas las diferencias de organización de los sistemas de salud no resulta adecuado comparar solo la composición del gasto, ya que por ejemplo – y aunque ambos son países desarrollados – con un sistema en el que prevalecen los seguros privados como en EE.UU. es comprensible que el gasto directo sea mucho más alto que en Canadá, donde la organización en base a un sistema universalista cubre a través del gasto público gran parte de las prestaciones y excluye a otras (que no son la mayoría y que son cubiertas por gasto directo), en cuyo caso este mecanismo opera mediante cobertura con seguros privados o como “contención del gasto”.

En muchos países de la OCDE – ante la situación de crisis del Estado de Bienestar – se han gravado los consumos en salud con mayores co-pagos, a fin de limitar el gasto, que se hace insostenible, aún tratándose de países desarrollados, por su enorme y creciente peso relativo en las finanzas públicas o en la carga sobre el salario y su repercusión en el mercado de trabajo.

Es importante tener en cuenta las abismales diferencias existentes en la capacidad productiva de los países para poder considerar lo que representa el porcentaje del gasto en salud.¹⁶

La variable producto interno bruto (PIB) – aún sus limitaciones – es el valor de referencia que se considera para todos los bienes y servicios finales producidos dentro de una nación en un año determinado.

¹⁴ Ver Figuras N° 11 y 19

¹⁵ Moseley, G. (III) “Seminario: Políticas de salud en EE.UU.” Estimó el gasto total en salud de EE.UU. en el 17% de su PBI para el 2010.

¹⁶ Ver figura N° 12 Elaborada en base a: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=65&l=es>

El PIB al tipo de cambio de paridad del poder adquisitivo (PPA) de una nación es la suma de valor de todos los bienes y servicios producidos en el país valuados a los precios que prevalecen en los Estados Unidos. Esta es la medida que la mayoría de los economistas prefieren emplear cuando estudian el bienestar per cápita y cuando comparan las condiciones de vida o el uso de los recursos entre varios países.

La medida es difícil de calcular, ya que un valor en dólares americanos tiene que ser asignado a todos los bienes y servicios en el país, independientemente de si estos bienes y servicios tienen un equivalente directo en los Estados Unidos.

En la figura N° 12, podemos apreciar que entre los países considerados el PBI de EE.UU. representa el 75% del total y ello nos permite una aproximación sobre la importancia del gasto en salud en ese país y comparativamente su peso relativo cuando hablamos del significado del gasto en salud expresado como porcentaje de su PBI.

Si existiese una correlación directa entre gasto y resultados sanitarios la población de EE.UU. sería la más saludable del mundo, ya que presenta el mayor gasto cápita/año y muy lejos entre los países considerados de América, o – lo que es una valoración aproximada – sus resultados sanitarios serían claramente los mejores.

Como resultado, estimaciones PPA para algunos países se basan en una canasta pequeña de bienes y servicios. Además, muchos países no participan formalmente en el proyecto PPA del Banco Mundial que calcula estas medidas, por lo que el resultado de las estimaciones del PIB de estos países pueden carecer de precisión.¹⁷

Por ello es útil analizar el gasto per cápita en salud por año de cada país y ello se representa en la Figura N° 13, en la que encontramos enormes diferencias en el gasto expresado en esos términos entre países. Ello es expresión de la capacidad productiva del país (PBI), la proporción o porcentaje de ese monto que se gasta en salud y el valor que ese gasto representa en relación a los habitantes que ese país tiene.¹⁸

Esas diferencias están dadas no solo por la riqueza y disponibilidad de recursos que cada país puede afrontar, sino también por las prioridades establecidas como políticas públicas y entre ellas lo que se asigna como gasto a salud – a sabiendas que “más no significa siempre mejor” – es decir: lo que representa ese gasto en cuanto a prioridades, pero nada nos dice en cuanto a asignación eficiente.

¹⁷ Las estimaciones del PBI cuando contemplan la inflación se expresa como PBI Real. Con la relación: PIB nominal / PIB real; se obtiene el deflactor del PIB, que es una medida del cambio en precios.

¹⁸ En el dato expresado sobre el PBI de Argentina en la Figura N° 12 se presume que el cálculo que realiza www.indexmundi.com es con una estimación con valor de cambio oficial AR\$ 3,5 por u\$s (2006). Este difiere del que se informa u\$s 425.323 millones oficialmente (AR\$ 6 por cada u\$s, valor de cambio oficial para 2010) en: <http://www.presidencia.gob.ar/component/content/article/138-indicadores/6192-crecimiento-del-pbi>

Por ejemplo EE.UU. es el país que mayor PBI tiene en el mundo, a su vez es el que más gasto (como % del PBI) realiza en salud y eso se expresa a su vez como el país de mayor gasto cápita/año.

Sin embargo – entre los países desarrollados – no es el que mejores resultados sanitarios tiene. La asignación de sus recursos queda presa de la orientación de los grupos de interés y su eficiencia – en tanto gasto/resultados sanitarios – se ve sensiblemente disminuida.

Por ejemplo entre los países de altos ingresos EE.UU. supera el promedio de gasto en salud como porcentaje de su PBI (11,2% vs. 17%). En el promedio del gasto público como porcentaje del gasto en salud los países de altos ingresos tienen 60,7% vs. EE.UU. que hoy llega al 46% y ello deja sin cobertura al 10% de su población (lo que sin dudas afecta sus resultados sanitarios).

También el gasto privado es en EE.UU. más alto que en el promedio de los países de altos ingresos (54% vs. 39,3%), seguramente producto de la organización de su sistema basado en los “seguros privados”. Y a su vez el gasto per cápita/año de EE.UU. supera el de los países de altos ingresos (u\$s 8.421 vs u\$s 2.335).¹⁹

Por su parte los resultados sanitarios no son los mejores en correspondencia con el gasto antes mencionado. Por ejemplo Noruega, Suecia, Japón, Francia, UK y Alemania, tienen mejores resultados que EE.UU. en la mayor parte de los indicadores sanitarios. (OMS, 2012)

Sin embargo debemos asumir lo relativo de estas comparaciones pues – si bien en gran medida los resultados sanitarios responden a la organización del sistema de salud – omiten muchos otros aspectos, que inciden con gran relevancia.

De la misma forma en nuestro país y si nos consideramos entre los países de ingresos medio-altos, nuestro gasto tiene marcadas diferencias con los promedios de este grupo. Como por ejemplo en el gasto promedio en salud en términos de porcentaje del PBI: 10,2% vs 6,3%; en el gasto público promedio como porcentaje del gasto total en salud: 52% vs 55,1%; en el gasto privado promedio como porcentaje del gasto total en salud: 48% vs 44,8%; así como en el gasto cápita/año: u\$s 649 vs u\$s 389.^(Ibid. 16)

Y a pesar de la relatividad en las comparaciones – tal como hemos expresado – nuestros resultados, considerando el mayor gasto en salud, no han evolucionado en comparación a otros países incluso de la región, como por ejemplo Chile o Uruguay. Y obviamente son mucho peores que en Canadá o EE.UU. lo que pone en evidencia nuestra ineficiencia relativa del gasto en salud.

Mucho se ha escrito sobre este particular y muchas son las comparaciones realizadas. Resulta muy difícil establecer relaciones lineales, porque no solo el sistema de salud influye en los resultados sanitarios, a pesar de su innegable e importante papel, en particular porque es el que define el gasto, tanto el que es justificado como el que – como hemos visto – puede suponerse que no lo es.

¹⁹ Ver figura N° 14

Lo que sí es cierto es que a estos niveles de gasto deberíamos esperar mejores resultados sanitarios.

La evaluación de los resultados sanitarios – que no es objetivo del presente – es un problema difícil y complejo. Existen muchos indicadores y formas de evaluación, incluso referidas a temas específicos. Por ejemplo existen indicadores simples como la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), la Expectativa de Vida (EV), la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años (MI >5 años) y muchos otros.

Así como existen indicadores complejos (en los que se analiza el comportamiento de múltiples variables), pero en todos los casos todos responden a distintos aspectos interrelacionados con las condiciones de vida, como calidad de la misma y no solo al accionar del sistema de salud.

En el año 2000, 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015, ocho objetivos generales que hacen a las condiciones de vida y que fueron denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Ya en 2014 en nuestro país sabemos que muchos de los ODM, tampoco podremos cumplirlos – como fue nuestro compromiso – para el 2015.²⁰

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

Lo que también debe considerarse es que ante situaciones de crisis²¹ – en el contexto actual – todas las variables sociales se ven comprometidas²². Se trata que un problema que no solo es resultado de una crisis macroeconómica, y que impacta inevitablemente – como un “efecto dominó” – en todo el conjunto de aspectos de la vida social, que se ven afectados de diversas formas, pero finalmente son las crisis económicas, las que conducen a un progresivo deterioro de las condiciones de vida de la sociedad.

Los indicadores sanitarios lo traducen de manera inmediata y directa. Algunos indicadores varían con mayor rapidez acompañando a los cambios en las condiciones de vida de manera rápida y otros lo hacen de manera más lenta.

Para referirnos de una manera sencilla a este complejo tema y en la medida que hemos mencionado la correlación entre gasto y resultados, vale – aun sus limitaciones – mencionar que en nuestro país la TMI se encuentra “planchada” en valores próximos al 12⁰/oo, pero la TMM que se encuentra en valores próximos al 4⁰/000 y con tendencia al alza, estimándose que alcanzará valores próximos al 7⁰/oo para el 2013. Por su parte la EV tiene un promedio de 76

²⁰ NA: A pesar de relativas mejoras, muchas de las estadísticas oficiales carecen de credibilidad y se contraponen a otras como las que se presentan en el Observatorio de la Deuda Social Argentina. Ver en:

<http://www.uca.edu.ar/index.php/site/index/es/uca/observatorio-de-la-deuda-social-argentina/deuda-social-argentina/>

²¹ NA: Desde 2010 muchos autores, investigadores y consultores de diferente origen, venimos prediciendo que las políticas económicas de corte populista inevitablemente conducirán a una crisis que hoy se hace evidente en nuestro país.

²² Ver Figura N° 1

años al nacer y la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años duplica a la de muchos vecinos países de menores ingresos.

Para realizar una comparación sencilla: Chile en solo 15 años nos ha superado largamente en todos esos valores.

Existen indicadores compuestos por la agregación de diferentes variables. Como por ejemplo: YLL (años de vida perdidos por año y 1000 habitantes), o DALY'S (años de vida ajustados por discapacidad), o YLD (años de vida perdidos por discapacidad), así como AVAD (años de vida ajustados por incapacidad para realizar las tareas habituales a los que suma los perdidos por muertes prematuras), o AVPP (años de vida potenciales perdidos), AVISA (años de vida saludables), o el HRQL (años de vida relacionados con la calidad de los mismos), etc.

Pero todos ellos requieren una compleja elaboración y no son de uso frecuente, así como no son el objetivo del presente, sino una referencia de valoración de las condiciones de vida en relación a la salud.

El IDH, es un indicador compuesto por tres: Educación, Salud y el estándar de vida digna (expresado por el ingreso/cápita/año). En la figura N° 15 podemos analizar el IDH por país en el informe PNUD 2013. Y a su vez efectuar correlaciones entre el IDH y el ingreso per cápita²³, así como la esperanza de vida con el ingreso.²⁴

Este indicador es de variación lenta en sus valores finales, por lo que es de importancia el seguimiento de sus diferentes variables, de manera individual y longitudinal.

Sin embargo y a pesar de sus limitaciones resulta importante en el sentido que evalúa diferentes aspectos de los denomina dos “bienes intangibles” (salud y educación) y el ingreso per cápita, de la sociedad.

Muchas investigaciones se han realizado sobre este indicador y a pesar de que solo mide “promedios” – que suelen ocultar enormes diferencias entre los extremos – y además se encuentra sometido a la información (no siempre veraz) de los gobiernos, puede ser una forma de evaluación a tener en cuenta, para evaluar condiciones de vida de la sociedad.²⁵

De hecho son – en gran medida – las políticas públicas las que determinan las oportunidades y condiciones en las que una sociedad se desarrolla. Así como a su vez estas son las que permiten generar opciones de crecimiento y mejora en las condiciones de vida, en especial para los que son menos favorecidos.

De la misma forma: son las que pueden conducir a la dependencia, carencia de oportunidades y sumir a muchos hogares a condiciones de vida indigna. El mismo sistema de salud que genera un gasto muchas veces injustificable, promueve que muchos hogares caigan en la pobreza. (Ibid. Kim, J. Y., 2013)

Como las políticas públicas son el eje sobre el que se centra la política y como estas son en gran medida llevadas a cabo por los gobiernos, sin duda que los

²³ Ver: Figura N° 16

²⁴ Ver: Figura N° 17

²⁵ Ver: figura N° 18 en la que se realiza la correlación entre el IDH y el ÍCI

resultados que se obtengan estarán ligados a la calidad de las instituciones que en cada país los gobiernos generen, defiendan y protejan.

En nuestro país las políticas de salud han sostenido un sistema fragmentado y por lo mismo (con altos costos de transacción), con alta segmentación y con un 30% de la población sin cobertura.

Como país de medianos-altos ingresos la población en condiciones de contratar un seguro privado alcanza solo al 5% (en forma directa) y otro 5% por traspaso desde las Obras Sociales. Solo un 10% de la población tiene este tipo de cobertura.

El resto (25 millones de personas aproximadamente), se encuentra bajo el régimen de los seguros sociales en sus diferentes formas y tipos.

El gasto en salud se ha dirigido a subsidiar la oferta, omitiendo resolver muchos problemas que deberían constituir una prioridad de las políticas públicas (como por ejemplo: enfrentar las enfermedades emergentes y re-emergentes que se creían superadas hace muchas décadas) y su magnitud no responde a los resultados sanitarios esperables.

El gasto en salud constituye así una pesada carga – tanto para las finanzas públicas, como para el bolsillo de los ciudadanos – en un país que en este momento (ciclo 2010-2014) se encuentra en una particular situación de crisis.

La evaluación del gasto sanitario respecto de los resultados es una tarea compleja, pero que puede realizarse por diferentes medios, en general mediante comparación con los resultados obtenidos en indicadores simples con otros países y su propio gasto.

En este aspecto y en los últimos años hemos perdido terreno respecto de muchos de nuestros vecinos.

Por otra parte el gasto en salud debe evaluarse desde dos puntos de vista:

- Constituye un importante aspecto de la actividad económica y
- afrontarlo significa un enorme coste de oportunidad – para otras acciones de las políticas públicas tanto o más necesarias – y para el mismo desarrollo de un país, en tanto y cuanto mucho de su gasto es inducido e innecesario, así como producto de su organización fragmentada.

Por otra parte – y ya desde una mirada sanitaria – se requiere un debate que ponga claro sobre oscuro, respecto de “que es lo posible”, vinculado a “que es lo necesario”, para solucionar los problemas sanitarios de una población.

Ello no forma parte de una visión romántica o simplemente humanitaria del problema.

Aunque puedan discutirse como “utilitaristas” los planteos y argumentos que se han mencionado, no puede negarse que tener una población más sana y saludable hace a la productividad y desarrollo de un país.

El planteo de fondo se encuentra en algunas sencillas preguntas: ¿Cómo hacer esto posible con la asignación de recursos más eficiente?,...¿cómo puede modificarse la micro-gestión clínica para que sus procedimientos sean conducentes, aceptables y aceptados, se encuentren avalados por suficiente

evidencia, sean de calidad y además con razonable relación entre costes y beneficios?,...¿cómo puede orientarse la organización del sistema de salud para evitar su fragmentación y con ello sus costos agregados?,..

2.4. La formas financiamiento (o como afrontar el “riesgo” financiero)

Resulta ahora evidente que para la gente significa – de manera individual – sumamente costoso afrontar el riesgo financiero de un impredecible evento de salud (salvo unas pocas excepciones) y esto es tanto más cierto cuando hablamos de países con medianos y bajos niveles de ingreso, en los que existe más población sin recursos suficientes.

Más allá de los aspectos humanitarios, sociales, éticos, etc. – que es desde donde más se predica – solo hemos abordado el problema desde una perspectiva política y económica: el beneficio implícito con que la salud posibilita mejorar la productividad de un país, sin que el intento supere financieramente las posibilidades individuales y de la sociedad.

La espiral inflacionaria del gasto en salud – la segunda en materia de gasto de los países (entre el 7% y el 17% del PBI en cada uno) – resulta hoy: gravosa para todos, y de manera dispar ineficiente, en especial en los de ingresos medios y bajos, en términos de gasto, calidad de los servicios y resultados.

Existe suficiente “evidencia empírica” de lo expuesto, en lo referente al gasto total, gasto per cápita, modelos de organización, modelos de provisión y resultados sanitarios, en múltiples estudios y análisis abarcativos de políticas públicas, políticas de salud y los sistemas de salud comparados.

Con seguridad ningún modelo puede ser transplantado, para ser asumido sin más de un país a otro. Cada uno tiene sus particularidades políticas y financieras, además de los valores, creencias, cultura que cada sociedad sustenta y que condicionan fuertemente la orientación que se piense la mejor en cada caso.

Aunque siempre aprendemos analizando y copiando otras alternativas que adaptamos, mejoramos y hacemos viables a nuestros propósitos.

Por lo mismo, la evolución de las instituciones siendo lenta es espontánea y está sujeta a la forma en que la sociedad encuentra, para dar respuesta a cada uno de sus problemas, “... *el ser humano, en un proceso de prueba y error, ha visto como ciertas acciones hechas de forma inconsciente le servían para cierta finalidad. Las acciones que sirven para algo perduran y su combinación también espontánea acaba dando lugar a instituciones humanas, que aparecen sin que el hombre se haya planteado deliberadamente su creación....*” (Hayek, F., 1973)

La sociedad ha encontrado formas adaptativas espontáneas de organización para lograr la dilución del riesgo financiero. (Zerda, A. & col. 2001)

- Modelo asistencialista: subsidiario y caritativo (ONG’s)

- Modelo de seguro social: se caracteriza por su vinculación al mundo del trabajo (cotizaciones salariales), correspondiéndose históricamente con las formas de asociación sindical y mutual.
- Modelo de la seguridad social: financiación pública con recursos procedentes de impuestos (Rentas Generales) y acceso universal a los servicios, en general suministrados por proveedores públicos.
- Modelo de seguros privados: esquema de protección en salud donde se prioriza la elección y financiación individual.

Y estos cuatro subsistemas conviven en la mayoría de los sistemas de salud.

El primero de ellos es un modelo derivado de los principios caritativos – que si bien tienen antigua data – se consolidan desde fines del S.XIX, en el que se pretendía asistir “caritativamente” a quienes no podían valerse por sí mismos.

Las formas primitivas de aseguramiento aparecen en Judea, Egipto, Cartago, Fenicia y otros pueblos de la antigüedad, a través de la concertación de reservas que permitían asistir a todos en los períodos cíclicos de la economía frente a situaciones de crisis.

A su vez muchas organizaciones religiosas permitieron la subsistencia a lo largo de la historia como verdaderos mecanismos de protección para las poblaciones pobres, en todos estos casos, siempre basadas en criterios de “caridad”.

Las acciones caritativas quedan bajo el arbitrio y las posibilidades de quien las otorga. Sin quitarles legitimidad, asumen conceptos de solidaridad, voluntaria y sustentabilidad limitada, pero en su caso adecuadas al contexto social de la época.

Hoy en día – en cuanto a salud se refiere – nadie quiere ser beneficiario de la caridad, cuando se la considera un “derecho” y aunque así no sea. Por otra parte este sistema depende – si uno lo piensa en cuanto a sus fundamentos – del financiamiento posible, voluntario, espontáneo y por todo ello irregular, por lo que difícilmente pueda constituirse en un integral sistema subsidiario.

En nuestro país existen miles de ONG’s que se ocupan cada una de ellas de hacer su aporte para contribuir en diversas patologías. Pero – sin desmerecer el esfuerzo de muchas – lo hacen ante deficiencias manifiestas, no de manera sistemática, muchas superponen esfuerzos y en su gran mayoría solicitan apoyos (es decir: subsidios) gubernamentales para cumplir su tarea.

Los pobres de los países pobres no pueden depender de “la caridad” (que muchas veces no es tal), para resolver cuestiones que son mucho más complejas y requieren sistematicidad para que el esfuerzo no resulte marginal.

Hay quienes se ven atraídos por esta forma de organización, ante la posición de rechazo absoluto al intervencionismo estatal, considerando que esta es una de las formas de obviar su intervención. Pero es de creer que existe un exceso de confianza al suponer que estas organizaciones pueden ser una verdadera alternativa.

Debemos asumir que con suma frecuencia y por muchas más razones que las que hemos apuntado antes, el Estado no ha cumplido demasiado bien su papel, que la delegación de funciones ha permitido su usufructo por los

gobiernos de turno, estableciendo prioridades a su gusto y conveniencia, que terminan falsificando las políticas públicas.

Los servicios brindados se organizan por subsidio a la oferta – aunque se los presenta como “asistencia subsidiaria de la demanda” – carecen de incentivos y terminan siendo pobres servicios (para ciudadanos pobres) y de baja calidad.

Las organizaciones – mutuales y ONG’s de “caridad” – son pasibles de los mismos cuestionamientos que el Estado (o que los gobiernos), como también muchas de ellas son cooptadas por los intereses de algunos particulares, o de los gobiernos, así como por las otras razones mencionadas, por lo que no es creíble que puedan hacerlo mejor.

Las ONG’s tienen en salud un papel marginal al sistema e incluso su gasto no se encuentra computado (aunque es muy importante).

Existen también las que brindan servicios propios (que las hay de todo tipo, incluyo con dependencia de ayuda internacional), también con criterios de caridad y financiadas con esfuerzos propios, legados, subsidios, etc. que son los remanentes de los primitivos hospitales de comunidad, adecuados a la realidad actual, abriéndose a la atención de la población en general, solo asisten a los beneficiarios de su padrón e incluso agregando planes de seguros privados.

En nuestro país el movimiento solidario de las organizaciones civiles fue muy importante. En 1910 había más de 1920 organizaciones con gran despliegue y actividad. La mayor parte eran sociedades de las comunidades.

Pero un caso notable fue la Sociedad de Beneficencia que se hizo cargo del mundo de los necesitados y dirigieron el Hospicio de Mujeres, el Colegio de Huérfanas y otros institutos, demostrando una notable capacidad para organizar hospitales, escuelas y asilos, así como para reunir fondos.

Muchas de sus instituciones fueron integradas al estado y las sociedades progresivamente excluidas de su administración y gestión, durante el S.XX.

En este período la intervención del Estado se movió entre tres polos: el interés general, el sectorial y el político. El primero se refiere a la educación y la salud, o a reglamentar el ejercicio legal de la medicina. En una banda intermedia se encuentran los beneficios sectoriales que eventualmente apuntan a un interés general, como una protección arancelaria. Por allí se pasa gradualmente al segundo: la concesión de una franquicia o prebenda a un interés singular, corporativo o personal. El tercero se refiere a los intereses electorales o políticos particulares de quien ocasionalmente gobierna el Estado. (Romero, L. A., 2014)

Todo el sistema de asistencia sanitaria (seguridad social), tiene sus orígenes en los primitivos hospitales de caridad, que eran en sus inicios depositarios de pobres a los que se les brindaba la asistencia sanitaria posible.

El apoyo que estos hospitales tuvieron fue inicialmente por sus cooperadoras, aportes de la misma comunidad solidaria, organizaciones civiles de caridad y beneficencia, así como organizaciones religiosas.

El devenir político posibilitó una creciente intervención del estado, el que desde inicios del S.XX asume su control, administración y gestión.

Es decir que el actual sistema de servicios hospitalarios tiene su origen también en los primitivos servicios asistenciales de caridad. Estos hospitales y centros de salud – inicialmente organizados por las comunidades – fueron asumidos progresivamente por el estado.

Este modelo es el mencionado en tercer lugar: modelo de la seguridad social que tiene financiación pública, con recursos procedentes de rentas generales, acceso universal a los servicios, en general suministrados por proveedores públicos y en los que no existe diferenciación entre financiamiento y provisión.

Constituyen organizaciones de integración vertical pues ambos – financiador y proveedor – quedan bajo la órbita del gobierno ya sea nacional, estadual o provincial o municipal. Su estructura es burocrática y sirven tanto a la acción política, como a quienes prestan servicios (salvo honrosas excepciones), más que a aquellos a quienes dicen servir.

Las instituciones de integración vertical tienen la particularidad que en vistas de su propio sistema organizacional promueven conductas oportunistas tanto por parte de sus agentes, como por parte de sus administradores. Constituyen subsistemas de baja eficiencia y sirven más a los intereses de la oferta que a los de aquellos a quienes dicen servir.

Casi ninguno ha incorporado para su administración, instrumentos de gestión privada ya que se sustentan en los derivados de la gestión pública (estatutos y normativas arcaicas pero que persisten en el mismo camino), con lo que su conversión supondría:

- un profundo y amplio cambio en la cultura organizacional, que no puede darse espontáneamente,
- y un interés – nunca manifiesto – de los niveles políticos por lograrlo, en particular por los conflictos de índole gremial que se deberían enfrentar.
- La reforma del estado – en lo que se refiere a la reforma institucional – es todavía un tema pendiente en la Argentina

En nuestro país desde mediados de los ´60, se inicia un proceso de transferencia y descentralización de los hospitales públicos, hasta ese momento centralizados en la Nación, hacia las provincias. Proceso que se completa en los ´90 y que recarga las finanzas provinciales para su mantenimiento y la prestación de servicios.

El sistema de seguridad social público/estatal, debió adecuarse a nuevas condiciones y agregó a su financiamiento el proveniente de facturaciones efectuadas a los seguros sociales (Obras Sociales), en primer lugar con el objeto de recupero de costos y en segundo lugar para evitar el subsidio cruzado que estas recibían ante la gratuidad de atención de sus afiliados por parte de los establecimientos asistenciales públicos.

Los hospitales público/estatales tienen dependencia formal de las provincias, algunos han efectuado descentralizaciones hasta los municipios. Muy pocos quedan bajo la órbita nacional y asisten a 15 millones de personas que no tienen ningún tipo de cobertura (ya se trate de población pobre o de aquellos que carecen de cobertura por encontrarse en situación laboral no registrada), así como a beneficiarios de las Obras Sociales y en algunos casos de los

seguros privados, ya que en determinados lugares son el único prestador existente.

El modelo se funda en lo que en 1942 el inglés William Beveridge, desarrolla como un plan integral de Seguridad Social que tuvo fuerte repercusión en muchos países.

Fue planteado casi como una continuidad y reforzamiento del Estado de Bienestar Keynesiano, su financiamiento se sustenta en recursos fiscales. En nuestro país este modelo y sus fundamentos tuvieron mucha importancia en el pensamiento de Ramón Carrillo, quien extendió la red hospitalaria público-estatal por todo el país.

Los fundamentos en los que Beveridge basó el modelo fueron:

- Universalidad: el criterio de ciudadanía permitía a todos acceder a los servicios, es decir que la cobertura era universal (es decir: que alcanzara a “todos” no equivale a decir que se proveyera “todo”, ya que las canastas de prestaciones – por múltiples razones, en particular de financiamiento – permiten muchas exclusiones).
- Unificación: solo debía existir un solo ente gestor o administrador.
- Diferenciación: el que así quisiera podía recurrir a contratar un seguro privado sin que ello lo excluyera del pago de contribuciones impositivas.

En 1944 la Declaración de Filadelfia, sustenta una Seguridad Social Integral, que promueve inmediatamente la recomendación número 67 de la OIT, en la que se expresa que "La Seguridad Social de los Medios de Vida" como componente esencial de la Seguridad Social Integral en una sociedad.

En 1948 la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en su artículo 22 consagra como un derecho esencial a la Seguridad Social estableciendo que: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

A partir de la Segunda Gran Guerra se incorporan como derechos de segunda generación, los Derechos Humanos, entre los que se encuentra la salud.

Este devenir del pensamiento social en el sentido de la inclusión de la salud como “derecho”, conduce la subsecuente organización de los hospitales bajo la dependencia del estado, con criterios de gratuidad y universalidad.

No es el caso de discutir estos requerimientos sociales, pero sin dudas las dificultades en el acceso dados los cambios crecientes en la práctica sanitaria, las limitaciones en el ingreso y el pensamiento colectivista que se propagó por nuestros países, fueron elementos importantes para generar las transferencia de responsabilidades, hasta entonces individuales, al estado.

Las mutuales y las sociedades de beneficencia fueron surgiendo con estas concepciones en varios países de Europa.

En América Latina y el Caribe, uno de los precursores de la Política de Seguridad Social como fundamento de la organización de la sociedad, fue el Libertador Simón Bolívar, quien afirmó en su proclama: *"El sistema de gobierno*

más perfecto es el que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de Seguridad Social y mayor suma de estabilidad política".

Lo anterior expresa la posición de quien fuera un estadista, cuando aún estos conceptos no eran moneda corriente, mucho menos en América Latina, recién iniciados los procesos independistas y la generación de grupos sociales crecientemente carecientes. Las corrientes inmigratorias, portadores en su gran mayoría del pensamiento marxista y anarquista, hicieron el resto.

Esto mismo determina que al término de la Segunda Guerra Mundial comience a generalizarse la implantación de sistemas de Seguridad Social en todos los países, del que solo se excluyen unos pocos.

Por su parte los inicios del seguro social se suceden a fines del Siglo XIX y no precisamente por la conceptualización de valores sociales, sino por las consecuencias económicas que comprometían las economías europeas de incipiente desarrollo industrial, como resultado de las contingencias de enfermedad que se sucedían en los ciudadanos (obreros) de esos países.

Esas contingencias de inhabilitación y enfermedad, limitaban en gran medida la productividad y competencia de sus economías.

Aún bajo el concepto que se culpabilizaba al damnificado de las contingencias sufridas, se comprendió que debían llevarse a cabo acciones de protección para evitar mayores daños económicos al país.

Esto sucedió originariamente en Alemania y debe considerarse que es contemporáneo con las ideas de K. Marx, quien visualizó las condiciones de precariedad en las que vivía la mayor parte de la población, por lo que supuso el alcance del poder a través de un proceso revolucionario y la organización política del país como "dictadura del proletariado" para alcanzar a través del "hombre nuevo", una pretendida "sociedad de iguales".

Y, consideración al margen: la historia política reciente del Siglo XX ha demostrado que cuando menos esa pretensión ha sido excesiva.

Quien pretenda crear un hombre nuevo sin tener en cuenta las individuales características del ser humano, que en un amplísimo margen de maniobra puede ser desde un extremo actor de las mayores crueldades y egoísmos, hasta otro en el que despliega las conductas más altruistas, tiene por horizonte el fracaso.

Las condiciones de vida de grandes núcleos de la población: el proletariado industrial, hacían suponer la cercana explosión de ese proceso revolucionario.

El Canciller Otto von Bismark posibilitó concesiones – con que se inició la "Social Politik" – y debilitó el reclamo social y la revolución comunista que finalmente aconteció en la Rusia Zarista.

El llamado "Canciller de Hierro", aristócrata y formado en la escuela prusiana, supo conciliar con gran pragmatismo las fuerzas políticas en pugna sostenidas: una monarquía presente con sus prerrogativas, una sociedad burguesa en ascenso acoplada al desarrollo industrial y un conjunto creciente de habitantes en condiciones de extrema pobreza y marginalidad, apoyados estos por la fuerte presencia de los sindicatos que avalaban sus reclamos y el sustento ideológico que expresaba Marx.

El Canciller O. Von Bismarck, tuvo la oportunidad histórica de vivir la etapa de la reunificación alemana, a la que contribuyó direccionándola bajo el liderazgo de Prusia, con lo que supo prevalecer ante los intereses de Francia y Austria.

La serie de compensaciones que otorgó para mitigar los reclamos sociales y de los gremios, se sustentaron en los criterios básicos de un sistema de seguros que hoy conocemos como sistema “bismarkiano”.

El financiamiento de los mismos se sostiene por imposiciones a la nómina salarial y es lo que hoy conocemos como el “seguro social”.

Los fundamentos en los que Bismarck fundó su modelo fueron:

- La forma y función de la familia: el trabajador aportaba (con sus cotizaciones salariales), para asistir también a su mujer e hijos.
- La biografía laboral: lo habitual era que un individuo iniciara su actividad laboral y se retirara al fin de la misma empresa, por lo que resultaba fácil realizar su seguimiento y las retenciones a su salario.
- La solidaridad intergeneracional: el aportante cubría a los que todavía no habían ingresado en la actividad laboral como a los que ya habían dejado de hacerlo.

Estos principios válidos para fines del S.XIX son difíciles de sostener hoy en día.

La presión de la clase obrera incorporó rápidamente como una de sus reivindicaciones claves la seguridad social contra la vejez, las enfermedades, los accidentes de trabajo y el desempleo.

Desde su origen, la seguridad social nace con la impronta de la “solidaridad social”, beneficiando por igual al que aportaba más como a quien aportaba menos.

Esto significa que cada uno aporta según sus posibilidades e ingresos, pero recibe según sus necesidades. Se lo justificó en el concepto de solidaridad y se lo financió mediante aportes de impuestos coercitivos sobre la nómina salarial.

Pero tanto como las otras todas las otras formas mencionadas significan en realidad una dilución del riesgo financiero ante diversas contingencias vitales y entre ellas la salud que es el tema que nos ocupa.

Esta experiencia se fue extendiendo progresiva y paulatinamente a los demás países europeos: en 1906 los trabajadores franceses, en la Carta de Amiens, reivindican el derecho a la seguridad social.

Recién en 1911 Inglaterra implanta el seguro de desempleo. Otros países como Bélgica, Nueva Zelanda y EE.UU. siguieron el mismo camino.

Fue necesario mucho tiempo – dadas las dos grandes guerras que impusieron un impase – para la extensión conceptual de la protección social. Se consideró además que esta contribuía a la cohesión de la sociedad y que el estado era su garante y sustento.

Hoy en día este sistema financiado por impuestos – cotizaciones – a la nómina salarial, con aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, es el que fundamenta todo nuestro fragmentado y múltiple sistema de obras sociales.

En este grupo del seguro social podemos incluir – como veremos más adelante – a todas las obras sociales en sus diferentes formas y conformación: desde el PAMI, las obras sociales nacionales o sindicales, hasta las obras sociales provinciales, así como muchas otras.

Dada la múltiple normativa de desregulación que se inicia con el decreto N°3/1993 y finaliza con el Decreto de Opción de Cambio de los Seguros Sociales, muchas debieron recurrir a estrategias varias para posibilitar su subsistencia, entre las más “rentables” y operativas fue establecer un proceso de asociatividad con los seguros privados, que incrementaron desde esta fuente su cartera de afiliados.

Asisten a aproximadamente 24 millones de personas²⁶, tienen un padrón de afiliados y un programa de prestaciones que muchas cumplen porque la legislación las obliga, otras no pueden porque financieramente son inviables y por lo mismo ponen múltiples barreras al acceso. Otras no son alcanzadas por el PMO²⁷ y tienen su propio paquete de prestaciones.

Muchas tienen sus propias instituciones prestadoras y otras efectúan contratos con gerencadoras, grupos corporativos, o contratan servicios en los lugares en los que tienen afiliados.

Este modelo es altamente centralizado y vinculado estrechamente a los sindicatos, salvo el PAMI que se encuentra intervenido por el estado. Esto explica en gran medida las distorsiones a su institucionalidad.

Los modelos público/estatales y de obras sociales se consideran de financiamiento público porque el mismo es coercitivo y se establece por leyes, normas y reglamentaciones.

Un particular análisis merece el modelo de seguros privados: esquema de protección en salud donde se prioriza la elección y financiación individual.

Este modelo de gran importancia se funda en que aún aquellos que tienen recursos – por elección personal – también diluyen el riesgo efectuando aportes personales (y de su grupo familiar) a una empresa, que en el conjunto de aportantes diluye también el riesgo financiero.

La idea que debe tenerse en cuenta es que si bien los aportes y la prima que cada uno paga, sirve a la empresa para proveer los servicios – que resultan cada vez más costosos por las razones antes mencionadas – a costa de asumir un riesgo, que de otra forma hubiera recaído en el asegurado.

Esto es decir que aquellos que alegan soportar el pago de sus propias demandas en salud también recurren – como cuando aseguran un automóvil – a la dilución del riesgo en un conjunto, en este caso convocado por una empresa.

Pero ese riesgo por un lado es imprevisible – como sucede con cualquier acontecimiento de salud – y aunque puede en cierta medida y hasta cierto punto calcularse actuarialmente, hoy en día supone cada vez mayor riesgo y

²⁶ Incluyendo al PAMI y las Obras Sociales provinciales

²⁷ PMO: Programa Médico Obligatorio, establecido y supervisado por la Super-Intendencia de Servicios de Salud

menor rentabilidad, mucho más aún si la legislación vigente impone límites a la selección de riesgos por parte de las empresas.

Se sabe que “...mucha gente tiene poco gasto médico y poca gente tiene niveles de gasto médico muy elevados. Los pacientes de alto costo pueden representar aproximadamente el 4% del total de los afiliados – es decir los que se encuentran entre los percentilos 96 y 100 – pero que en ese porcentaje mencionado existe una gran dispersión de costos los que se encuentran en el percentilo 99 a 100) pueden quintuplicar en el gasto a quienes le siguen o sea los que se encuentran en el percentilo 98 a 99,....” (Ibíd. Cólina, J., 2013)

La imposibilidad de selección de riesgos en este aspecto introduce serios condicionantes para un financiamiento estable y solvente por la empresa, ya que le incorpora riesgos agregados, al tiempo que alimenta conductas oportunistas por parte de la empresa que selecciona en la medida de lo que puede (los de mayores ingresos de los seguros sociales), y por otra parte por muchos pacientes que saben no poder ser excluidos. La intervención del estado en este contexto suele ser más dañina que beneficiosa, no atendiendo además que se trata de “convenios entre privados”.

Lo anterior ofrece a todos una diversidad de opciones muchas veces poco transparentes y en algún caso pone en riesgo la viabilidad de la empresa y el aseguramiento de todos los afiliados aportantes al seguro, que si bien son contratantes de una póliza se hacen beneficiarios de la cobertura en función que el riesgo es diluido entre los muchos afiliados que lo comparten.

Pero es la empresa la que lo administra y asume su viabilidad.

La solución que se expresa en el trabajo mencionado es la necesidad que las empresas contraten un reaseguro que globalice el riesgo de varias.

Los seguros privados en nuestro país tienen una cartera de aproximadamente 4,2 millones de personas. La mitad de ellas son aportantes directos y otro tanto proviene de asociaciones con las obras sociales.²⁸

Este modelo nace en la década del '50 en nuestro país.

La ineficiencia y baja calidad de los servicios público estatales como de muchos seguros sociales contribuye a que muchos efectúen importantes esfuerzos para asegurarse en un seguro privado.

De esta forma funciona como un proceso compensador de las ineficiencias, baja calidad e insatisfacciones que el sistema público estatal y de las obras sociales tienen. Se estima que el 15% de la población afiliada al PAMI es tributaria también de un seguro privado.

Dado que estamos en un país en el que (hoy en día) aproximadamente el 30% de la población se debate en la pobreza, y son muchos más los que subsisten con magros ingresos, las perspectivas que este sistema de seguros privados disminuya sus costos unitarios alcanzando a mayor número de población es sumamente difícil.

En primer lugar porque la innovación tecnológica “tironea hacia arriba” los costos (según hemos visto), así como el riesgo inherente mencionado antes. Y

²⁸ La suma de beneficiarios asegurados supera el 100% de la población por la existencia de doble cobertura

por otra parte porque el porcentaje de población en condiciones de alcanzar el costo de la prima es relativamente bajo (en países de bajos y medianos ingresos son menos personas las que pueden acceder a este modelo).

Por ello este sistema solo cubre a poco más del 10% de la población y solo la mitad aproximadamente por adhesión directa al sistema y otro tanto por traspaso desde los seguros sociales.

2.5 La función de compra de servicios en los sistemas sanitarios

Las consecuencias de las características del mercado de la salud han requerido que sucesivamente se implementaran una serie de reformas adaptativas, que han impactado tanto en la actividad privada como en las instituciones del Estado.

Aún las resistencias estas circunstancias fueron impuestas dada la necesidad de sostener un equilibrio económico y permitir una previsibilidad del gasto.

Esta nueva orientación introdujo una primera generación de reformas, que afectaron en todos sus segmentos al mercado de la salud.

La verdad es, que por sus características, todos los sistemas de salud se encuentran en permanente “proceso de reforma” y adaptación a circunstancias permanentemente cambiantes, ya sea por la incorporación de nuevas tecnologías, el envejecimiento poblacional, u otras ocasionales en un mercado de permanente incertidumbre.

Esto es decir que no puede pensarse ni siquiera que en alguna circunstancia los cambios instituidos fueron los primeros,... ni que, cualquiera sea su evolución: serán los últimos.

Sin embargo –y el nuestro es un “sistema de salud” paradigmático– las características que conlleva nos obliga a repensar permanentemente nuevas adaptaciones para un anacrónico sistema, incapaz de dar una satisfactoria respuesta a las necesidades de la población.

No se trata ya de espasmódicos episodios de “reformitis” sino del reconocimiento implícito de las dificultades intrínsecas para llevar adelante profundas transformaciones del sistema, más allá de sus necesidades y como consecuencia de la multiplicidad de actores, representantes de intereses contrapuestos.

Algunas evaluaciones mencionadas han explicitado falta de correlato entre el “gasto sanitario” y los “resultados en salud”.

Y esto es tan cierto que dada la imposibilidad de avanzar en una profunda reforma del sistema, hemos avanzado algunas veces introduciendo “microparches” y otras avanzando en zig-zag (esto es como decir con “marchas y contra-marchas” o siguiendo la “ley del péndulo”), pero como característica general dando al estado un creciente y mayor protagonismo.

De cualquier manera que se lo mire, nuestro sistema sanitario y más allá de sus resultados en términos de salud, no ha logrado superar los aspectos esenciales a los que se orientan las actuales propuestas y objetivos:

- Ni hemos logrado ser (en el conjunto y más allá que algunas organizaciones lo sean) eficientes y ello es referido no solo al gasto sanitario que como hemos visto es importante, sino y fundamentalmente al “impacto” logrado.
- Ni hemos logrado ser equitativos – ni en el acceso a los servicios y prestaciones, ni en el financiamiento – aunque hoy hablar de “equidad” es moneda corriente en el medio sanitario, entre los economistas y en la clase política, y además expresada con mucha ligereza.
- Ni hemos podido dar una acabada respuesta “que satisfaga las necesidades de los ciudadanos”

Esto significa una enorme inversión (más del 10 % de nuestro PBI) para no haber podido cumplir requisitos básicos, que son objetivos de un sistema de salud.

En este contexto hay dos aspectos que debemos recalcar:

- Hemos sido impermeables a los fuertes cambios exógenos y
- no ha habido grandes “presiones” y exigencias de la ciudadanía (más bien esta se ha expresado en una búsqueda a ciegas de la mejor y aceptable forma de resolver sus problemas lo que no quiere decir que en cada caso haya sido la deseable, la necesaria, ni la oportuna)

Desde ya, que las decisiones incompletas – por no saber,... por no poder,... o por no querer – han sido condicionantes de las transformaciones de fondo y que vayan más allá de lo retórico (convirtiéndose en mero “gatopardismo”), mientras que no hemos podido dar respuestas a las características antes mencionadas del mercado de salud, y por motivos ajenos al presente tampoco han sido en nuestro caso generadoras de reclamo ciudadano.

Estas circunstancias han conducido a escuetas transformaciones del tipo de las “micro-metamorfosis” dentro del sistema, sin que por ello se hayan producido cambios ostensibles.

Otros países han avanzado – más allá de la fuerza de las circunstancias – y logrado avances mucho más que significativos.

En América Latina países como Costa Rica, Chile o aún Brasil (este con grandes limitaciones), se impusieron procesos sustantivos de reforma a sus sistemas de salud, mientras que nosotros continuamos instalando micro-parches, para solventar situaciones coyunturales, de corto alcance y sin evaluar su real dimensión en todo el contexto o peor aún sin considerar sus consecuencias.

En casi todos los demás casos el crecimiento del gasto sanitario ha sido mayor (y tiene tendencia incremental), que el crecimiento del país en términos de PBI, por motivos que hemos analizado, aunque existen algunos países que dado su desequilibrio en el gasto público, han comenzado a reducir sus presupuestos públicos en salud. (OCDE, 2013)

Y sin duda que cada uno de estos puntos mencionados, en particular el referido al financiamiento del gasto público y su importancia en el equilibrio macro-económico, merece un capítulo especial de análisis, lo que excedería los límites del presente.

Sin embargo hay algunos aspectos que se plantearon como procesos de reformulación de los sistemas sanitarios más allá de los dilemas éticos, políticos y económicos, que plantea la “reducción presupuestaria”, porque el punto central de análisis debería definirse según la racionalidad asignativa dada: la escasez de los recursos y la magnitud infinita de la demanda, por lo que las políticas de salud deben centrarse en la definición de prioridades.

Desde hace años que el paradigma referido al “todo para todos”, y “a cualquier precio”, no solo estimula conductas reprochables en el análisis costo/beneficio y costo/efectividad, lo que de por sí ya es cuestionable en la medida que una asignación ineficiente tiene un enorme costo de oportunidad y restringe a otros de lo que probablemente fuera necesario, por lo que resulta hoy en día insostenible.

La limitación de recursos ante nuevos condicionantes e ingredientes que multiplican el gasto, termina por promover la injusticia del conjunto ante la satisfacción aparente de las necesidades de algunos.

¿Qué es lo que necesitamos?,.... ¿Qué es lo que podemos?,... ¿Que es lo que debemos proveer,... y a quienes,... y cómo?,... ¿Quién es el decisor?,... pero lamentablemente las medidas adoptadas se han referido casi exclusivamente a la “contención del gasto”, en la más sensible de las variables: la compra de servicios sanitarios.

Las políticas de salud – si son abarcativas – requieren la definición de prioridades,... pero las prioridades imponen límites. Y los límites se refieren a la “asignación racional de recursos”, situación que en nuestro país constituye aún hoy una enorme deuda pendiente.

Asumimos que en todos los casos los cambios son lentos. Tal vez mucho más de lo que la ciudadanía debiera esperar.

Y los cambios en salud – más que las buenas expresiones y deseos de los “decisiones” - requieren del compromiso de sus recursos humanos, que además son actores importantes cuyo posicionamiento “suma” o “resta” rápidamente, más allá del discurso de “defensa de la salud pública”.

Entre otras y como he mencionado, la mayoría de las medidas adoptadas, con los denominados “criterios de reforma” tuvieron como objetivo prioritario “la contención del gasto”, como si esta fuera la “medida real de la eficiencia”, aspecto que en salud –como hemos visto– tiene múltiples aristas a considerar.

En un mercado con las características del de la salud, donde “el que compra no paga (cuando menos en gran medida), ni elige”, la función de compra de servicios sanitarios adquiere una dimensión prioritaria.

En estas condiciones cobra tan significativo valor la idea del financiamiento de los subsistemas, como la de asignación de los recursos en a cuanto compra de servicios.

Como diríamos muchos “la política –más allá de lo que se declame– se define por donde y como se asignan los recursos”.

En nuestro sistema de salud los tres subsistemas coexistentes (de la seguridad social, público / estatal y de los seguros privados) sostienen a su vez formas variadas de contratación de servicios.

De cualquier manera la coexistencia de múltiples modalidades, si bien incorpora nuevos condimentos al mercado, no modifica sustantivamente la mecánica de la función de compra de servicios sanitarios.

En el caso de la condición de pagos por salarios –como es habitual en las organizaciones de “integración vertical”, en general los establecimientos público- estatales (lo cual excluye aquellas que han “privatizado” los servicios)– promueve en muchos casos conductas oportunistas, tanto porque el salario se percibe en cualquier condición de actividad (algo así como decir: “se cobra aún se trabaje o no se trabaje”, sin distinción individual), lo que les resta eficiencia y resultando muy difícil, por los vericuetos administrativos, promover cambios importantes de mejora en la institución.

Muchos seguros públicos de la seguridad social, así como muchos seguros privados han optado por esta modalidad de tener sus propias organizaciones prestadoras, con el fin de reducción de costos y vender servicios a otras que no los poseen. Es decir: un mecanismo adaptativo a las condiciones del mercado.

En las mencionadas organizaciones de integración vertical –en las que no existe separación de funciones “financiador” / “prestador”– la asignación de incentivos acordes a resultados de funciones acordadas y diferenciadas contractualmente, resulta un instrumento de gestión privada aplicable a las instituciones de esta naturaleza (aunque fueren de gestión pública), aún difícil de implementar dada nuestra legislación laboral y demandas sindicales subsecuentes, pero que les proveería una mayor eficiencia. Me refiero puntualmente al pago por resultados previamente acordados y establecidos por “contratos de gestión”.²⁹

No se trata ya del reduccionismo – e “incentivo perverso” – de premiar la “producción”, como si lo que se quisiera fuera tener cada vez más enfermos asistidos. En todo caso “el mejor resultado de un sistema de salud, debería ser tener los hospitales vacíos, lo que supone el mejor objetivo deseable a lograr”. Esto es lo mismo que decir que los pagos relacionados a resultados acordados dependen de la función asignada y su cumplimiento.

Lo que debe diferenciarse es cuando y como se quiere cada cosa.

Así como un hospital de complejidad no puede “no producir” (teniendo demanda contenida y largas listas de espera, etc.), tampoco “debe producir mal” (de mala calidad, con reintervenciones, infecciones intrahospitalarias, etc.).

De la misma manera un centro de primer nivel de atención no puede limitarse a la “función de producción” (consultas, etc.), sino que debe requerirse la cumplimentación de los programas que se consideren importantes a los fines sanitarios, como por ejemplo: porcentaje de población con cobertura vacinal, controles suficientes y adecuados de embarazadas, utilización de medicamentos marcadores, intervención en múltiples actividades de APS, etc. y esto no es solo “producción”, o en todo caso “no es una función de producción incentivada”.

Los contratos de gestión o compromisos de gestión fueron un instrumento de gestión privada, aplicable a organismos e instituciones de derecho público mal

²⁹ Filgueira Lima, E. Instrumentos de gestión privado en instituciones de derecho público (2004)

utilizados en nuestro país (ya sea por mala utilización, instrumentación, seguimiento, dificultades de evaluación de resultados, aplicación de incentivos, etc.)

De cualquier manera por muchos motivos y ante eventuales procesos de reforma los establecimientos asistenciales de dependencia pública estatal deben lograr su propia autogestión y en ese camino incorporar incentivos por medio de pagos ligados a resultados, como a su vez dejar de depender del “subsidio a la oferta” estatal.

El subsidio del estado –para ser subsidiario de la demanda que no posee cobertura– debe canalizarse directamente mediante pagos a través de la administración al que la demanda libremente elija para su asistencia, y del subsector que prefiera. Con seguridad esto transparentará muchos aspectos del mercado en salud, dejará al desnudo las ineficiencias y obligará a muchos a adecuar sus prestaciones, su administración, su gestión y con ello el gasto.

Y para ello puede ser útiles el sistema de “voucher’s” (este es un medio de uso habitual, implementado en algunos países tanto en educación como en salud), aunque no son imprescindibles, ya que los medios informáticos facilitan hoy en día los trámites de prescripción, autorización, registro, auditoría, prestación y facturación.

En gran parte de los modelos de contratación de servicios, la tendencia se dirigió a la “transferencia del riesgo”, con el objetivo de previsión del gasto.

Por supuesto que el “pago por prestación” supone también un incentivo perverso (estimula el sobre-uso y el sobre-diagnóstico), que agrega a la imprevisión del gasto y más dadas las características de incertidumbre del mercado de salud, como a su vez permite desde el agente, inducir el consumo.

En estas condiciones los modelos más utilizados, para la compra de servicios para aquellas organizaciones en las que existe separación de funciones de financiamiento y provisión, fueron la “capitación”, la “cartera fija”, los GDR, etc

Casi todas las organizaciones de la seguridad social adoptaron estos modelos, con consecuencias inesperadas.

Los pagos por montos fijos – además de permitir como en cualquier sistema de compras, arreglos espurios compartidos entre financiadores y proveedores – incorporaron la figura del gerenciador: una tal suerte de intermediario entre ambos, que a su vez produjo efectos adversos:

- Los gerenciadotes (intermediarios) encontraron un nicho de mercado que les permitía reclamar todo lo posible a los financiadores (a veces con poca transparencia) y negociar contratos con algunos prestadores y no siempre con los que mejor podrían responder a los requerimientos de la demanda; es decir el ajuste por precio se tradujo en pérdida de la calidad.
- La consecuencia fue necesariamente que “el dinero quedó en el medio”, los prestadores fueron desincentivados, la prestación no fue la mejor (con sus consecuencias sanitarias) y el gasto no disminuyó. Es decir: la relación gasto/efectividad resultó negativa.

- Este sistema posibilitó a los gerenciadore s articular las relaciones con la clase política (y los sindicatos), que en muchos casos obtuvo que sus campañas electorales fueran financiadas por este actor, o también muchos financiadores. Como a su vez lo fueron por muchos otros actores y grupos de interés (proveedores de insumos), del sistema de salud en nuestro país, cuyo beneficio resultaba en acuerdos para ser favorecidos con las compras licitatorias y/o directas.
- El sistema de pagos por cápita o cartera fija, así establecido es – considerando el riesgo de consumo– el único en el que resulta de “suma cero” en la transacción: lo que gana uno (porque la suma de eventos no alcanza el promedio estimado) lo pierde quien financió (que pagó por un promedio que no ocurrió) y viceversa.
- Este sistema de pagos induce a la subprestación para resultar ganador en la ecuación –así como el pago por acto médico induce a la sobreprestación– con el agravante que el trato entre el financiador y el prestador ha sido sustituido por un tercer actor que es el gerenciador (que solo contrata a algunos y los de menor costo), todo lo que introduce grandes limitaciones en el acceso, así como otras distorsiones.
- A su vez debe considerarse la pérdida de contacto y comunicación del financiador con “su” afiliado/beneficiario, de quien es a su vez el único responsable legal y solo encuentra su punto de contacto ante el reclamo, el amparo o la expresión de su demanda insatisfecha.

Desde ya que existen mecanismos de control para reducir los efectos adversos de los pagos por montos fijos, que si bien han posibilitado una “previsión del gasto”, han tenido su contraparte que dificulta –cuando no: “condiciona” e incorpora costos agregados que son costos de oportunidad– a la gestión.

Existen otras variantes de contratación y pago de servicios –de las que existen pocas experiencias en nuestro país– y que han tenido diverso éxito en su implementación en otros países (Ej. DGR, etc).

De cualquier forma la atomización existente entre los entes financiadores los debilita en los procesos de negociación ante los gerenciadore s en un tema de difícil resolución como es la contratación de servicios de los profesionales sanitarios, en un país tan extenso y diverso en recursos y capacidad instalada.

Las consecuencias son: financiadores que han debido recurrir a medios adaptativos de asociación para su supervivencia, prestadores insatisfechos por verse víctimas de magros reconocimientos por sus servicios y población con enormes carencias en la accesibilidad, lo que inevitablemente se traduce en resultados sanitarios.

En algún caso las dificultades de negociación han orientado que muchas instituciones de la seguridad social instalen “servicios propios”, con las perspectivas de ineficiencia de organizaciones de “integración vertical” antes mencionadas y aunque no exista relación –más que la intencionalidad política– entre el costo de la capacidad instalada y los beneficios sanitarios.

Esto mismo es verificable en las organizaciones público / estatales en las que nuevas “inauguraciones” de servicios, equipamiento, camas, instituciones, etc. no son evaluadas en tanto “necesarias en términos sanitarios”, continúan con el

ineficiente subsidio a la oferta y su exaltación de utilidad para la manipulación política

Sin dudas que el tema abordado no agota la complejidad y multiplicidad de problemas que incluye el sistema sanitario.

En la seguridad social la instauración de un sistema de múltiples seguros en competencia, con ausencia de acordes niveles en la capacidad de gestión, se basó en una premisa fundamental como es la eliminación de población cautiva.

Los seguros privados deben considerarse “contratos entre privados” y su cartilla de prestadores es la mejor carta de presentación y de competencia para obtener el favor de los afiliados. También en estos la contratación de servicios es un aspecto crucial para brindar los mejores por medios y modalidad, previamente acordados.

El estado ha pretendido interferir en esta modalidad de aseguramiento con consecuencias negativas para este sector que funciona como un reaseguro ante las ineficiencias que presentan los otros subsectores en nuestro país. De hecho ante las carencias e ineficiencias de los subsistemas de seguridad social y público estatal, nuestro país ha visto en los últimos años una transferencia muy importante de afiliados hacia las carteras de los seguros privados.

Y estos son quienes de mejores servicios disponen, aunque el Estado –con argumentos insostenibles: “proceder a la defensa del consumidor”– también ha intervenido directamente mediante la Ley N° 26.682, imponiendo condiciones (que deberían resolverse entre privados), que limitan la maniobrabilidad de las empresas, así como su sustentabilidad y conducen a los mismos efectos adversos antes mencionados. Su subsistencia obliga a que el ajuste ocurra por algún lado. La intención política no es proteger a nadie sino perjudicar a todos: “igualando para abajo”.

Queda en evidencia de otra forma que los servicios públicos y de la seguridad social adolecen de graves problemas de accesibilidad y calidad, si se comparan con los seguros privados. Pero la Ley mencionada –que veremos más adelante con mayor detalle– impide la previsión ante riesgos potenciales, y sitúa a las empresas en alto grado de vulnerabilidad financiera.

Como puede comprenderse de esta forma quedan para la población pocas perspectivas de resguardo, pero las ineficiencias del sector público quedan disimuladas, ante menores “diferencias”.

La formación de una masa crítica de gestores que permita el logro de un equilibrio entre la eficiencia, que no es solo “transferir el riesgo” y posibilitar la previsión del gasto, ya que “eficiencia” e “impacto sanitario” son conceptos indisolubles; como así también una justa satisfacción de las necesidades de los beneficiarios, resulta una necesidad impostergable.

La intención debería ser, bajo estos conceptos: “igualar para arriba”, lo que solo puede lograrse mediante la competencia entre instituciones autofinanciadas y en libre competencia ante el favor de la demanda y que la población se

encuentre en condiciones de elegir, sin verse limitada por la cautividad o por las limitaciones en el acceso que los diversos subsistemas le imponen.

Sin dudas que estas condiciones obligarán a la mejora de las condiciones de prestación accesibilidad, procedimientos y calidad de todos los servicios (públicos, de la seguridad social y privados) del sistema de salud.

Estos aspectos deben ser considerados como parte de una nueva generación de reformas – o en todo caso como “deudas pendientes de las reformas” – y aunque las modificaciones a implementar parezcan constituir avances “micro”, resultan de importancia para la mejora en la gestión de los sistemas de salud.

Sin dudas nuestro país se encuentra en deuda con el logro de una profunda reforma del sistema de salud y hacia esa opción avanzamos como propuesta tentativa.

De hecho nos cabe asumir que ningún cambio es posible solo por construcción o planificación y menos por mero voluntarismo político. Las propuestas son variadas, adecuadas a cada contexto y realidad, pasibles de avanzarse en ellas por etapas y consolidadas en la medida que den verdaderas respuestas a la gente y a sus necesidades.

3. Las Instituciones sanitarias en la Argentina

Si se piensa en la dilución del riesgo en las diversas formas de aseguramiento en salud, desde una perspectiva económica, podría ingresarse en el problema de obtener un máximo de beneficios, en la medida que esta formulación induce a conductas oportunistas, sin beneficios sanitarios paralelos.

Los individuos es de esperar, que tiendan a aumentar sus comportamientos egoístas frente a la proximidad conceptual que supone la dilución de riesgo en “fondos comunes” por dilución en un conjunto.

De acuerdo a la clasificación referida antes y presentada como una orientación de la tipología de los bienes por la economía: nos veríamos próximos a una interpretación de lo que acontece en la “Tragedia de los comunes”: en la que se describe una situación en la cual varios individuos, motivados solo por el interés personal y actuando independiente pero racionalmente, terminan por destruir un recurso compartido limitado (el común) aunque a ninguno de ellos, ya sea como individuos o en conjunto, les convenga que suceda tal destrucción (que en nuestro caso sería el fondo de financiamiento “común” para la dilución del riesgo).

El ejemplo puede ser entendido solo como una metáfora y no es exactamente el caso ya que en “La tragedia de los comunes” los actores rivalizan por el usufructo, y no son excluidos si no contribuyen.

Esta cuestión –contributiva– es la que diferencia el caso de los aportantes al seguro que aunque constituyan un “fondo común”, deben necesariamente aportar para ser incluidos en el padrón de beneficiarios.

Es decir que el acceso no es estrictamente libre, pero puede considerarse irrestricto el uso del recurso "comunal" finito, lo que conduce a la sobre-explotación y el agotamiento. (Hardin, G., 1968)

Sin dudas pueden existir conductas de este tipo cuando se conforman "fondos comunes" de explotación por aseguramiento, que son fondos de resguardo que protegen del riesgo financiero.³⁰

El problema parecería más cercano a los "bienes Club", que constituyendo un "fondo común", si excluyen a quienes no aportan y solo rivalizan cuando los beneficiarios son muchos.

Quienes adoptan estas conductas, caen en la estrategia de la no cooperación. Lo que debe tenerse en cuenta –cualquiera sea el caso en el que los "fondos comunes" se definan– es que casi nunca es ese precisamente el objetivo de los beneficiarios, ni lo que modeliza su conducta.

Si estamos más cercanos a los "bienes club", que excluyen a quienes no aportan, pero siendo muchos los integrantes del grupo asegurado que hacen su contribución, se establece un proceso de rivalidad en el consumo de bienes, cuyo acceso puede considerarse común, por el solo hecho de haber aportado. Sin embargo la relación entre la disposición del bien común y la titularidad no está claro, porque la provisión es exógena.

Lo que realmente determina la utilización del "fondo común" en la asistencia sanitaria es la oferta de prestadores, porque cumple un importante papel – como hemos visto– en determinar la sobredemanda y el sobreuso del fondo (más allá de las demandas justificadas), lo que incorpora el verdadero riesgo de sobre-explotación y agotamiento.

Es decir que aunque los beneficiarios aportantes a un fondo común puedan ser excluidos si no contribuyen (Bienes Club) o no como en el caso de los ciudadanos tributarios de los establecimientos público/estatales (Bienes Comunes), el usufructo final del fondo común lo realiza la oferta, que es la que direcciona el consumo.

Este aspecto es mucho más claro en el problema que se suscita con los "free-riders", (por ejemplo en nuestro caso lo que sucede con los residentes de países vecinos que concurren para su asistencia a nuestros establecimientos asistenciales), y que no siendo parte de la masa de aportantes, hacen un libre usufructo de los beneficios del consumo, ya que la ineficiencia del sistema no permite a los prestadores –que además no tienen incentivos ni medios adecuados– seleccionar los beneficiarios reales.

En los casos de cotizaciones salariales o pago privado de primas, se trata de con formar "fondos comunes" de dilución del riesgo financiero, pero no bienes públicos (solo se considera públicos desde el punto de vista jurídico, a los que son impuestos por leyes) y existe la preferencia en general de provisión por servicios privados.

Pero mi referencia es a la conformación de "fondos comunes" por aportantes definidos, para la dilución del riesgo financiero de eventos de salud ("Health Care"), cuyo usufructo si bien cubre a los aportantes, es provisto por servicios

³⁰ Por ejemplo el "moral hazard" constituye un comportamiento de este tipo.

en general privados, que direccionan el consumo y son quienes pueden conducir al agotamiento por sobre-explotación.

La capacitación y el pago con incentivos adecuados son dos recursos necesarios para adecuar la oferta a una provisión racional, de bases científicas comprobadas y justificada en su relación costos-beneficios (incluyendo en estos a la “calidad de vida”) atribuible.

Estos fondos además están condicionados por la capacidad contributiva (cotizaciones laborales o aportes directos), y su dependencia –ambos– del mercado de trabajo y de los ciclos económicos.

El equilibrio: capacidad de contribución al “fondo común” y gasto excesivo por sobre-explotación, depende más de las administraciones (que en muchos casos no han demostrado ser demasiado eficientes y más aún existiendo desvíos) y de quienes inducen una demanda innecesaria y evitable.

La teoría de Buchanan’s club subraya que incluso los bienes públicos pueden, bajo ciertas circunstancias, proporcionarse por servicios privados y por ello no necesitan implicar al gobierno en su provisión. Este punto debería tener mayor análisis y en particular caso por caso en lo que a cada bien se refiera.

Diversos estudios demuestran que los comportamientos pueden variar en función de superar la “tragedia” de agotar los recursos, la gente puede usar la estrategia del compromiso previo: el individuo toma una decisión anticipada, la cual será difícil o imposible de cambiar posteriormente, pero que puede ser conducida mediante aprendizaje y autocontrol, cuando se comprende que los excesos a corto plazo pueden comprometer el resguardo individual y del conjunto a largo plazo. (Rachlin, H. & Green, L. 1972)

Estos conceptos permitieron más tarde comprender que pueden llegarse a soluciones alternativas a las de los extremos: sobre-explotación y agotamiento del bien o por el contrario cooperación absoluta. Pues estas soluciones no son las únicas interpretaciones posibles para resolver el problema de la utilización de recursos compartidos.

El problema que enfrentan quienes se encuentran en situación de utilizar recursos que pertenecen a este tipo de fondos de dilución del riesgo en salud es de organización. (Ostrom, E. 2000)

La idea sobre la que gira la autora es que es posible establecer contratos vinculantes entre todos los participantes. Que los obliga a cumplir de manera infalible con los acuerdos iniciales y con estrategias de cooperación formuladas por ellos mismos: “...*El interés propio de los que negociaron el contrato los conducirá a supervisarse mutuamente, ... (...) ... con una estrategia de largo plazo que permite la supervivencia, ...*” (Ibid)

El problema que enfrentan quienes se encuentran en situación de utilizar recursos que pertenecen a este tipo de fondos de dilución del riesgo en salud es de organización y acuerdos.^{31, 32} (Ibid)

La idea sobre la que gira la autora es que es posible establecer contratos vinculantes entre todos los participantes. Que los obliga a cumplir de manera

³¹ Ver: Figura N° 25

³² Ostrom, E. Universidad de Bloomington Indiana, EE.UU. www.iub.edu

infalible con los acuerdos iniciales y con estrategias de cooperación formuladas por ellos mismos: “...*El interés propio de los que negociaron el contrato los conducirá a supervisarse mutuamente, ... (...) ... con una estrategia de largo plazo que permite la supervivencia, ...*” (Ibid)

En el gráfico N° 25 vemos que la clasificación que describe la autora incorpora el concepto de “sustractabilidad en el uso”, lo que nos acerca más a lo expresado e incorpora mayor flexibilidad que el primero, dado que no se limita a “exclusión o rivalidad” (de los propietarios del bien: “el fondo común”) sino que se remite a la posibilidad de equiparar potenciales beneficiarios según la sustractabilidad en el usufructo, para ambas solo “Alta o Baja”.

La capacidad de adecuar el usufructo está ligada a la organización de las instituciones de salud, a la capacitación de los prestadores y a los incentivos.

Lo anterior obliga a la adopción de estrategias coordinadas para obtener mejores beneficios comunes o para reducir sus daños. Las instituciones generadas son las que han dado las respuestas posibles hasta nuestros días.

Se hace imprescindible entonces una buena coordinación entre quienes aportan (los beneficiarios), quienes administran y quienes son prescriptores y sustractivos (compleja relación oferta-demanda en el que la primera induce y la segunda elige, ... ¿elije?), en el “fondo común”. Y esto es de igual forma importante para los seguros sociales como para los seguros privados.

Las diferentes sociedades han generado a pesar y gracias al conocimiento disperso, espontáneamente instituciones que se entendieron como la respuesta posible y próxima a sus posibilidades para resolver sus necesidades. Solo las instituciones que dieron alguna respuesta pudieron perdurar. (Hayek, F. 1945)

En nuestro caso las instituciones sanitarias surgieron como originarias formas de agrupación social, para posibilitar por un lado la cobertura y por otro la dilución del riesgo financiero que ella supone. Progresivamente muchas fueron asumidas por el estado, otras son administradas por los sindicatos y muchas se organizaron como subsistemas de administración empresarial privada. Pero en todas es significativa la regulación e intervención del estado, con el argumento que defiende los intereses de los afiliados, aunque su intervención debería ser solo subsidiaria en forma directa a la demanda sin cobertura.

La liberalización de cualquier forma de cautividad de la demanda permitirá que esta decida quien le brinda mejor servicio y ello redundará en la mejora necesaria de todos.

Los intentos constructivistas por promover valores, ideales y precios desde la planificación central del estado, no toman en cuenta los procesos históricos de desarrollo, como el conocimiento disperso y el orden espontáneo. (Ibid.)

Los planificadores creen que la información que poseen es toda la información existente, con resultados fatales para las sociedades. En gran medida y si estas apreciaciones son ciertas, las instituciones sanitarias funcionan con las deficiencias que hoy conocemos, que son graves (sanitariamente) y onerosas en lo económico para nuestro país.

Todos los procesos de reforma que alguna vez se pensaron posibles y se intentaron, fracasaron por la acción de grupos de interés y la presión de los

sindicatos, porque las condiciones actuales que se mantienen, son funcionales a sus intereses. (Filgueira Lima, E. 2012)

Sin embargo existen críticos de esta concepción del orden espontáneo basados en que si esto es siempre así, no hay espacio para que el economista político, o cualquier otro, que busque reformar las estructuras sociales, pueda cambiar las leyes y las reglas. (Liggio, L. 1982)

Sin embargo este no es el concepto que expresa Hayek, para quien si bien las instituciones surgen y se desarrollan espontáneamente en función de la historia, la cultura, las ideas o creencias que prevalecen en una sociedad, también existen caminos para su cambio y adecuación a nuevas situaciones, pero siempre que esos cambios conduzcan a mejoras en la utilidad.

Así es que resultan de normas que pueden plasmarse en las denominadas “formales” y en aquellas “informales” que hacen al comportamiento, normas de conducta y costumbres que permiten ordenar y normalizar las relaciones de un grupo de individuos, para posibilitar las acciones individuales y del conjunto en busca de determinados objetivos.

Las instituciones por su misma constitución cambian muy lentamente, porque el camino que recorren es el que le ha resultado útil a la sociedad, y resulta muy difícil como costoso adaptarse a otras que cambien la modalidad o los caminos que se acostumbra a recorrer, pero si los cambios son facilitadores, son en la misma medida reconocidos, por lo que se hacen perdurables.

Cualquier planificador puede pensar que lo que existe no es siempre lo mejor. Y como supone que el mejor conocimiento que existe –sino el único– es el propio, intentará desde su perspectiva instalar los cambios con un enfoque “top-down”. Le resulta difícil reconocer que las leyes y reglamentaciones vienen detrás en el tiempo, una vez que reconocen y consolidan con cierta formalidad, lo que la sociedad ha instituido previamente. (Hayek, F., 1945)

Existe espacio para que los economistas, políticos, sanitaristas, etc. recorran su búsqueda en el sentido de orientar el camino hacia una sociedad mejor. Pero las condiciones son por lo menos dos: la primera es que debe considerarse el “tiempo de adaptabilidad” (que conduce a la segunda ya que implica el tiempo necesario para comprender el fin o una “utilidad” mejor) y la segunda es el “fin u objetivo de utilidad”.

Porque es necesario comprender que la demanda social adopta lentamente la modificación de sus caminos recorridos y ello siempre y cuando perciba que las propuestas de cambios institucionales son mejores a sus fines, lo cual puede requerir tiempos que pueden parecer infinitos.

Con esto quiero decir que no son incompatibles el orden espontáneo de las instituciones sociales, con la búsqueda por parte de los policy makers de mejores condiciones que maximicen el bienestar general. Lo que debe considerarse es que no pueden imponerse –con un criterio “top-down”– lo que los planificadores consideren mejor.

Es sumamente importante la interacción entre el conocimiento disperso^(ibid.) pero percibido por la sociedad y los devaneos políticos por cambiar de cuajo las instituciones consolidadas durante años. Y los cambios no se logran por el solo hecho que se dicten leyes.

Los planificadores tienen una excesiva tendencia a formular proyectos y desde el Ejecutivo proponer leyes y normas que muchas veces sirven más a los efectos de nuevos servicios, planes y programas (con todo lo que ello supone), que a beneficios sanitarios concretos para la población.

Es más, una vez iniciadas las propuestas surgen de inmediato interesados en consultorías, nuevos estudios y diferentes ofertas que se quedan con gran parte de los recursos inicialmente asignados para efectivizar los proyectos iniciales. Finalmente son más los que aprovechan de ellos, que lo que le de ellos llega la gente.

Por su parte el Legislativo –lealtad partidaria mediante– es propenso a aprobar los proyectos sin demasiado debate, más que el formal, y dar curso a multiplicidad de leyes que de hecho no se cumplen o solo lo hacen espasmódicamente.

Nuestro país se dice que es un “estado de derecho”,.. pero existe un exceso de legislación, no porque sean las necesarias o porque se cumplan,.. sino porque son muchas y muchas de ellas ajenas a la realidad. En todo caso en salud se cumplen muchas –así como muchas otras no– que subsidian la oferta, en detrimento de un gasto mejor asignado.

Las instituciones son las reglas del juego, las organizaciones y sus empresarios, los gerenciadore, administradore y funcionarios son los jugadores. En el sistema de salud en la Argentina la gente en su mayoría es solo receptora de lo que se le brinda, mira desde la tribuna, pero no juega.

Sin dudas que es mucho lo que puede hacerse. Y muchos los cambios por proponerse – más aún en el sistema de salud de nuestro país – pero la aceptación viene de “abajo para arriba”, cuando se percibe que conduce a resolver los problemas que existen y luego el tiempo los consolida.

Las organizaciones sanitarias se inician espontáneamente como una forma cooperativa para permitir el acceso a las poblaciones de menores recursos y a las colectividades –también en ese entonces en la misma situación– a la asistencia médica y aunque no fuera importante su costo en ese entonces, y también a la dilución de riesgos.

Esto se llevó adelante por las primeras mutuales y asociaciones de colectividad dejando a las instituciones de caridad su ayuda a los establecimientos públicos en los que se asistía la población más postergada y en la que intervinieron múltiples organizaciones religiosas.

Su desarrollo si bien fue dispar permitía dar soluciones a los requerimientos sanitarios del momento. Las sociedades de beneficencia funcionaban por su parte en este circuito.

En ambos el recurso económico era importante: en el primer grupo por los aportes de los beneficiarios mutualizados o de las colectividades y en el segundo por la eficiencia y actividad desplegada por las organizaciones de caridad y la gestión de las organizaciones religiosas en los establecimientos de salud.

Pero en su evolución ambas fueron desnaturalizadas y su modelo adoptado por otras organizaciones: los sindicatos o las cooperadoras hospitalarias (o el mismo estado). Es decir: en parte por la evolución que en nuestro país recorrió

la asistencia sanitaria. Y otro tanto por el concepto de salud y la necesidad de su provisión por parte del estado.

Pero el papel más importante fue que tanto el Estado como las organizaciones sindicales percibieron los beneficios políticos y económicos de apropiarse y administrar las instituciones ya existentes.

El estado avanzó sobre los establecimientos de salud. El Plan de Salud del Dr. Ramón Carrillo ya desde 1946 logra integrar los dispersos establecimientos de salud e incorpora con recursos del Estado nuevos que le permiten diseñar su Plan Sintético de Salud Pública (1952-1958), hasta lograr la administración de la totalidad por parte del Estado. (Carrillo, R. 1951).

Las organizaciones religiosas a cargo de los mismos fueron desplazadas a funciones de asistencia de los pacientes (hasta se incluyeron muchas religiosas en el rubro de enfermería), como también eran responsables de la limpieza y del resguardo de insumos y medicamentos.

De la misma forma se convirtieron en asistentes de los profesionales en la atención de internados y consultorios externos. Pero de la función de administración fueron progresivamente relegadas y fueron administradores nombrados por el Estado los responsables de la misma.

También fueron los profesionales –que hasta entonces muchos cumplían su función de manera honoraria– contratados por el Estado convirtiéndose en empleados del mismo.

La complejidad de estas instituciones fue creciendo al ritmo de la evolución de la atención sanitaria y la innovación tecnológica.

La transferencia de los hospitales hasta entonces nacionales a las provincias, recorrió un largo camino de descentralización, desde la década del '50. Las provincias asumieron así la responsabilidad de la asistencia sanitaria.

Los servicios se desarrollaron en función de concentraciones poblacionales y con diversos grados de complejidad. La responsabilidad de su diseño y organización recae en los planificadores centrales de los gobiernos provinciales y los gobernadores que enarbolaron la salud como bandera política no dudaron en multiplicar inauguraciones, obras, servicios, equipamiento, etc. repitiendo el engañoso o equivocado discurso que la provisión de más servicios respondía a su preocupación por mejorar la salud de la gente.

Los servicios hospitalarios fueron –muchas veces superpuestos– pero sirvieron a los propósitos de muchos políticos y en particular subsidiaron la oferta, incorporaron servicios a demanda de los profesionales y sin relación con su productividad, e incluso sirviendo como fuente laboral sustituta de economías regionales poco productivas.

En la actualidad nos encontramos –como veremos– con instituciones sanitarias dependientes de los gobiernos provinciales (muy pocas del gobierno nacional) o municipales, de diferentes condiciones en su capacidad de respuesta y calidad.

Este sistema una vez transferido a las provincias funciona de manera descentralizada. Las decisiones, si bien las toman los planificadores o gestores

medios del sistema, se encuentran cercanas a la gente y los problemas llegan con facilidad a los altos niveles de gobierno.

Las fuentes de financiamiento del sistema son provenientes de rentas generales de las provincias (los impuestos y recursos provinciales, las transferencias nacionales y los ingresos por el RFCI), a lo que se agregan recursos provenientes de la facturación a los seguros sociales y otros ingresos como donaciones, bonos contributivos, etc.

El sistema dice de esta forma subsidiar la asistencia de la población pobre, que no tiene otra opción que recurrir a estos establecimientos. Entiéndase que en muchos casos son solo centros de salud del primer nivel de atención, en muchos casos de rudimentaria condición, pero en determinadas regiones el único prestador.

La evolución del concepto social de salud –considerado ahora un “derecho”– transfiere la responsabilidad de su cobertura al Estado, quien ahora brinda sus servicios a la población en especial a la que se considera en situación de pobreza.

La gente ha encontrado en su mayoría el “caminito” que en este sistema le permite la solución de sus problemas. Tiene conciencia de las limitaciones que se le brindan y las asocia a que siendo pobre merece servicios pobres. Las limitaciones en el acceso son muchas.

Por tratarse de un subsistema de integración vertical en muy pocas provincias se han establecido incentivos suficientes y los servicios funcionan por el esfuerzo de unos pocos entre tantos otros que adoptan conductas oportunistas.

Los sistemas de integración vertical –en el que financiador y proveedor pertenecen a la misma organización, en este caso el estado– se fundan en los conceptos de estabilidad por los estatutos del empleado público y no en rendimientos, por lo que sus resultados dependen de los pocos que se esfuerzan, frente a los muchos que se desentienden o actúan con poco compromiso.

Cualquier insinuación de modificación de esta situación se encuentra confrontada con una fuerte oposición gremial y el discurso que se enarbola es: “la defensa de la salud, pública, universal y gratuita”.

Parecería que estas instituciones fueron diseñadas para sus nuevos dueños: los empleados. Y no tanto para servir a la gente.

Las instituciones estatales son así altamente burocratizadas e ineficientes, salvo contadas excepciones que concentran servicios muy especializados que requieren mucha inversión, tecnología y profesionales capacitados, que presuponen un alto costo y una demanda restringida, lo que el estado es quien tiene mayores condiciones de afrontar.

La población pobre a la que se dice asistir “subsidiariamente”, obtiene lo poco que obtiene sin tener libertad a otra opción, porque está condicionada a la oferta que se le brinda.

Casi ningún político prefiere enfrentar para cambiar estas condiciones, porque los costos son muy altos y la lucha es prolongada y desgastante, ante resultados inciertos.

Los profesionales se desempeñan en términos generales también en el subsistema privado lo que agrava sus conductas, pues muchos se valen de su condición para derivar los pacientes con más recursos a los establecimientos privados.

Las estrategias están vinculadas a las demoras, la falta de insumos, la imposibilidad de resolución de los problemas en el ámbito hospitalario, etc. y muchos pacientes recorren estos caminos insatisfechos con la respuesta del hospital público.

A la par funcionan los establecimientos privados que se establecieron concentrados en las poblaciones de mayor rentabilidad. También superpuestos en número, servicios, equipamiento, super-especialistas, etc. sin que ello importe demasiado ya que cada uno genera su propia demanda.

Incluso en múltiples oportunidades venden servicios al subsector público-estatal y reciben aquellos problemas que este no se encuentra en condiciones de resolver.

Su financiamiento deriva de la facturación a los seguros sociales, en la mayoría de los casos a través de un gerenciador que cobra un monto –cartera fija o cápita– al financiador y paga los servicios. O también –en donde se han desarrollado– por facturación a los seguros privados.

También hoy en día muchas instituciones prestadoras de servicios tienen su propio seguro privado, con servicios diferenciados para la población de mayor poder adquisitivo, lo que les permite un cash-flow más fluido, antes que la espera del pago de los seguros sociales, los seguros privados, el estado o algún ocasional sobreviviente o inadvertido paciente sin cobertura.

Los seguros sociales funcionan de manera altamente centralizada y la contratación de servicios en las provincias les resulta una tarea difícil por lo que antes recurrían a las organizaciones corporativas profesionales y ahora a gerenciadores que les suplen la tarea.

Como veremos más adelante muchos seguros sociales tienen sus propios servicios ya que no solo reducen sus propios costos, sino que a su vez pueden vender servicios a otros seguros sociales que no los tienen.

Los seguros sociales también son parte del entramado de corrupción. Muchos de ellos financian a los sindicatos y otros además permiten a sus directivos vivir con comodidades y excesos, o en múltiples oportunidades ser financiadores de la política partidaria.

La provisión de insumos y medicamentos es otro capítulo que se suma a la complejidad y poca transparencia del sistema. En el nivel público en especial las licitaciones han permitido el financiamiento de la política local, o el enriquecimiento de funcionarios.

No es demasiado difícil explicar que los gerenciadores cobran todo lo posible (incluso con alguna “devolución” a quien les otorgan la concesión del gerenciamiento) y pagan a los prestadores los aranceles que se establecen, previo múltiples auditorías que limitan el acceso y/o por lo magros lo que disminuye la calidad de los servicios prestados. Obviamente la rentabilidad queda en el medio. Otra vez el subsidio a la oferta pone los incentivos en el lugar equivocado.

Lo paradójico es que muchas veces las auditorías ponen límites al acceso precisamente donde no deben: en cuestiones complejas –frecuentemente ligadas al sobreuso o sobre-diagnóstico– por temor a acciones judiciales amparos, etc.), o por desconocimiento, son de autorización más flexible. Mientras que para otras casi rutinarias limitan en extremo la accesibilidad.

Para los prestadores en la base de la pirámide (los profesionales “obreros”) – cuyos ingresos son magros sin que entiendan muy bien porqué – el dilema es difícil. En todos ellos hay tres aspectos que permanentemente interactúan para la toma de decisiones: el interés personal, los valores éticos, así como el prestigio y reconocimiento profesional.

Según pese uno u otro será el sesgo que tomarán sus decisiones.

Pero siempre se encuentra presente la tentación de ceder ante conductas que le garanticen mayor rentabilidad.

En todos los niveles y en los dos subsistemas se encuentran presentes una baja calidad de los servicios de salud, un sobreuso tecnológico y frecuente sobre-diagnóstico.

La población puede conocer lo que le acontece de manera individual. Cada uno percibe lo que siente y lo que demanda, así como la forma que su problema es resuelto. Pero el conocimiento está disperso y le imposibilita a cada uno tener una visión de lo que sucede en el conjunto. Los resultados sanitarios son los resultados del total de la población o de grupos específicos.

Una visión epidemiológica de los resultados generales –que es la parte de la visión que pueden tener los planificadores, estadísticas mediante– nos permite afirmar que la gente queda afuera del juego, o mejor dicho: juega a resolver sus problemas individuales, a solucionar lo que puede requerir día a día. Y es lógico que así sea y que tienda a reconocer el caminito que le permite soluciones.

De esta forma queda al margen de una visión del conjunto. Y también que puede ser víctima de las ineficiencias, o de la falta de calidad del sistema.

Las acciones de APS –devaluadas para todos los actores– no forman parte del accionar cotidiano del sistema, aunque podrían tener mejores resultados sobre la población y evitar las consecuencias del accionar de profesionales que desconocen a quienes asisten y en ello prima también el pensamiento posibilístico, que induce más acciones que las que podrían ser necesarias.

El gobierno nacional no escapa a las generales expuestas y es otro actor importante: sirve al discurso político, también es altamente burocratizado (cada funcionario que llega trae consigo una pléyade de adeptos que se suman a los anteriores como capas de cebolla), maneja ingentes recursos que financian programas y los que ingresan vía UFI para proyectos especiales. Así como ha sido de reciente exposición que muchos grupos de interés han financiado campañas políticas partidarias lo que los convierte en potenciales acreedores de ulteriores beneficios.

Tanto en los niveles nacional como provincial el sentido populista de liderazgo ha tenido profunda raigambre y graves consecuencias en nuestras instituciones.

El problema debe focalizarse en cómo poner límites a la clase política, en las conductas derivadas de su ineptitud (que conducen a la ineficiencia de las políticas públicas) o a las que hacen a su interés personal (que conducen a la corrupción) y ambas desmerecen la calidad de las instituciones.

El gasto global se encuentra atado a estas condiciones de organización fragmentada (que incorpora altos costos de transacción), la ausencia de acciones de APS que serían mucho mejor costo-efectivas, así como los niveles de corrupción que impregnan todo el sistema.

Como vemos las instituciones sanitarias en la Argentina no permiten una eficiente funcionalidad del sistema porque sus niveles de calidad así las condicionan.

Lo que debe tenerse en claro es que en la conformación del sistema, cada uno ha atendido a sus intereses particulares y en su gran mayoría: proveedores, empresas de medicina prepaga, prestadores y en particular los gerenciadore, no pueden negar sus respectivas responsabilidades.

Como vemos desde las iniciales instituciones sanitarias se ha recorrido un largo camino, que pudo ser diferente. La intervención del estado en particular ha beneficiado a grupos de interés facilitando que cada cual mantenga su caja y con ello una alta fragmentación del sistema.

La fragmentación imposibilita que el sistema funcione como tal. No se trata de un sistema sino de un “amontonamiento” de instituciones, superpuestas, con relativa conexión e interdependencia (salvo para los flujos de derivación), en el que todas dicen tener un mismo objetivo, pero sin coordinación.

Por otra parte este fenómeno incorpora como costos adicionales al sistema: los denominados costos de transacción; que le restan a su vez eficiencia y calidad. Pero esta condición parece no tener importancia, ni existe interés en que sea modificada, porque favorece a los pocos que administran.

La intervención del estado seguramente modificó el recorrido que pudieron tener las instituciones sanitarias, como sucedió con otras instituciones del país.

Por un lado el estado cumplió su papel de agente para la resolución de las necesidades que pudiera tener la población (el principal).

Pero ese papel lo cumplió mediante procesos de asociatividad con diversos grupos de interés: los empresarios de la salud, los sindicatos, los proveedores, los gerenciadore, así como muchos otros que resultan los ganadore en el sistema.

Los dos procesos representan los procedimientos conceptuales más distorsivos de la elección pública: la función de agente (que decide supuestamente a favor del principal) y la asociación con grupos de interés.

El Estado tiende necesariamente a elevar el poder material del que goza (aunque románticamente se lo considere el gestor del “bien común”): las decisiones políticas, que son las realizadas por los estamentos del estado encargados del manejo estatal necesariamente son elegidas con el objetivo primario de maximizar los beneficios de los gobernantes y decisore políticos y ello inevitablemente genera costos a los particulares y a la sociedad en su conjunto. (Buchanan, J. & Tullock, G., 1962)

Asimismo, las decisiones políticas no le cuestan al Estado como tal, sino a todos los que se encuentran bajo el dominio de dicho Estado. El costo de la toma de decisiones se convierte entonces en un factor que influye en la eficiencia y los efectos de la decisión política.

Entre varios otros factores la ineficiencia de las decisiones tiene sus causas: la corrupción inherente a la asociatividad con grupos de interés, que finalmente paga el conjunto de la sociedad.

La población puede resolver a nivel individual y para aquellos que encontraron el camino –de la manera que fuere– sus problemas cotidianos de salud. Pero muchos quedan afuera –aunque se haya declamado su cobertura “subsidiaria”– y estos son los que sesgan aún más los resultados y ponen en evidencia las ineficiencias y falta de calidad institucional del sistema de salud argentino.

4. El Sistema de Salud en la Argentina³³

De acuerdo al breve desarrollo histórico efectuado del sistema de salud en la Argentina, este es conocido y denominado como “mixto”, esto es decir: constituido en su organización por tres subsectores como fue descripto (abordado desde el punto de vista de su financiamiento):

- Subsistema público/estatal
- Subsistema de la Seguridad Social (Obras Sociales)
- Subsistema privado (Seguros Privados o Pre-pagas de Salud)

Visto de esta manera parecería que es sencillo describir el Sistema de Salud de la Argentina, pero no lo es tanto cuando nos adentramos en el análisis de cada subsistema, la complejidad de su organización, su regulación normativa y de organizaciones de control, su financiamiento, la cobertura de sus beneficiarios, las limitaciones impuestas, su distribución, prestaciones asistenciales y todo ello finalmente puesto de manifiesto en los resultados sanitarios obtenidos.

A su vez resulta interesante el análisis de las estrategias que cada cual ha adoptado ante cada intento de reforma, aunque muchas de ellas fueron nada más que enunciativas.

De los 40.117.096 millones de habitantes que para la Argentina que arrojó el último censo poblacional 2010 (INDEC: Censo 2010), se estiman que aproximadamente 14,4 millones (es decir: el 35,9% del total), no tienen ninguna cobertura social y son en su mayor parte tributarios de los hospitales y Centros de Salud del Subsistema Público Estatal.

Aproximadamente la cobertura por el Subsistema de la Seguridad Social alcanza a 24,6 millones (el 61,3%) y al Subsector de los Seguros Privados resultan aportantes (directos) 1,8 millones de personas aproximadamente (es

³³ Filgueira Lima, E. Ampliado y corregido del Cap. 3.b de la tesis de maestría (2012)

decir el 4,4% de la población). Los valores de población cubierta no son coincidentes porque no se contempla la “doble cobertura” o aquellas que cubren planes parciales. (MSal. DEIS, 2011)

Pero esto que aparenta ser sencillo también tiene sus particularidades, que resulta oportuno señalar porque la organización del sistema de salud constituye uno de los problemas que genera sus mayores ineficiencias.

Una cuestión de análisis sería realizar el desagregado por subsector:

- 4.1. El subsector Público Estatal:** este subsistema corresponde a las instituciones que dependen del Estado en sus diferentes niveles – Nacional, Provincial y Municipal – con un funcionamiento descentralizado, porque las Provincias no delegaron en la Nación las funciones referidas a salud y por lo mismo por mandato constitucional las provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población.

La totalidad del sistema se financia a través de rentas generales de los gobiernos cuyas fuentes de ingresos son los ingresos propios de recaudación provincial, del RFCI y cuando se trata de los municipios – en aquellos casos en las que la descentralización ha llegado hasta ellos – la recaudación municipal, (a ello deben sumarse cotizaciones, facturaciones a la seguridad social, aportes voluntarios, donaciones y legados).

La heterogeneidad es enorme en lo referente a capacidad instalada: existen provincias con instituciones asistenciales de aceptable nivel, equipamiento, recursos humanos con capacitación, un porcentaje de financiamiento aceptable, una buena gestión en sus diferentes niveles y otras que, en el otro extremo, presentan notables deficiencias. Todo lo cual se traduce en la capacidad de respuesta a los problemas de salud y en los resultados sanitarios que cada jurisdicción obtiene.

La enorme dispersión geográfica de nuestro país y sus recursos determinó que las instituciones de asistencia médica privada hayan buscado instalarse en lugares de mayor rentabilidad, dada la existencia de poblaciones más numerosas o con cobertura social o poder adquisitivo, es decir donde hubiera un mercado rentable. Es por ello que en muchísimas regiones, alejadas, de escasa población o pobres, es el Estado (generalmente en municipios o sociedades de fomento) quien se ha visto reclamado por una demanda local, para responder a las necesidades de salud de esas comunidades. En estos casos el efector público es el único que brinda servicios y asiste a población sin cobertura como a los pocos que la tienen a través de un seguro social generalmente.

Este subsistema tiene la particularidad de constituir instituciones de “integración vertical”, es decir que tienen una organización jerárquica, el personal es asalariado (con pocos o ninguna forma de incentivos) y no existe por lo mismo separación de funciones de financiamiento y provisión: el mismo sistema financia los servicios que provee.

A nivel municipal –cuando hasta ellos llegó la descentralización– los factores políticos cumplen un importante papel en la toma de decisiones, con relativa dependencia del poder político provincial. Los Ministerios de

Salud son la autoridad provincial que deben llevar adelante las políticas sanitarias, las acciones de salud pública y administrar las instituciones asistenciales más grandes y complejas (sobre todo en las Provincias y ciudades más grandes), o la totalidad en aquellas provincias en las que por diferentes razones no se ha llevado adelante la descentralización a los municipios.

Cada Provincia destina partidas diferentes de su presupuesto a cumplimentar las acciones de salud que son de su competencia, con enormes diferencias entre ellas, que en general nada tienen que ver con las necesidades, perfil epidemiológico, etc. y/o proyectos locales, sino con la disponibilidad de recursos o la asignación que cada ministerio logre para sí, en una disputa con otras áreas de gobierno, por una participación relativa mayor en el presupuesto.

En general los mismos funcionan con asignaciones presupuestarias “históricas”, sin prever nuevas necesidades, lo que mantiene a este subsistema con graves deficiencias –en todo aspecto– en la mayor parte de las jurisdicciones. De esta forma, es difícil que el Ministerio de Salud de la Nación, pueda llevar adelante las funciones de rectoría que algunos le atribuyen y reclaman.

Otra dependencia que debe tenerse en cuenta muy especialmente es la UIF (Unidad de Financiamiento Internacional) que es por donde ingresan recursos para fines específicos otorgados por organismos de crédito internacionales y por donde se han financiado múltiples programas e incluso muchas que se plantearon como “reformas”, en especial en la década de los ´90.

Otra fuente de financiamiento proviene de los recursos generados por el Decreto N° 578/93, que originariamente fue uno de los instrumentos de reforma desarrollando los Hospitales Públicos de Autogestión o HPA (y que hoy son Hospitales de Gestión Descentralizada o HPGD), que permiten –como mencioné– la facturación a la seguridad social, con objetivos de generar recursos adicionales para los hospitales públicos (en muchos casos con la intención de generar incentivos internos y modificar sus estructuras burocráticas), obteniendo en la actualidad resultados dispares.

Respecto de la regulación y control de la actividad privada, si bien las constituciones provinciales le asignan un papel importante, los ministerios de salud provinciales tienen un escaso papel de contralor, solo son receptores de la información de enfermedades de notificación obligatoria y mantienen la potestad de habilitación, habiendo perdido en la mayor parte de los casos la de regulación de las matrículas profesionales, a manos de las agrupaciones y asociaciones profesionales.

Los ministros de salud de las provincias conforman el COFESA (Consejo Federal de Salud), creado por Ley N° 22.373, que es presidido por el Secretario de Estado de Políticas de Salud de la Nación, participando otras autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y que es donde se acuerdan políticas, se efectúan consensos sobre programas sanitarios, cada ministro de salud provincial discute sus necesidades y participación

en los recursos que se asignan, se establecen metas y se llevan adelante acciones en las diferentes jurisdicciones.

El Ministerio de Salud de la Nación se encuentra a cargo del Ministro que depende de la Jefatura de Gabinete y que tiene a su cargo en la actualidad cuatro Secretarios de Estado y seis Subsecretarías, para el Desarrollo de 78 programas sanitarios, tres Institutos (ANLIS, INCUCAI y ANMAT), dos hospitales compartidos: a) el Hospital Juan Garrahan con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (a punto de ser transferido a esta) y b) el Hospital Posadas con la Provincia de Buenos Aires funcionalmente dependiente del MSal. de la Nación. Por otra parte tiene a su cargo la Colonia Montes de Oca y el Sanatorio Baldomero Sommer, así como también una dependencia indirecta del Ce.Na.Re.So.

La Superintendencia de Servicios de Salud y el PAMI que figuran bajo dependencia del Ministerio de Salud (aunque no este último en su organigrama), por lo que debe entenderse solo dependencia “formal”, pues interesa puntualmente al poder político del más alto nivel. (MSal, 2014)

No es por toda esta estructura que el Ministerio de Salud tiene algún peso sobre las decisiones que podrían tomar los ministros provinciales, sino y muy especialmente por los mecanismos de acuerdos con los gobernadores (los “caudillos”) provinciales y su capacidad de negociación o dependencia del poder central: Jefe de Gabinete, Ministro de Economía, Ministro del Interior, Ministro de Obras públicas o directamente con Presidencia.

Este es un punto importante que condiciona todos los intentos de reforma.

Es decir que el Ministro de Salud Nacional también tiene escaso peso relativo en este tipo de transacciones políticas, que representan un intercambio de intereses que van más allá de los requerimientos puntuales del sector de la salud. Cada gobernador es preso de obtener recursos para sus responsabilidades y su propia política local. Todo lo que se obtiene se cuenta como recursos adicionales al RFCI (además del pago en tiempo y forma de este), que sirve muchas veces como discreto recurso “disciplinario” del gobierno central ante gobernadores díscolos. Sus ministros de salud son solo sus intermediarios.

Vuelvo a mencionar entonces: el mentado “papel de rectoría” que se atribuye al Ministerio de Salud,.. solo se limita a dar buenos consejos a las Jurisdicciones y eventualmente compensar inequidades mediante transferencias por fuera del RCFI (Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos), algún programa discrecionalmente asignado y los así denominados ATN.³⁴

Porque las políticas de salud –en el subsector público/estatal– se terminan definiendo en otro lugar, bajo acuerdos, intercambios, o bajo coerción, entre el poder centralizado de la Nación y las provincias.

En cuanto al financiamiento el gasto total en salud alcanza al 10,20% del PBI (como antes he mencionado), y el gasto que realiza en todos sus

³⁴ ATN: Aportes del Tesoro nacional

niveles (Nacional, Provincial y Municipal), el Subsector Público Estatal es del 2,19% del PBI. Ello equivale al 21,48% del gasto total y esto significa claramente que el gasto público estatal en salud es proporcionalmente bajo e insuficiente (menos de un cuarto del total del gasto).^(Ibid. Cetrángolo, O., 2011)

Esto no solo en relación al gasto total, sino en lo que significa la relación gasto público vs. gasto privado, o si se quiere en un análisis comparado con el porcentaje del gasto público en países desarrollados.^(Ibid.)

Este es otro de los problemas centrales a resolver del sistema de salud en la Argentina, porque por un lado se declama el “derecho a la salud” y por otro se asigna desde el mismo que se dice “responsable” menos de un cuarto del total del financiamiento. Por otra parte, de esta forma se explican las condiciones antes referidas (de graves carencias), de la mayor parte de las instituciones sanitarias prestadoras públicas de los municipios, estados provinciales y las del nivel nacional, que dicen de esta forma ser subsidiarias de la asistencia de los carenciados, cuando en realidad estos carecen de la libertad de elección y son cautivos de lo que se les ofrece, que se establece en general como un subsidio a la oferta.

En donde se puede observar como el mayor componente del gasto público-estatal en salud, recae sobre las Provincias (que en su mayoría dependen del RFCI), las transferencias “no automáticas” y las que se realizan desde el Ministerio de Salud como programas.

La situación es más grave aún pues existen enormes diferencias entre jurisdicciones en el sentido de la asignación de recursos como “gasto en salud”, tanto en el gasto per cápita (véanse los ejemplos extremos de Córdoba, Buenos Aires y Corrientes por un lado vs. Santa Cruz, Neuquén y Tierra del Fuego por el otro)³⁵, como en la relación entre las transferencias (lo recibido) y lo asignado al gasto jurisdiccional en salud, lo cual depende ya de los decisores locales.

A pesar de soportar las provincias el mayor componente del gasto y sostener el mayor número de instituciones prestadoras asistenciales, a las mismas –que no son deficitarias solo en su estructura arquitectónica– deben concurrir obligadamente los que son “cautivos” por su pobreza, como así también aquellos que solo tienen a su alcance el efector público, los más de 14 millones de habitantes que no poseen en su mayoría ningún tipo de cobertura (de seguro privado o social) y que por lo mismo se encuentran imposibilitados de elegir. Ellos son sin duda tributarios de esos hospitales donde se les brinda –con el esfuerzo de muchos que intentan suplir las carencias– la atención que requieren y que reciben bajo el supuesto que es lo que merecen y que no puede ser mejor. Pero que nos conduce a la consideración que se ha desvirtuado el “principio de subsidiariedad”.

Finalmente estas condiciones de carencia de incentivos, estructuras burocráticas de integración vertical, déficit en el financiamiento público-estatal, conducen a magros salarios y una población que no reconoce, ni puede acceder a otras posibilidades por su condición de pobreza, o por no tener cobertura de seguro social (en este caso aquellos empleados en

³⁵ Ver: Figura N° 21

condiciones de informalidad, aunque muchos “formales” también son pobres) y aquellos que no tienen a su alcance ningún efector que les permita elegir, perpetúan un sistema de salud estatal que se encuentra condicionado, en todos sus niveles, en su capacidad de respuesta.

Por su parte el gobierno nacional ha concentrado recursos a lo largo de los años y se ha desprendido de funciones,³⁶ lo que ha generado una creciente dependencia de las provincias del nivel central, en lo referente a las transferencias de recursos, pero ello no significa que aún lo percibido, lo asignado sea proporcional, suficiente o adecuado. (Ibíd. Mera, J. 2007)

Muchas de ellas con muy bajo desarrollo de sus economías solo pueden a través del empleo público, ser fuente laboral para sus habitantes. Es así que en muchas Provincias la relación de dependencia directa (empleados públicos) e indirecta (otros) vs. el total de la población supera el 50% holgadamente, a lo que no son ajenos los “caudillos” locales que han utilizado el empleo como su prebenda política. (Ibíd. IDESA, 2012)

Ello cierra el círculo vicioso al contribuir en gran medida al incremento del empleo frecuentemente ineficiente y con ello al gasto público y déficit fiscal de las provincias. Lo que se traduce en una mayor dependencia de las transferencias del gobierno nacional.

Los gobernadores resultan caudillos en sus provincias, pero mendicantes de un gobierno nacional, que a cambio de sumisión, cumple para financiar su déficit con las pautas distributivas entre jurisdicciones. (Ibíd. Boysen, A., 2011)

Por otra parte la Superintendencia de Servicios de Salud (organismo regulador de las Obras Sociales Nacionales o Sindicales), y el PAMI existen solo formalmente bajo el organigrama del Ministerio de Salud y esto sucede porque estas instituciones reportan directamente a los niveles superiores de gobierno (Jefatura de Gabinete, Secretaría Legal y Técnica de Presidencia, etc.), con mínima intervención del Ministro de Salud o con su inevitable conformidad.

Y esto es así porque las dos primeras son fuentes de poder político y económico: la SSSalud permite la negociación política con los sindicatos, así como las transferencias de las cotizaciones vía AFIP y los programas de reintegros de tratamientos de baja incidencia y alto costo y el PAMI porque ha sido incorporado al presupuesto nacional, permitiendo financiar (con recursos que se suponen de los jubilados), gran parte del gasto público nacional mediante reasignación de partidas, transferencias o presupuesto no ejecutado, aunque en menor medida que lo hacen el ANSES y el Banco Central. (Ibíd. IDESA. Inf. 426, 2012)

4.2 El subsector de los Seguros Sociales (Obras Sociales): Esto merece a su vez su desagregación pues la característica del sistema es que se financia por aportes y contribuciones (cotizaciones salariales), pero es estructuralmente muy heterogéneo y diverso. Lo único que los caracteriza de forma común es su forma de financiamiento: las cotizaciones salariales; y su funcionamiento centralizado.

³⁶ Hoy se estima que la Nación recibe el 75% de los recursos y transfiere a las provincias algo menos del 25% vía RFCI

Como puede suponerse esta condición de financiamiento se encuentra vinculada en forma directa al mercado de trabajo, pero deben destacarse algunas particularidades:

- i. Dependiendo de la Obra Social los porcentajes de cotización son diferentes (por ejemplo en las Obras Sociales nacionales los mismos son 3% en concepto de “aportes” por parte de los trabajadores y 6% en concepto de “contribuciones” de los empleadores). Pero otras Obras Sociales tienen diferentes montos porcentuales (por ejemplo cada una de las Obras Sociales Provinciales tienen cotizaciones que representan diferentes porcentajes de los salarios). Entiéndase el punto: se trata de diferentes porcentajes de diferentes montos salariales.
- ii. Los trabajadores en condiciones de informalidad – que en la Argentina alcanzan según diferentes estimaciones entre el 37 y el 45% de los empleados – no gozan de cobertura de un seguro social y pueden valerse por sus propios medios para cuestiones menores, pero en general también son tributarios del hospital público. (Kritz, E. 2006) y (Ministerio de Trabajo, 2011)
- iii. Un grupo particular lo constituyen los jóvenes que en el momento actual representan un grupo de alta conflictividad ya que las tasas de actividad laboral juvenil han evolucionado con una tendencia decreciente (a la par del deterioro educativo) y existen prolongados y altos niveles de desempleo juvenil, así como una inserción laboral precaria, lo que resulta en varios efectos negativos tanto en lo social como en lo económico. Tanto es así que los obstáculos que enfrentan los jóvenes en la búsqueda de una inserción laboral productiva han sido reconocidos como un problema global. El desempleo entre los jóvenes triplica al de los adultos. (OIT, 2013)
- iv. El mercado de trabajo se encuentra condicionado por las posibilidades de producción (la oferta y demanda de trabajo), las regulaciones y otros medios de intervención estatal, así como por los mecanismos de presión sindical y los ciclos económicos, todo lo cual afecta la población con cobertura. Durante la crisis de los años 2001 y 2002 el 52% de la población se consideró en condiciones de pobreza y el 50% sin cobertura social. Según el INDEC (1er. Semestre 2011) en el total país los promedios de pobreza no superan un dígito, excepto en la región Noreste del país que alcanzan el 14%. Sin embargo este valor se encuentra cuestionado por algunas consultoras privadas, alcanzando para las mismas entre el 25 y 30%. (Ecolatina, 2011: html), (Index Mundi, 2011: html), (Kritz, E. en SEL Consultores, 2011. News Feb/2011. pp.1). Aunque resulta de una simplificación extrema considerar la pobreza en relación a una línea de adquisición de una canasta de bienes (Alkire, S. & Foster, J, 2011: 5.1, pp. 12), ya que con esta metodología se puede “re-categorizar” a las personas sin que hayan cambiado efectivamente sus condiciones de vida. (Filgueira Lima, E., 2013) De cualquier manera que se la considere, los niveles de pobreza impactan en dos aspectos: en primer lugar la mayoría de la población pobre se encuentra en condiciones de informalidad laboral y por lo mismo carente de seguro social de salud (muchos trabajadores formales también son pobres) y por otro grava las condiciones y situación de salud ya que se

asocia a las denominadas “enfermedades de la pobreza”. (Chuit, R. 2011)

Lo anterior amerita a su vez el desagregado de las diferentes organizaciones de la seguridad social en salud (que funcionan de manera centralizada) y su caracterización:

- a. Las Obras Sociales Nacionales (o Sindicales) que agrupan a los diferentes trabajadores y su grupo familiar según rama de actividad, aunque luego del largo historial de Decretos de desregulación (llamado ahora de “Opción de Cambio”), los afiliados pueden optar por cambiar de Obra Social de acuerdo a su deseo. Esta reforma se introduce en la década de los ´90, pero recién se hace efectiva varios años después –por acuerdos con los sindicatos– y obedece a uno de los tantos intentos de reformas parciales, que respondían a programas y propuestas de los organismos de crédito internacionales ante la “cautividad” que tenían los beneficiarios de las Obras Sociales Sindicales y por lo mismo la imposibilidad de elección de servicios de mejor calidad.

Las Obras Sociales Nacionales totales son en el momento actual 302, (entre ellas varias de distinta naturaleza: las por convenio, las sindicales, las del servicio doméstico, las de monotributistas, etc.), con engorrosas normativas pero un marco legal que las abarca a todas y que son las Leyes 23.660 y 23.661 de Enero de 1989, dictadas durante el gobierno del Dr. Ricardo Alfonsín, en un marco político en el que el Ministro de Salud Dr. Aldo Neri, intentaba una profunda reforma del sistema de salud, con el sistema de seguridad social como eje central: los sindicalistas dijeron “sí” a las Leyes que les permitían un mayor protagonismo y autonomía, pero dijeron “no” al proyecto de reforma, por lo que el SNS (quedó en aprietos). (SSSalud, “Listado de Obras Sociales”, 2011: html). Tienen un padrón que alcanza a los 12,5 millones de beneficiarios y 6,425 millones de familiares. (SSSalud “Beneficiarios”, 2011: html). Las mismas presentan una enorme dispersión territorial, heterogéneo nivel de servicios, intentos varios de reformas fallidas (la mayor parte parciales e inconducentes), con íntima vinculación con los sindicatos en una trama en la que resulta difícil establecer responsabilidades y manejos financieros. Una gran parte de ellas inviables financieramente y algunas fuertes (con un gran número de beneficiarios y recursos), otras menores y muchas insignificantes. La imposibilidad de previsión del gasto llevó a muchas a estrategias de diverso tipo para lograr su subsistencia. La más frecuente ha sido realizar convenios con gerenciadoras, intermediarios o seguros privados, que en cada Jurisdicción, Distrito o región subcontratan prestadores que brindan servicios de diferente y a veces dudosa calidad, ya que se los subcontrata a los menores precios posibles: si el ajuste es por precio la consecuencia es la calidad. El procedimiento es la intermediación de una cápita cobrada por mes y por afiliado a la Obra Social o directamente la transferencia de un porcentaje de sus cotizaciones (en la jerga: “pasamanos”), recursos con los que pagan los servicios que dicen prestar. Las consecuencias son previsibles: Obras Sociales que aparentan controlar o poder prever el gasto y servicios médicos de bajo costo, que resultan mal pagos y de baja calidad. Esto significa un costo de transacción muy alto (ya que los recursos “quedan

en el camino”) y que, los beneficios, terminen por no ser tales para los beneficiarios. Este procedimiento establecido por negociaciones entre los directivos de las Obras Sociales y las gerencadoras, permiten gran discrecionalidad en el manejo de los recursos e irresponsables desvíos de fondos. Pero de esta forma se determinan los recursos financieros que se suponen necesarios para brindar las prestaciones a los afiliados del padrón, lo que permite a la Obra Social tener certeza del gasto, (aunque no la libra de la responsabilidad jurídica) y al gerenciador (intermediario) con el prestador, administrar ingente cantidad de recursos, que obviamente para lograr mayor rentabilidad los obliga a limitar el acceso a los beneficiarios mediante la imposición de múltiples trabas en el acceso en el mismo, y/o mal paga a los prestadores. Finalmente este procedimiento determina que las obras sociales en su conjunto en la actualidad incurran en diversas formas de subprestación de servicios. La asimetría del conocimiento imposibilita a muchos beneficiarios (las primeras víctimas), reconocer las limitaciones a sus “derechos”, salvo cuando recurren a amparos judiciales, para reclamar lo que consideran les corresponde y las dos partes: la Obra Social y/o el Gerenciador le niegan. La otra víctima son los profesionales cuyos ingresos son reducidos, permanecen descontentos y la calidad de sus prestaciones ingresa en una pendiente regresiva.

El resumen de este análisis es que los recursos no llegan en la medida de lo previsto, posible y necesario a cubrir las necesidades de la gente. Mucho “vuelve” a las manos del sindicato (o sus dirigentes), de manera no explícita, que es así solventado por la Obra Social y otro tanto queda en manos del intermediario.

La Superintendencia es el organismo de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros agentes del Sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación. Formula el PMO (Programa Médico Obligatorio), que detalla las prestaciones que deben brindarse por los agentes del seguro a sus beneficiarios. En forma personal considero un error esta modalidad, porque resulta un estímulo al incremento del gasto (en este caso: “lo que no se logra por precio se logra por cantidad”), considerando que la canasta básica de prestaciones debería realizarse “por patologías” – al estilo Programa AUGE de Chile: mediante un algoritmo que define las formas de su priorización para ser incorporadas – transfiriendo la responsabilidad del gasto al prestador, pero con incentivos acordes y vinculados a resultados obtenidos. El PMO alcanza solo a este grupo de Obras Sociales. La SSSalud realiza a su vez entre sus funciones un registro de prestadores y de las opciones de cambio que se producen, establece una “carta compromiso” con los beneficiarios, paga las facturaciones de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada cuando no han recuperado su gasto directamente de la Obra Social y destina un porcentaje de los que los empleadores han depositado (como

agentes de retención en la AFIP, por cotizaciones salariales) para constituir el Fondo Solidario de Redistribución.

Otras Obras Sociales han recurrido a otras estrategias: algunas acordando con las organizaciones corporativas profesionales y otras recurriendo a servicios propios.

Estos recursos se destinan en un 70% a cubrir el SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales: Decreto N° 1.901/2006), que garantiza a las entidades beneficiarias del sistema, un valor mínimo de aportes por afiliado –ahora ajustado por riesgo: sexo y edad (Decreto 488/2011)– y su grupo familiar. Hasta el año 2012 la APE³⁷ recibía un 24% del total recibido para financiar las prestaciones de patologías de alto costo y baja incidencia, que ahora se encuentra administrado por la Super Intendencia de Servicios de Salud.

Muchas Obras Sociales reciben además los recursos provenientes del ANSSES, por poseer jubilados que se han mantenido como beneficiarios de las mismas sin haber sido transferidos al PAMI.

Este conjunto de Obras Sociales resulta muy heterogéneo, muchas para poder subsistir han diseñado estrategias comerciales, como por ejemplo la asociación con empresas de medicina prepaga, mediante la que incrementan su cartera de beneficiarios seleccionando aquellos que pueden pagar alguna diferencia entre sus aportes y la cuota del seguro privado. Casi 2,4 millones de beneficiarios de las Obras Sociales son incorporados a este mecanismo, que resulta ilegítimo –no ilegal– porque permite a los seguros de medicina prepaga recuperar a través de la Obra Social de origen los costos de las prestaciones especiales (cuyo recupero antes se hacía por la APE), en lo que el afiliado es ajeno.

De esta forma utilizan los servicios (mejores) de los seguros de medicina prepaga y su sistema de marketing, lo que permite captar afiliados jóvenes (menores tasas de utilización) y los de mayores ingresos a sus servicios. Esto es lo que se ha denominado “selección adversa” o “descreme” del sistema de Obras Sociales.

Estos 2,5 millones de afiliados (muchos son corporativos) incrementan significativamente la cartera de afiliados de los seguros privados (recuérdese que los afiliados “directos”, los que pagan su cuota de afiliación de su bolsillo voluntariamente todos los meses son 1,8 millones), llegando a cubrir de esta forma a más de 4 mill. de personas en todo el país (casi el 10% de la población). (Castro, B. et al., 2007: pp. 2)

Las Obras Sociales que han seguido este camino en muchos casos realizan una transferencia de las cotizaciones y logran ser apenas oficinas administrativas de envergadura menor, que se mantienen con una retención que oscila entre el 6 y el 12 % de lo transferido. Los sindicalistas logran de esta manera incrementar su padrón, importantes recursos, para sus quehaceres y se desentienden de los problemas.

Pero esta es la población que mejores posibilidades de atención tiene y de resolución de manera aceptable de sus problemas de salud, muy

³⁷ APE: Administración de Programas Especiales

distante del otro 90% de la población del país, que no accede a estos servicios.

Es así que muchas Obras Sociales de ser hasta hace poco desconocidas y con escuálidos padrones y recursos, se han transformado en actores importantes del mercado.

Sin embargo la “Opción de cambio” en las Obras Sociales Nacionales ha tenido un efecto positivo: la competencia entre las Obras Sociales las obligó a adaptarse a los cambios y han debido mejorar su gestión (que son las menos), otras elaboraron otras estrategias, pero la mayoría funciona en un sistema atomizado, sin interrelaciones y donde cada cual hace aquello de lo que obtiene más ventajas: acotando el gasto mediante la limitación del acceso y por lo mismo ingresando por el camino de la subprestación.

En otros casos algunas han logrado sus propios servicios – vulnerando el criterio de separación de funciones – tienen instituciones sanatoriales propias, venden servicios a otras y estructuran servicios de integración vertical. Con este mecanismo cierran el círculo del: “yo lo financo y yo lo vendo”. Hay quienes cuestionan las supuestas mejoras que la “Opción de cambio” ha introducido en el subsistema de Obras Sociales Nacionales, con el argumento que con la misma se han perdido los criterios de “solidaridad” en el que se basa el sistema. (Cochlar, O. 2010)

El creciente número de amparos judiciales muestra dos facetas del problema: los beneficiarios reclaman por lo que creen (o les sugieren) que les corresponde. Y esto a veces es así y a veces no, ya que muchos de los reclamos son infundados.

Mientras, las Obras Sociales necesitan contener el gasto inflacionario creciente en salud y es por este motivo que imponen sutiles e importantes trabas al acceso.

Las Obras Sociales Nacionales tienen un gasto aproximado al 1,59% del PBI, lo que representa el 16,21% del gasto total en salud, que según expresamos más arriba alcanza al 10,20% del PBI, es decir: en total el gasto de las Obras Sociales Nacionales (o sindicales) casi alcanza a \$ 9.600 millones en 2008. (Ibíd. Cetrángolo, O., 2011)

Pero en este, como en muchos otros casos de las políticas sociales, una gran parte de los recursos no llegan a quienes están destinados: los prestadores finales reciben pagos magros y con moras, la oferta de servicios tiene carencias en su calidad y cantidad. Solo gerenciadore y Obras Sociales pueden disponer de los recursos para beneficios interesados, en algunos casos se llega al corte de servicios que, luego de algunas negociaciones se reanudan, con carencias que solo sufren los beneficiarios. (Arce, H. 2006)

Los controles y la regulación de la Superintendencia resultan de poca trascendencia. Y en los últimos años se han producido múltiples denuncias de corrupción, que son de dominio público, como por ejemplo: la mega-causa de los medicamentos falsificados o el financiamiento de las campañas políticas.

- b. Las Obras Sociales Provinciales, están destinadas a financiar a los empleados públicos provinciales. Cubren a algo más de 5,3 millones de personas y por supuesto existen 24 (una por provincia). Cada una de ellas depende de legislación provincial con diferentes porcentajes de aportes, prestaciones (las que permite la capacidad instalada local), algunas son dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia (en general para cuestiones de coordinación sanitaria y pueden tener alguna dependencia normativa formal), pero tienen dependencia del Superior Tribunal de Cuentas de la Provincia en cuestiones de tipo administrativo y financiero.

No tienen ningún organismo de regulación y control y se encuentran agrupadas en una organización de tipo corporativo, “cuasi-gremial”: Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina. (COSSPRA, 2012: html)

Cada una tiene su propia normativa de creación (la mayoría entre fines de la década de los ´60 e inicios de los ´70), sus propias normativas de funcionamiento y diferentes valores de cotizaciones.

Cada una tiene afiliados directos, con inclusión del grupo familiar, en algunos casos tiene adherentes, otros por convenios (ejemplo las universidades y otras), en algunos casos incluyen monotributistas residentes en las provincias y un problema especial que presenta la mayoría, es que a su padrón de beneficiarios se han incluido las pensiones graciabiles provinciales (que pueden constituir del 1 al 2.8% del padrón), que constituyen un elevado gasto y no son las que muchas veces se confunden: pensiones no contributivas nacionales (agrupadas en el PROFÉ). (MSal. PROFÉ, 2012)

La mayoría no tiene una canasta básica de prestaciones y les sería muy difícil tenerla porque en las provincias, con gran proximidad entre los habitantes, negar prestaciones efectivamente prescriptas por los prestadores locales –correspondan o no– resulta muy difícil de enfrentar. Porque la vinculación de los prestadores con el poder político de turno es muy fuerte y la función de lobby termina por lograr que se brinden las prestaciones prescriptas independientemente de que sean procedentes (función de “agencia”).

Resulta muy fácil administrar los recursos ajenos concediendo –aún auditorías por medio– para regocijo de los prestadores todo aquello que prescriban. Los pagos son por prestaciones efectuadas –lo que en sí mismo constituye un enorme incentivo– de tal forma que en general, en el interior del país del total facturado y cobrado por los prestadores privados alcanza casi el 40% del total de sus ingresos por facturación a las Obras Sociales Provinciales. Esto los convierte en monopolísticos y fijadores de precios.

La capacidad de lobby de las corporaciones profesionales en el interior del país es muy grande, en particular porque se vinculan directamente con los gestores del poder político local de turno.

Por otra parte puede verse que –de acuerdo al número de afiliados a cada Obra Social Provincial– en relación porcentual al total de habitantes de la Jurisdicción, que en varios casos supera el 40%, (Ej. afiliados totales de

las Obras Sociales de Catamarca y La Rioja en relación al total de habitantes de la Provincia), (OSEP y APOS, 2012)³⁸ De ello se puede inferir que el Estado (y en estos casos tanto el Nacional como los provinciales) han subsidiado el desempleo por la vía del empleo público. Porque en el país del interior –despoblado, desértico, con economías regionales ineficientes y poco productivas– no existen perspectivas de absorber esa mano de obra, que finalmente termina siendo ocupada por los estados,... primero contratados,.. luego por presión sindical y conveniencia electoral de los gobernantes, pasados a planta y es así que las Obras Sociales provinciales terminan adquiriendo un enorme peso relativo en cuanto a gasto/cápita. Un cálculo personal efectuado, relacionando número de afiliados/gasto total, nos permitió verificar que en las Obras Sociales Provinciales el mismo casi duplica al de las Obras Sociales Nacionales.³⁹

Por otra parte los gobiernos provinciales prefieren ceder a las demandas de los prestadores, antes que tener conflictos con sus empleados de la administración pública provincial por corte o cese de las prestaciones.

También es cierto que los gobiernos provinciales no cumplen en muchos casos con el pago de las cotizaciones salariales, en tiempo y forma por lo que los arreglos y compensaciones de déficit presupuestarios son resueltos por dos vías: a) asignaciones especiales que compensan los déficit de caja y b) la aceptación tácita que las Obras Sociales provinciales no abonen a los establecimientos asistenciales públicos de la Provincia, las prestaciones que sus beneficiarios requieren en ellos ya que muchísimas poblaciones –como he mencionado– son prestadores únicos y monopolísticos, permitiendo así la subsistencia de las Obras Sociales provinciales mediante este subsidio cruzado, que beneficia a ambos: los prestadores privados y la obra social provincial.

Todo lo anterior y mucho de lo que sigue pone en evidencia que todo el sistema de salud (y sus subsistemas) han evolucionado mediante un claro subsidio a la oferta de servicios. Por un lado tanto el interés de los prestadores y proveedores, como el desconocimiento y el incentivo que encontraron los políticos por otro, resultaron más atractivas las inauguraciones, incorporación de equipamiento y nuevos servicios, lo que a su vez requiere la inclusión de más personal (que a su vez resulta un claro subsidio a la oferta), que otras acciones menos ostentosas pero mucho mejor costo/efectivas. (Starfield, B., 2005: pp. 460)

Este camino recorrido y el hecho que los grupos de interés desearan mantener sus beneficios, inconexos del contexto requerido por un sistema, ha generado gran parte del problema: la fragmentación del sistema. Esto es: múltiples organizaciones financiadoras y prestadoras de salud, desarticuladas, inconexas entre sí, con actividades superpuestas, sin comunicación,... Aunque de todas se suponga –equivocadamente– que persiguen un fin común: destinar los recursos adecuados para lograr las mejores condiciones de salud en la población.

³⁸ En ambos casos el número de afiliados alcanza al 50% del total de la población

³⁹ Ver: Figura N° 26

El padrón total que tienen en su conjunto las Obras Sociales Provinciales es de más de 5,3 millones de beneficiarios y manejan recursos equivalentes al 0,74% del PBI (2008). ^(Ibíd. Cetrángolo, O., 2011), que para ese año alcanzó una suma superior a los \$ 7.400 millones de ese año.

Llamativamente aunque se trata de poblaciones relativamente jóvenes (depende la Jurisdicción los promedios de edad oscilan en 33 años), el gasto por las razones mencionadas –que son de tipo político– es casi equivalente al del PAMI.

- c. PAMI: cuyo origen ya he mencionado y que fuera establecido por Ley 19.032/71. Ha permanecido intervenido en gran parte de su historia y dependió alternativamente del Ministerio de Salud y del Desarrollo Social, pues se trata de un híbrido en el que las funciones de acción social tienen un peso relativo muy importante, que además se le otorga un papel de gestor político del gobierno de turno.

Se financia con aportes y contribuciones (3 y 2% respectivamente) de los salarios de los trabajadores formales activos, a lo que se suman los aportes de los pasivos, según el monto de los haberes percibidos.

En algún caso se agregaron aportes del Tesoro Nacional y en otros sirvió como fuente de financiamiento, sin haber sido incorporado al presupuesto nacional (ya que ello hubiera requerido la derogación de su normativa de creación: Ley N° 19.032/71), aunque se lo considera un organismo descentralizado, sobre cuyos ingresos –dada la intervención– tiene capacidad de administración el Estado Nacional, con el solo contralor presupuestario de la Auditoría General de la Nación.

Dados que sus ingresos provienen a los trabajadores activos (y sus agentes de retención: los empleadores) y pasivos, (también recibe aportes del juego), el vehículo que se constituye en fuente es la AFIP a través de la que el Estado Nacional le provee de recursos financieros o cuando lo requiere: Bonos –de muy bajo rendimiento– que le constituyen un crédito, convirtiéndolo en “prestamista económico” del Estado, a través de su vínculo a la Administración Nacional de la Seguridad Social.

La mayor parte de su existencia permaneció en estas condiciones salvo un breve período de normalización por la Ley N° 25.615/02, que se dicta siendo interventor el Dr. J. M. Corchuelo Blasco y que dispuso su normalización, mediante la elección de un Directorio compuesto por siete miembros, que nunca llegaron a asumir. En sus declaraciones ante la sanción de la Ley el auto referenciado interventor-normalizador dijo: *“...esta ley que permite normalizar la institución, ahuyenta cualquier sospecha de provincialización o privatización del PAMI, ...”*. (Corchuelo Blasco, J. M., 2002)

Pero no pudo prever la “estatización” que se produjo a través de una nueva intervención, ya que en Junio de 2003 el entonces Presidente N. Kirchner, la dispuso nuevamente. La misma inicialmente sería por 180 días y luego se extendió en el tiempo. (Gueseloff, N., 2012)

Por la Resolución 925/96 – del ex-Interventor A. Bramer Markovic – dejó en suspenso las deudas reclamadas por los prestadores, llamando a “conciliar los intereses de las partes”, pero de resultados de la cual los

prestadores debieron resignar gran parte de sus acreencias, que se trasladaron al Estado Nacional y que nunca los hizo efectivos.

La ley N° 25.561 de Enero de 2002 (de “Emergencia Económica”), en su art. N° 18, establece el efecto suspensivo sobre cualquier deuda o pasivo que afectare las actividades esenciales del Estado nacional.

El Pami, según su ley de creación, no pertenece al Estado Nacional, pero se comporta –dada su intervención– como si lo fuera ya que se considera un organismo descentralizado de la administración del Estado Nacional.

Por la Ley N° 25.725/03, se permite al Estado –a través de la reasignación de partidas– tanto amortizar deudas del PAMI (Art. N° 23 y 91), así como hacer uso de sus recursos contra la emisión de bonos (créditos), a favor de la Cuenta Única del Tesoro (Art. N° 53).

Por todo ello resulta difícil establecer con precisión los recursos asignados ya que los mismos transcurren por varias cuentas y partidas agregadas, a pesar de ello se estima su gasto total del INSSJP, para el 2013 en más de \$ 43.500 millones.

En ese total se encuentran incorporados tanto prestaciones sociales como médico-asistenciales, representando estas últimas solo el 60%, de ese monto, sus fuentes se encuentran segmentadas en diversas partidas de diferentes Jurisdicciones. (MECON, 2013: html)

Del total del gasto en salud se estima que el gasto del PAMI representa el 0,75% del PBI del año 2013, es decir \$ 37.300 millones.

Los beneficiarios son jubilados, pensionados, discapacitados, veteranos de guerra, mayores de 70 años y familiares a cargo, etc. a los que se han sumado recientemente una gran cantidad que no habiendo efectuado aportes a lo largo de su vida han sido incorporados al padrón –el interventor del PAMI Dr. Luciano Di Césare manifestó que entre 2009 y 2011 el padrón se incrementó en un 33% sin que ello desequilibrara las finanzas– y que por lo mismo el total llega en la actualidad a 4,3 millones de afiliados. (Di Césare, L. 2011: html). Más allá de ello, el mismo registro de beneficiarios se encuentra vinculado a las múltiples jubilaciones otorgadas sin aportes (que se calculan en aproximadamente 1,5 millones de personas).

El PAMI (INSSJyP) se trata de una “persona jurídica de derecho público no estatal” (aunque por razones políticas estuvo intervenido la mayor parte de su historia, como hoy en día continúa en esas condiciones), con individualidad administrativa y financiera y con un control presupuestario a cargo de la AGN.

Entre sus objetivos están la prestación de servicios médico asistenciales, servicios de promoción y asistencia social, promoción cultural, recreación y turismo. No responde al PMO, ni a otras normativas (se excluye por ejemplo de la Ley N° 25.649/02, referida a la prescripción de medicamentos por su nombre genérico o DCI, que debiera cumplir por tratarse de un organismo incorporado al presupuesto nacional e intervenido por el Estado frente a una Ley de orden Nacional) y que si alcanza a las Obras Sociales Nacionales.

El Pami mantiene un contrato capitado con la industria que tiene un enorme peso en tanto que un tercio del mercado del medicamento que se comercializa en el país, es consumido por esta obra social.

Como de igual manera ha establecido estrategias para no cumplir el ser sujeto de desregulación.

Del total de sus beneficiarios el 7% son menores de 19 años y en general corresponden a discapacitados o hijos de beneficiarios titulares, el 13% se encuentran entre los 20 y 59 años de edad, el 8% entre 60 y 64 años, el 14% entre 65 y 69 años y el 58% tiene más de 70 años de edad. (Torres, R., 2004: pp. 170)⁴⁰

Durante los últimos años existieron múltiples denuncias de corrupción y se iniciaron causas contra prestadoras-gerenciadoras del mismo perfil que las descritas para las Obras Sociales Nacionales.

Las causas de corrupción alcanzaron tanto a las Obras Sociales Nacionales como al PAMI “...*los famosos retornos y otros circuitos ilegales e inmorales de coima y retribución por la obtención de contratos..... Lo más complejo, conflictivo y laborioso de lograr. El PAMI no puede tener un cuerpo profesional amorfo e indefinido, mal pago y peor tratado, mientras las empresas gerenciadoras e intermediarios de diverso pelaje colectan enormes sumas - para luego no brindar las prestaciones comprometidas... (....)... Es difícil rastrear los números correspondientes para el PAMI, pero a partir de su plantilla de personal estable (frecuentemente engrosado) en "capas geológicas" de acomodados por diversas administraciones políticas...*” (Politi, P. 2003: html).

Lo expuesto pone en evidencia muchas de las cuestiones expresadas antes. En el caso de las Obras Sociales provinciales han tenido menos conocimiento público por ventilarse en ámbitos locales.

Por estos motivos muchos establecimientos prestadores de salud o gerenciadoras que subcontrataban servicios asistenciales negociando con los gerentes o interventores lograron contratos muy rentables –se denominaron “pami-dependientes”– y brindaban servicios con muchas limitaciones. Muchos de estos contratos estaban efectuados con corporaciones (Colegios Médicos o Asociaciones de Clínicas) o en algunos casos con agrupaciones médicas (caso salud mental y otras) que administraban una cápita, pero limitando el acceso a los servicios. Ya que es sabido que el pago capitado permite la previsión del gasto, pero induce la subprestación.

Es así que se rescindieron muchos contratos con gerenciadores (aunque se mantienen otros) y se efectuaron contratos directos con los prestadores, lo que significó más de 6.500 nuevos contratos directos, cuestión muy difícil de administrar y llevar adelante con eficiencia, desde el organismo (PAMI, Resolución 284/05: html), aunque se disponga que las cuestiones jurídicas de las contrataciones respondan a la Auditoría Interna y las asistenciales al Área de Control Prestacional.^(Ibid. Gueseloff, N., 2012)

⁴⁰ Desde el año 2007 resulta imposible acceder a fuentes de información directas de la institución PAMI respecto de su padrón y otros.

De igual manera los gerenciadore de cápita/afiliado/mes, establecieron sus estrategias y volvieron a aparecer disfrazados de grupos prestadores (se los conoce como “gerenciadores no visibles”), administran generosas cápit as y se las ingenian para maximizar su beneficio. Y además, como en muchas otras áreas del Estado, la “tercerización de servicios” (de todo tipo) que forma parte de una modalidad de negocios vinculante entre los gestores políticos y pseudo-empresas privadas (que alcanza desde hotelería, turismo, proveedores de insumos: marcapasos, prótesis y ortesis, etc.), subsidios directos, derivaciones a terceros, además de un gasto importante (capitado) en medicamentos que ya hemos mencionado.

En la actualidad los servicios asistenciales del PAMI son limitados en las jurisdicciones en las que se los ha contratado por esta suerte de gestores por pago de cápit as, a pesar que las unidades de gestión local (UGL) que tienen más de una representación por jurisdicción (34 en total) y una multiplicidad de Agencias, efectúen alguna suerte de control y autorizaciones para aquellas prestaciones que deban realizarse a nivel local. ^(Ibid., 2012)

Las que superen la capacidad instalada, son derivadas a centros de mayor complejidad previamente contratados bajo la modalidad del pago por prestación, que se debita de la cápita de la que es originario el afiliado, salvo las prestaciones establecidas por fuera de los convenios, o aquellas “por vía de excepción”.

Las prestaciones sociales insumen gran parte del gasto. Así como los medicamentos que para su provisión no respetan la Ley 25.649/02 (de prescripción de medicamentos por su nombre genérico), de lo que también se sospecha (porque algún motivo habrá para incumplir la ley) si se piensa en la existencia de algún “acuerdo” con la industria farmacéutica.

El PAMI cuenta además con algunos pocos efectores propios (el I y II de Rosario y el ex-Hospital Francés –ahora “Dr. César Milstein–, algún otro en actual tramitación (el Hospital Español de Buenos Aires), así como seis geriátricos.

Y para su gestión cuenta con 20.000 empleados.⁴¹

Si bien las prestaciones de las personas afiliadas al PAMI son ya de por sí de alto costo por el perfil epidemiológico y características de la población, la respuesta solo satisface a los que no pueden acceder a otra forma de seguro o a los que dada su asimetría de información no piensan que podría ser mejor.

Se estima que los afiliados de mayores ingresos (y que alcanzan a un 15% del total), tienen una doble cobertura a través de un seguro privado que les supone mejor atención.

Así es que mantienen en estos casos el PAMI para proveerse de medicamentos ya que los obtienen de forma prácticamente gratuita.

⁴¹ No puede conocerse el número actual de los mismos, aunque por el número de incorporaciones recientes algunas estimaciones expresan que supera ese número y más si se consideran los contratados y los provenientes de otras reparticiones.

- d. Otros seguros sociales existen similares a los que hemos descripto, pero de menor importancia en cuanto a cantidad de afiliados, recursos financieros, etc. Se trata de las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, que incluso cuentan con establecimientos asistenciales propios y delegaciones en el interior del país que contratan servicios con los prestadores locales: Ejército (IOSE), Fuerza Aérea (V/lex-OSFA), de la Marina (OSPN), de la Gendarmería y Prefectura Naval, y de la Policía Federal (OSPFA). Todas ellas tienen un universo de beneficiarios de aproximadamente 800.000 personas.

Por otra parte también debemos hacer mención de las Obras Sociales Universitarias (24 en total) (COSUN, 2012: html), distribuidas en todo el país (por universidades de cada Provincia), solo con 600.000 afiliados y un presupuesto que les permite la asistencia a través de la contratación de servicios locales en cada jurisdicción.

También es pertinente mencionar a las Obras sociales Legislativas (ejemplo el Congreso Nacional y la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como otras), que agrupan a empleados, legisladores y jubilados por el mismo sistema.

Y finalmente debemos mencionar al PROFE (Programa Federal) que asiste a cerca de 400.000 beneficiarios por discapacidades, madres de más de 7 hijos, etc. y que fueron otorgadas como pensiones graciables o no contributivas nacionales por los legisladores. Son asistidos en cada Jurisdicción por convenio entre el Ministerio de Salud y la misma. (Ministerio de Salud. PROFÉ, 2012)

El gasto total de la seguridad social representa el 30.30% del gasto en salud. Si sumamos ese gasto al que realiza el subsector público/estatal (21,48%), podemos decir que del total del gasto en salud el 51,78% es gasto público (apenas algo más de la mitad) y el resto como veremos –el 48,22%– es gasto “directo” o de bolsillo (que se compone del gasto “voluntario” en seguros privados de salud, el que corresponde a los copagos de la seguridad social, bonos contribución, etc. y los gastos no contemplados por los seguros y que representan el denominado “gasto de los hogares” en salud). (Ibíd. Cetrángolo, O. et al., 2011)

Esta relación Gasto público/privado es importante a la hora de evaluar la de que forma el financiamiento público se reduce para dejar gran parte del gasto como carga “directa” (o de bolsillo) en los particulares.

4.3 El Subsector de los Seguros Privados: es muy heterogéneo porque incorpora mutuales (consideradas entidades sin fines de lucro), seguros de medicina pre-paga y una multiplicidad de instituciones sanitarias prestadoras que para su subsistencia desarrollan planes de aseguramiento privado – que ofrecen en especial mejoras en el confort – para la población de mayores recursos del ámbito local, pero que les facilita el “cash-flow” ante las moras y dificultades en el cobro que sufren especialmente con las obras sociales nacionales.

No se conoce con exactitud el número total de los mismos (se calculan en cerca de 300), pero sí que de todos ellos solo 10 seguros de medicina

pre-paga tienen importancia nacional, se encuentran en los principales núcleos poblacionales, por una prima mensual brindan un servicio en general de buena calidad, tienen diferentes planes de cobertura, cubren a dos grupos: a) los que acceden a través del pago directo de la prima y b) los corporativos a través de empresas o convenios con Obras Sociales Nacionales.

Estos diez seguros manejan el 60% del total de recursos de los seguros privados de medicina pre-paga, que en total alcanzan a ser el 50% del total del gasto privado, “directo” o “de bolsillo”, es decir 2,45% del PBI (es decir en términos totales para el 2013, algo más de \$ 50.000 millones)⁴² y tienen como afiliados al 80% del total del universo que adhieren al sistema de medicina pre-paga. La información del Gasto Privado es provista por la Organización Mundial de la Salud. (Ibid.OMS, 2012)

Asisten a población relativamente joven, sus servicios son de mejor calidad y la permanente competencia hace mejores sus prestaciones.

Su actividad se encuadra en la tipología de contratos entre privados y sus precios son acordados con la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía. La relación con el Ministerio de Salud es a los efectos de información epidemiológica, enfermedades de notificación obligatoria, etc. y ahora la dependencia formal que establece la Ley N° 26.682, recientemente sancionada, el 5 de Mayo de 2011, reglamentada por Decreto 588/11, del 17 de Mayo de 2011, con la que se efectúa la regulación de la Medicina Pre-paga.

Ya el dictado de la Ley N° 24.754/96, obligaba a las empresas a cubrir las prestaciones incluidas en el PMO.

Y la actual implementada, tiene algunos puntos que sería extenso considerar y que escapan al alcance del presente, pero resulta claro que desde el gobierno existe la intención de que el 10% de la población que – por contratos privados – ha optado que por este subsistema no se diferencie de aquellos que sufren las ineficiencias e inequidades que sufren en los otros del que es responsable directo. Su intervención finalmente terminará “igualando para abajo”, en vez de mejorar las condiciones de quienes más necesitan. (Filgueira Lima, C. E., 2011: html)

La mayor dificultad creada por la Ley 26.682 es la que surge de su artículo 9º, que dice que en la aceptación de nuevos asegurados las empresas de medicina prepaga “*no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados*

⁴² Cálculo estimado sobre indicadores OMS (Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012) según PBI y valor U\$S 5,50 (valor oficial en 2013)

para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.” Luego establece también la prohibición del rechazo en razón de la edad.

Estas condiciones desnaturalizan la esencia de un seguro. Hacen posible que una persona al conocer que padece una enfermedad compleja se traslade sin dificultad a una empresa de medicina prepaga de mayor calidad. Se quita así todo incentivo para prestar un buen servicio y se erosiona la economía de la aseguradora. Puede decirse que de no modificarse esa ley, el futuro de la medicina prepaga en la Argentina está fuertemente comprometido.

Esta ley ha tenido importantes efectos deletéreos sobre el sistema de seguros privados, que debieran funcionar como un reaseguro para la población que voluntariamente requiere de su cobertura o de aquellos que buscan su resguardo (reaseguro) ante las ineficiencias del sector público o de la seguridad social. Esto ha sucedido en particular por decisiones políticas que –omitiendo que se trata de contratos entre privados– y con el argumento de defender a los consumidores– introdujo artículos (9º, 10, 11º y 17º), que ponen en dificultades la viabilidad financiera de las mismas empresas que son las que en definitiva asumen el riesgo.

Por otra parte se desestima la voluntad de las partes de contratos que cubran determinadas patologías (contratos parciales), tal como sucede en la mayor parte de los países del mundo, en particular para aquellas patologías que no son cubiertas por otro subsistema.

Si bien la ley es de alcance nacional y es el Congreso Nacional el que debe proceder a su reforma, debe comprenderse que con el argumento de cubrir derechos más allá de las posibilidades financieras, el estado cae en el inconveniente de prometer demasiado y finalizar dando demasiado poco. Las empresas de medicina pre-paga funcionan como un reaseguro equilibrador de las ineficiencias de los otros subsistemas.

Las empresas de medicina pre-paga debieran ser un “contrapeso” a las ineficiencias del estado, pero precisamente este espíritu homogeneizador se traslada a una ley que termina por ahogar (“e iguala para abajo”) a quienes debieran ser gestores de un mecanismo compensador.

Los ciudadanos pierden o ven limitado así su poder de libre contratación para satisfacer sus demandas personales, o les facilita el camino para también en este caso asumir conductas oportunistas con las empresas.

Pero aún peor las dificultades que la Ley 26.682 ocasiona a las empresas de medicina pre-paga pone en riesgo tanto la viabilidad de las mismas como la protección adecuada de quienes voluntariamente las eligen.

Algunos seguros prepagos tienen incluso establecimientos asistenciales propios y desde ellos venden servicios a Obras Sociales y otros seguros. En muchos casos son establecimientos asistenciales privados que agregan un seguro privado propio.

Se encuentran agrupadas en ADEMP, que se constituyó el 28 de mayo de 1981 y registra a las entidades del sector. (ADEMP, 2011: html)

La población que asisten se divide en 1,8 millones de personas para las que efectúan la contratación directa y más de 2,5 millones las de afiliación corporativa. Con otros grupos menores alcanzan a representar la cobertura del 10% de la población que es la que se asiste por este sistema (aunque algunas estimación les otorgan un alcance un poco mayor) y reconocen 269 entidades registradas. (Casal, A. y Castro, B., 2005)

4.4 Otros componentes del gasto privado: Existe otra parte del gasto que no hemos considerado aún y es el que se refiere al otro 50% del gasto privado o “directo” y que tiene dos componentes: a) el que corresponde a los copagos de los servicios que brinda todo el sistema (desde bonos contribución para cooperadoras para hospitales públicos, hasta los gastos adicionales – copagos – de los Obras Sociales) y b) el gasto de los hogares que son aquellos gastos de insumos no cubiertos y que son necesarios para la asistencia sanitaria (desde pañales, hasta un termómetro, etc.) y todo ello representa el otro 2,45% del PBI.

El total del gasto en salud estimado para 2013 alcanza a los \$ 230.000,- millones por año, es decir aproximadamente u\$s 695,- por cápita y por año⁴³. Y ello no incluye la multiplicidad de Organizaciones no Gubernamentales (ONG’s), fundaciones, etc. que se ocupan de diversos temas de salud, algunas subsidiadas total o parcialmente y otras que generan recursos propios.

Cuando decimos que el sistema de salud se encuentra desfinanciado hacemos referencia a que del total del gasto en salud –que en términos nominales y de porcentaje del PBI no es poco– el Estado que se dice responsable solo financia menos de un cuarto del total, otro tanto los seguros sociales en todas sus formas y variantes. Finalmente casi el 50% resta como gasto directo.

También se debe insistir en que no todo ese gasto es bien asignado, porque en gran medida, se pierde en “los agujeros negros” del sistema, las asignaciones discrecionales, la corrupción, la tercerización frecuentemente innecesaria de servicios, la descripta fragmentación, etc. y lo hacen ineficiente porque incorporan altos costos de transacción y costos de oportunidad, que no permiten el “hacer lo correcto, bien y oportunamente” para que los beneficios lleguen a la gente.

Por otra parte esa misma circunstancia tiene como consecuencia agregada la posibilidad de asignar gran parte de los recursos en otras acciones o políticas públicas que pudieran ser necesarias o prioritarias.

Y además incrementa el gasto privado (o de bolsillo), que no es cuestionable si el mismo fuera un componente “voluntario” y en todos los casos resultado de una elección personal, pero en nuestro caso constituye el indicador de la ineficiencia del gasto público y que “obliga” a muchos a buscar soluciones alternativas o complementar con su propio esfuerzo adicional, la solución de sus problemas de salud.

⁴³ Estimado con valor del Dólar oficial en \$ 8 por U\$S a fines de 2013

Esta parte “privada” del gasto por su importante peso relativo, desmerece el declamado “derecho a la salud”, desvirtúa la responsabilidad que se atribuye al Estado e introduce grandes pérdidas por dejar a gran parte de la población sin poder resolver muchos de sus problemas, restando a la productividad del país.⁴⁴ Ello sin mencionar que deja libradas a las posibilidades personales y recursos individuales la posibilidad de resolución de problemas sanitarios que muchas veces no pueden afrontarse con solvencia.

En este punto merece insistirse en que no solo es poco el monto con el que contribuye el Estado, sino que resulta menor todavía porque “...en los países en los cuales el éxito o el fracaso de las empresas dependen de los favores del gobierno el peligro de corrupción se dispara o, mejor, se vuelve inevitable. (...)... Las compañías buscan sutiles y no tan sutiles vías para obtener el apoyo del poder político. Esta perversa alianza entre la política y las empresas es el ADN del capitalismo de estado,... el entramado de intereses políticos y económicos beneficiados por el statu quo frena su capacidad de renegar de su estrategia intervencionista...” (Bernaldo de Quirós, L., 2012: html)

Debemos considerar seriamente este aspecto porque además de institucionalizar estas formas de asociación, las mismas imposibilitan llevar adelante reformas que podrían modificar las relaciones económicas y de poder existentes, prácticas que forman parte de la calidad de las instituciones.

Por supuesto que no en todos lados es igual, pero en términos generales, nuestro país no goza de las mejores calificaciones en lo que se refiere a la “Percepción de la Corrupción”, en la que la Argentina se ubica en el puesto N° 109, entre 180 países (Transparency International, 2008: Part Two: Country reports, 6.2: pp. 212) y ha perdido 32 puestos desde 2007 al 2011 en el Índice de Calidad Institucional, del que la Percepción de la Corrupción es uno de sus componentes. (Krause, M., 2011: html)

Independientemente de la inequidad que introduce la relación gasto público vs. gasto privado, el total del gasto se encuentra entre los mayores de América Latina y una buena asignación debiera permitir mejores resultados sanitarios. (OMS, 2011: pp. 129)

Las mismas consideraciones caben cuando desagregamos el peso relativo del PAMI, las OSP, las OSN, otras obras sociales y en “otros” y sin cobertura que se agregan a los que son beneficiarios de seguros privados y aquellos que no disponen de ninguna cobertura. Así es como además vemos las diferencias sustantivas entre Jurisdicciones.⁴⁵

Entre la OSP, los tributarios del hospital público y el PAMI, alcanzan en la mayoría de las provincias al 80% de su población. Este dato no resulta menor cuando se han pensado reformas sustantivas del sistema de salud desde la perspectiva de cualquier forma de aseguramiento con base provincial, tema importante a nuestra propuesta.

⁴⁴ Ver: Figura N° 4

⁴⁵ Ver: Figura N° 21

Esto es decir que el “sistema” de salud en sus condiciones actuales (y desde hace mucho tiempo) no cumple con los objetivos que podrían pretenderse en especial visto el gasto que representa, sus resultados (mucho menos que deseables) y por lo mismo su ineficiencia, siendo a su vez insatisfactorio.

Pero más grave aún y sin ingresar en las consideraciones éticas que podrían hacerse –como ya hemos mencionado y es ampliamente reconocido– no se encuentra en la agenda de gobierno, para llevar adelante las reformas que pueden pensarse necesarias.

Pero en este punto aunque casi todos los estudiosos del tema lo reconocen también se sabe que para la dirigencia política ello representaría un costo difícil de afrontar, que la presión de los grupos de interés que obtienen del *statu quo* grandes beneficios no tienen ningún incentivo para grandes cambios y que en la población –que solo tiene la visión de su entorno pero no la necesaria interpretación poblacional– existe en el mismo sentido baja demanda de cambios.

Por otra parte la integración entre subsectores, ya que se trata de integrar niveles asignados y de responsabilidad provincial (descentralizados), con otros que no ya responden a la Nación y a las Obras Sociales de gestión centralizada, es una tarea alto engorrosa.

Las reformas que se intentaron se encontraron con grandes dificultades y en su totalidad frustras por estos problemas: el bajo interés político, y el accionar asociado de los sindicatos, o corporaciones profesionales u otros grupos de interés.

Podría decirse sin error que los fracasos en los intentos de reforma del sistema de Salud Argentino, responde a las características de nuestras instituciones y las prácticas políticas habituales en nuestro país desde la perspectiva de la nueva economía política.

El comportamiento de los actores políticos ha respondido a sus intereses particulares, políticas públicas de corto plazo, declamando sobre “salud” –sin que los resultados fueran vinculantes con el discurso– para la obtención de su capital más importante: los votos.

A su vez y por otra parte han respondido con total incapacidad y desinterés al no incorporar el tema a la agenda de problemas y reformas necesarias.

Las reformas del sistema de salud en la Argentina han sido escasas y además no han sido posibles porque:

- i. Existen grandes intereses en los niveles medios representados por corporaciones profesionales, y de establecimientos prestadores, así como cámaras empresarias (medicamentos y tecnología médica), gerencadoras, prestadores contratantes de servicios tercerizados por el Estado, consultores, gestores que intermedian servicios, etc. cuyo poder de lobby es impresionantemente importante, porque les permite negociar, a través de sus prácticas, con políticos o con quienes a su vez tienen algún poder de decisión y tienen incentivos para verse beneficiados por ese intercambio. Estos grupos generan su propia demanda y posibilitan los intercambios con la clase política, con su condimento: “la corrupción”.

- ii. Existe una gran incapacidad para la gestión eficiente en los niveles de gestión media (directivos de instituciones financiadoras o prestadores de salud) que apenas entienden cómo defender los pequeños intereses de las instituciones que dirigen –en especial los sindicatos que son “dueños” de las Obras Sociales– de las que ellos viven y se benefician (lícita o ilícitamente), a su vez contratando, direccionando recursos según sus intereses y necesidades, personales y/o políticas, que son: incentivos al beneficio personal. La gestión en estas instituciones dista mucho de ser transparente. Más allá y sin desconocer los que puedan ser honestos.
- iii. Así también se observa una total miopía de los niveles políticos – que declaman “ocuparse” de la salud como si supieran del tema – y cada vez que pueden demagógicamente inauguran algún servicio o prometen algún equipamiento, pero de lo que no les interesa ocuparse realmente, no solo porque ignoran sus deficiencias, sino porque sus beneficios e incentivos son lograr “resultados a corto plazo”: obtener votos. Mientras no exista una fuerte demanda social para un proceder diferente: “*Quieta non moveré*”. Pero en cuanto tienen oportunidad solo se contentan con decir “lo que se puede decir”, se remitirán a lo que hacen, o han hecho, o a lo que proyectan hacer, siempre mostrando supuestas mejoras del sector, pero sin herir susceptibilidades, ni pretender modificar demasiado aquello de lo que todos los actores del sistema, sacan su provecho.
- iv. Los legisladores están limitados por sus capacidades, supeditados a los poderes políticos y sumisos en especial a sus gobernadores, de los que depende su carrera política. Los gobernadores (a quienes corresponde la responsabilidad primaria por la salud de los habitantes de sus provincias), no desean entrar en conflicto con el gobierno nacional y este no solo no puede, sino que no quiere, ni sabe cómo y qué, construir en salud condicionados por un escenario tan diverso por los actores y por sus disparidades regionales. Por ello la salud no ingresa en la agenda política, salvo en temas circunstanciales.
- v. Hemos mencionado la carencia de una verdadera demanda social – ceñida por el desconocimiento de este tema puntual, más allá de los problemas particulares que los aquejen– y acosada por otros problemas que considera más graves y cercanos: su preocupación está en los problemas que le son “concretos”,.. cercanos,.. e inmediatos. Parecería que en esta cuestión la democracia ha impuesto su fe en una supuesta sabiduría colectiva –que solo pretende una dilución del riesgo contingente– pero que se basa en una inevitable ignorancia individual, (Olson, M. 1982: 210) ya que su mayor preocupación es que se le resuelvan los problemas que le son cercanos y reconoce. No sabe que muchos otros que están bajo la superficie, de una manera u otra le afectarán tarde o temprano
- vi. Los que se encuentran en la base del sistema (en especial los profesionales trabajadores de salud), que también sufren sus consecuencias, saben muy poco del tema. Solo se escuchan algunas voces aisladas que conocen más o su visión les permite reconocer los problemas no resueltos. Pero no son en general tenidos en cuenta. De otra forma podrían ser iniciadores de propuestas de cambios de fondo, más allá de legítimos reclamos sectoriales, tal como ha sucedido en otros

países que han iniciado las reformas. Pero para que ello sea posible es necesario tener una clase política que no se encuentre enmohecida por egoístas apetitos personales y una democracia con adecuados medios de control republicano.

Todo lo cual corrobora la ausencia de una verdadera demanda por reformas estructurales del sistema de salud por parte de la población (ignorancia racional), la existencia de fuertes intereses con poder de lobby, la ausencia de incentivos en los actores políticos para una gestión que posibilite el cambio en pos de la eficiencia, las prácticas políticas corruptas en asociación con los grupos de interés, la miopía gubernamental expresada en “soluciones de corto plazo” (por lo mismo de escaso o nulo impacto en lo referente a reformas estructurales) y una relación “no-vinculante” entre lo que se promete y lo que se hace.

Estos son algunos de los principales motivos que se esconden detrás de los pocos intentos de reforma que se formularon en el sistema de salud argentino.

(Ibid. Filgueira Lima, E. 2012)

5 Las Políticas de Salud

Los fundamentos que antes hemos mencionado, para permitir incluir a las políticas de salud como una política pública, fueron de manera sintética:

- El concepto referido a que una población más saludable resulta una población más productiva para la economía del país, tanto como los otros beneficios sociales que ello supone y
- Que los cambios demográficos, así como la innovación tecnológica han modificado todo el sistema de asistencia sanitaria e incorporado costos que resultan altamente onerosos –hasta lo imposible– para quienes tienen en suerte padecer algún evento de salud, de lo que nadie está exento y tiene la permanente incertidumbre de evolucionar de cualquier forma imprevisible.

Respecto al primero de los puntos mencionados vale decir lo que demuestra la figura N° 4, representado como (AVPP/año/100 mil hb) Años de Vida Perdida Prematuramente por ingresos de cada país.

Bajo el mismo criterio se comprende que años de vida perdidos prematuramente también suponen años de vida productiva que “no fueron productivos”, lo que exime de mayores explicaciones: un país con población más saludable es un país que tiene una mayor perspectiva productiva.

Y por su inversa: un país más productivo y más rico es a su vez un país con una población más sana.

La interpretación que debe hacerse es que ambos procesos se alimentan recíprocamente, aunque no necesariamente se correlacionan ambos y siempre de manera directa.

Es evidente que para que un país produzca riqueza son necesarias otras condiciones que van más allá de solo una población saludable, como hemos visto y solo como ejemplo una buena calidad institucional que permita una buena administración gubernamental, un libre funcionamiento de los mercados, instituciones libres y una economía que genere crecimiento y desarrollo a partir de su tasa de capitalización. Pero es indudable que el factor salud juega un importante papel, porque por un lado permite el desarrollo de una vida normal y productiva en las personas, y por otro lado reduce gastos evitables (con su cuota parte de “costos de oportunidad”).

Respecto del segundo punto es frecuente creer que la población “vive más años”, cuando en realidad cuestiones sociales –educación, vivienda, información, ingresos, adelantos en la asistencia médica etc.– han posibilitado que “mayor cantidad de gente logre alcanzar las edades mayores” (que no es lo mismo).

A principios del S.XX la expectativa de vida (EV) era en la Argentina de 42,5 años al nacer y hoy es de 75,6 años.

Eso significa que mucha más gente alcanza las edades mayores, lo que llamamos transición demográfica.

La transición demográfica inevitablemente nos conduce a la transición epidemiológica, en la que aparecen con mayor prevalencia las enfermedades crónicas degenerativas, en general incurables, de larga duración y con altos costos en sus procedimientos asistenciales.

Los costos que las mismas insumen son en particular derivados de la cantidad y multiplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de uso habitual, protocolizados, con altos costos unitarios y finales por su extensión en el consumo.

El tema ya fue analizado en abundancia antes, pero vale la pena destacar que: tanto de manera individual, como para el conjunto social el gasto en salud sostiene una espiral inflacionaria creciente.

Mucho peor aún si se considera que muchos de los procedimientos que en un momento fueron considerados una panacea, luego son resaltados por su ineficacia, sus efectos colaterales, sus efectos adversos, etc. y que mucho del gasto fue inducido por sobreuso y sobre-diagnósticos.

La sociedad encontró en su mayoría la forma de resguardarse mediante la dilución del riesgo financiero, tal como hemos visto. Pero no del mal uso de la tecnología médica, riesgo al que sigue expuesta y cada vez más, día a día.

Otros que no tienen ninguna forma de aseguramiento (o que sus ingresos no son suficientes para afrontar el pago, o los trabajadores en condiciones de informalidad, etc.), reciben asistencia que se dice “subsidiaria” (es decir: mediante la gratuidad de las prestaciones que les brinda un hospital público).

Esto es similar al subsidio que –por ejemplo nuestro gobierno– otorga a los empresarios para que mantengan bajo el boleto del transporte: se subsidia la oferta! (lo que le quita transparencia al procedimiento),.. además que los empresarios –el llamado “capitalismo de amigos del poder”– embolsan el subsidio, no realizan las inversiones necesarias y disminuye la calidad del

servicio. Esto significa: boleto de bajo costo con servicios de mala calidad, (algo similar a lo que acontece en salud).

En salud lo que se denomina “subsidiariedad” funciona de igual manera: se inauguran servicios, así como establecimientos asistenciales, se adquiere equipamiento y muchas otras cuestiones que constituyen más un subsidio a la oferta (los empleados públicos), y permite “hacer política” con la salud, también con inevitable pérdida de la calidad de los servicios.

Y con un agravante más: el subsidiado no puede elegir el servicio que desea y se mantiene cautivo del sistema tal como se le brinda, sin pensar o muchas veces a sabiendas, que pudiera ser mejor.

El proceso de subsidio debería ser diferente: el dinero debe “seguir” a la gente. Y con ello quiero decir que la población sin cobertura, o de bajos ingresos y que hoy se dice subsidiada por el sistema público-estatal, debería poder elegir el lugar de su asistencia, así como con quien asistirse y el estado pagar los servicios a aranceles previamente convenidos a quien realizó la prestación del servicio, una vez que la demanda “eligió” y recibió la prestación.

Los servicios en competencia ya sean públicos o privados, deberán mejorar obligadamente la calidad de sus servicios para lograr el favor y elección de los beneficiarios.

Mientras los establecimientos públicos tengan cautiva a esta población que solo puede ser tributaria de los mismos, no encontrarán incentivos para su mejora, persistirán burocráticos y de baja calidad.

Y lo mismo sucede –en menor medida– con los establecimientos privados que tienen su población tributaria ya definida.

La misma competencia entre seguros que se estableció para las Obras Sociales Nacionales mediante los decretos de “Opción de Cambio” y que las obligó a mejorar la gestión o recurrir a estrategias para mantener su cartera de afiliados, debería plantearse entre los prestadores.

Y no como muchas veces se sostiene: “los pobres al hospital y los con cobertura a los servicios privados,..” (cuestión indefendible y cada vez menos sostenible)

Si un profesional que se desempeña en un hospital público tiene además la posibilidad de auto-derivarse a un afiliado con cobertura social o a quien tiene capacidad de pago a un establecimiento privado, ello sucede por cualquiera de estos dos motivos: o el establecimiento asistencial público no tiene forma adecuada de resolución o el profesional ha optado por una conducta interesada.

En ambos casos la ineficiencia por un lado y el interés personal por otro nos muestran las particulares circunstancias de nuestro sistema de salud.

En definitiva lo expresado nos muestra la necesidad de incorporar reformas sustantivas al sistema de salud en la Argentina.

Unos pocos intentos de reforma han sido planteados,.. algunos avanzaron en algunas cuestiones, pero en general fueron más los fracasos que las soluciones.

En términos generales los fracasos fueron debidos a los intereses de grupos: los sindicatos, las asociaciones profesionales, diversos grupos proveedores (medicamentos, tecnología médica, etc), consultoras y gerenciadore, etc. porque el sistema tal como está resulta funcional a muchos, aunque signifique un alto costo y magros resultados para la población.

El poder político no fue ajeno y por impericia o complicidad –además de no querer asumir los costos– solo atinó a la resolución de cuestiones menores, muchas de coyuntura y que en nada modificaban las cuestiones planteadas.

La multiplicación de programas, planes, etc. que permiten que vivan de ellos aquellos que los planifican, verifican por consultorías y ejecutan, que aquellos a quienes dicen servir, así lo demuestra.

Lo que queda en el medio es mucho, lo que le llega a la gente es poco.

Muchos de estos programas incorporan incentivos perversos al requerir resultados que los ejecutores no logran, pero para obtener los beneficios de los incentivos, incluso alteran y manipulan la información.

Las políticas y programas – como por ejemplo – para: la Población Materno Infantil, como el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, o el Programa de lucha contra los retrovirus del humano (Sida y ETS), o la Política Nacional de Medicamentos, etc. sin dudas han sido pensados con las mejores intenciones.

Pero en su mayoría son programas focalizados, que pueden haber resuelto algunos problemas y fracasado en muchos otros. La mayoría fueron pequeños parches que intentaban solucionar algunos problemas, pero dejaban a los reales interesados que aprovechan los nichos del sistema de salud actual, y tanto los problemas como los “beneficiados” continúan inmovibles.

Probablemente uno de los programas de mayor impacto fue el Plan Remediar pues reforzó los primeros niveles de atención, pero duró tanto como pudo o puede. De la misma forma la prescripción por nombre genérico de los medicamentos, fue apenas una circunstancia frente a la que los interesados desarrollaron estrategias para defender sus intereses y hoy solo se cumple limitadamente.

Cuando hablamos de reformas estructurales nos referimos a lograr un sistema universalista y:

- La universalización de la cobertura, con libertad de elección en la elección no solo del financiador, sino también de los prestadores.
- Que la población actualmente cubierta continúe –mientras sea posible– con el seguro que posee, cuya capacidad de libre elección es aún hoy limitada. (Esto quitará conflictividad política a las reformas, ya que permitirá que muchos continúen administrando sus cajas)
- Que la cobertura alcance a los indigentes, que sean financiados directamente, permitiéndoles elegir los prestadores, es decir: “que el dinero siga a la gente” y su libertad de elección.

- Mejorar la capacidad de respuesta de los establecimientos asistenciales públicos y privados.
- Que se establezca un sistema de competencia entre prestadores públicos y privados.
- Que la intervención del estado –los Ministerios de Salud– se centralice en la provisión de bienes públicos, acción sobre las epidemias y epidemias, control y evaluación de la calidad de los servicios, así como de su habilitación, regulación y control.
- Que los establecimientos públicos logren en un período sucesivo su autogestión y financiamiento, que les permita ser sustentables, y no dependan del subsidio estatal, que supone subsidiar a los que son sus tributarios “indirectamente”, pero en realidad los mantiene cautivos, subsidia la oferta que se asegura su subsistencia y al final ofrece –salvo excepciones– servicios de baja calidad.
- Que quien lo desee pueda adquirir un seguro privado de salud, en la modalidad que lo desee, y que se respete la contratación voluntaria entre privados.
- Que el proceso de reforma se inicie desde las provincias por un proceso de descentralización (que ya está dado en principio, pues estas no han delegado en la Nación su potestad sobre la asistencia sanitaria) a través de un recorrido por etapas: una primera que significa liberar a la demanda de su cautividad del hospital público y le permita elegir su prestador (público o privado), financiada por rentas generales, según acuerdos, contratos, convenios, etc. alcanzados con metas y aranceles establecidos.
- Que en una segunda etapa se cree un Fondo (o Caja) Provincial del Seguro que administre el financiamiento, las formas de pago, defina la canasta básica de prestaciones, el padrón de beneficiarios, etc. así como otras funciones sobre las que nos explayaremos más adelante.
- Que en esta segunda etapa se elimine progresivamente el subsidio a los hospitales públicos y pasen a ser empresas y/o servicios prestadores de salud, sustentados con recursos facturados por las prestaciones que realicen al Fondo Provincial del Seguro de Salud. (Ver “etapas graficadas en Fig. Nº 22 y 23) Aunque cada provincia deberá estimar su propia realidad y en función de ello definir las etapas que suponga más adecuadas o posibles.
- Que se logre un acuerdo con el gobierno Nacional (este punto es el de gran dificultad política), cuya vocación centralista tratará de impedir aquellos movimientos que considerará “independentistas” y se logren superar a todo nivel, los inevitables conflictos.
- Que el tiempo y la población defina si el nuevo camino resuelve mejor sus problemas
- Que finalmente se logren convenios inter-jurisdiccionales que orienten un seguro nacional con las particularidades propias de las provincias y

- Que el sistema logre y se organice con un buen desarrollo de la APS y que se convierta en la puerta de ingreso al sistema. Es decir: que sean los profesionales del primer nivel de atención los que orienten los requerimientos asistenciales, con buenos niveles de calidad en su asistencia y no con el objeto de convertirse en “gate keepers”, sino de proveer la resolución efectiva de la mayoría de los requerimientos de la demanda, que son resolubles eficientemente en este nivel. La elección del prestador requiere:
 - Que la demanda tenga la posibilidad de libre elección (“la voz y la salida”)
 - Que este nivel sea altamente capacitado, así como a su vez reconocido e incentivado.

Retomar el camino que los ministros de salud provinciales comenzaron a pensar durante fines de los ´90 y antes de la crisis del 2001, es un camino posible y deseable, porque además se basa en la potestad otorgada a las provincias por la descentralización del sistema público/estatal.

Este camino lo han recorrido otros países como Canadá, cuyo inicio fue bajo el liderazgo de Thomas C. Douglas, la CCF de Saskatchewan desde donde sentó las bases para el primer plan de seguro médico público universal de América del Norte, el cual fue aprobado en 1962. (Rutty, C. & Sullivan, S., 2010), modelo del que solo damos cuenta de su proceso.

Chile a su manera también lo hizo –con mejores posibilidades en un país unitario, donde los sindicatos no juegan un papel relevante en la administración de Obras sociales– y tiene un gasto per cápita/año menor que nuestro país con mejores resultados sanitarios.

No se trata de pensar que los modelos seguidos por otros países pueden trasplantarse sin mayores problemas al nuestro. Tampoco quiere decir que el sistema canadiense u otro sean los modelos adecuados a nuestra idiosincrasia y/o nuestros propios problemas a resolver.

Se trata de aprender, mirar copiar y discernir sobre qué aspectos son viables y positivos para ser aplicados –aún con las modificaciones que se piensen necesarias– para que podamos mejorar nosotros.

Todo lo que el ser humano hace surge de ideas previas, aprendidas, copiadas y mejoradas, cuando ello hace a nuestros fines. La aplicación, adaptación, innovación y mejora es ya una cuestión de cada uno.

Debemos pensar que otros países recorrieron su propio camino y nosotros deberíamos comenzar a pensar en recorrer el nuestro, apoyados en experiencias que se piensen exitosas.

Esta es una buena forma de repensar las políticas públicas de salud.

No se debe pecar de ingenuo en el sentido de suponer que las reformas pueden ser establecidas por decreto, que pueden ser diseñadas sin consenso e imperativamente con un enfoque “top-down”, cuando en realidad son necesarios acuerdos en los diferentes niveles y con diferentes sectores, para lograr viabilidad y sustento.

Con seguridad muchos acordarán en que estas reformas son necesarias, pero otros que se encuentran cómodos en su situación y son los privilegiados del sistema, se opondrán con dureza.

Es de imaginar en particular a los sindicatos y las asociaciones profesionales manifestarse “en defensa de la salud pública, universal y gratuita” (que hoy no es ni una cosa ni la otra), que sirve más a los virtuales propietarios (los empleados y dirigentes) que a la sociedad por sus costos, o a la gente por lo precario que recibe.

Solo pocos intentos de reforma estructural del sistema de salud argentino se llevaron adelante. Pero ninguno pudo superar la prueba. Los intereses de los diferentes grupos que se nutren del mismo pudieron prevalecer.

Eso no significa que los intentos no hayan sido valiosos y que por lo mismo y la experiencia recogida, no deban buscarse caminos que nos permitan un sistema de salud más eficiente.

De cualquier manera las propuestas de reforma no deben omitir el contexto de país en el que nos encontramos. La calidad de las instituciones no afecta solo a las del sistema de salud, sino a todo el espectro institucional argentino. Por lo mismo una tarea imprescindible que debemos enfrentar a la par es la reconstrucción de las instituciones políticas, para permitir el avance de las reformas necesarias en otros ámbitos como el de la salud.

6. Los Seguros de Salud provinciales: un camino posible

No fueron demasiados los intentos de reforma que se plantearon para nuestro sistema de salud. De una forma u otra todos resultaron insuficientes, de difícil aplicación o fueron boicoteados y finalizaron en fracasos.

En particular los sanitaristas y otros desde la gestión, pudieron observar las deficiencias graves de nuestro sistema de salud y la necesidad de sus reformas.

Ante sucesivos fracasos la mayoría optó por reformas menores, que resultaron de coyuntura, pero dejaba a los principales actores en su habitual situación de privilegio.

Los políticos no tienen los incentivos (o tienen muy pocos) para hacer reformas convenientes a los ciudadanos y buscan su propio interés o permanecer en el *statu-quo* para no enfrentar poderosos intereses, que pondrían en peligro su continuidad.

Por ello las reformas no fueron tales, sino meros parches, soluciones a problemas de coyuntura, o a cuestiones menores que en nada cambiaban la ineficiencia del sistema.

Desde inicios de los '90 se plantean procesos de reforma a instancias del BID y el BM, a partir del Consenso de Washington, lo que constituyó un importante paso en los procesos de Reforma del Estado, que incluyeron al sector salud y que en nuestro caso solo significaron tibios avances, con alta resistencia de los

sectores burocratizados y sindicales; por lo que se mostro “hacia afuera” el cumplimiento de los objetivos para lograr el financiamiento externo necesario, mientras que “hacia adentro” se convino cierta laxitud y flexibilidad para evitar conflictividad y lograr acuerdos con grupos interesados, lo que esterilizó el proceso.

“...En el caso argentino se agregó un componente de impericia y corrupción, cuyas consecuencias todavía nos afectan...” (Vilosio, J. 2014)

Hacia fines de los '90, los ministros de salud de las provincias percibieron que podía avanzarse por el camino de los seguros de salud provinciales. Y algunas provincias –cuatro inicialmente: Buenos Aires, Río Negro, Salta y Santa Fe, a las que se agregaron Misiones y Formosa muy posteriormente– lo intentaron de variadas formas. Hubo un solo eje común: dar cobertura explícita a los miles que no la tenían. Pero la modelización diferente, y además en algunos casos con enormes dificultades políticas y técnicas.

Casi todos los diseños formulados encontraron resistencias a pesar de ser algunos más flexibles que otros.

Tampoco los modelos fueron iguales: algunos pretendieron organizarlo desde la Obra Social Provincial, otros desde los estados provinciales y finalmente otros desde instituciones independientes.

Cuatro pretendieron asegurar y cubrir a los indigentes o sin cobertura (es decir no pasaban de la primera etapa), y otras dos pretendieron llevar adelante un seguro de salud integral. Pero ninguna tuvo avances suficientes y en alguna queda todavía un formato marginal e irrelevante a los fines y objetivos deseables.

Cualquiera de los modelos –aunque algunos eran estrictamente focalizados en la atención de poblaciones pobres– encontró desde la Nación un tibio apoyo inicial, que finalmente se tradujo en indiferencia o disimulada oposición.

El gobierno en nuestro país tiene una fuerte vocación centralista y cualquier movimiento en ese sentido lo considera “independentista”,.. como si luego pensara por ese camino perderá el control.

Pero como contraparte tampoco la Nación ha demostrado demasiada vocación por los cambios. Son precisamente los funcionarios nacionales los que tienen los mayores incentivos para continuar igual, distribuyendo recursos a las provincias según acuerdos o en forma discrecional y acordar con los grupos de interés fuertemente concentrados, en particular con la industria o los sindicatos.

Por lo mismo es poco lo que se puede esperar del gobierno nacional o de los planificadores del Ministerio de Salud enfrascados en las pequeñas actividades rutinarias y de poco impacto que los ocupan todos los días.

De nuevas ideas de los responsables actuales directos de la gestión existen noticias importantes, ni muchas esperanzas que las haya. Solo algunos atisbos de búsqueda de ideas y soluciones a los constantes problemas que deben enfrentar. Pero más interesados –dado el modelo político vigente– en lograr cada vez mayor injerencia estatal, aunque ello no signifique mejoras.

Luego de analizar los fracasos de los variados aunque no muchos, intentos de reforma del sistema de salud en la Argentina, encuentro seis patrones que fueron constantes:

- Los intentos de reforma fueron llevados adelante en pocas ocasiones con suficiente convicción, probablemente por intuición de las dificultades
- La mayoría de las veces – aún a sabiendas de los grandes intereses existentes – no se realizaron acuerdos y coaliciones previos, para facilitar la viabilidad política.
- Casi todos los intentos nacieron con ideas de planificación centralizada, salvo los mencionados Seguros de Salud Provinciales, que cada uno fue diseñado tímidamente a su manera y con pocas perspectivas por fallas de diseño técnico y articulación política.
- En estos casos los diseños no fueron diferentes porque hubiera fuertes diferencias entre jurisdicciones, sino porque había grandes diferencias conceptuales entre los gestores.
- De la misma forma existió una marcada diferencia conceptual entre los niveles técnicos y los niveles políticos y ello a pesar que existía (y existe) asistencia técnica disponible.
- Los grupos de interés en todos los casos (sindicatos, asociaciones profesionales, gerenciadore, intermediarios de todo tipo, etc.) fuertemente vinculados al poder político, maniobraron con diferentes estrategias para impedir cualquier implementación razonable.

El planteo hoy no es diferente, pero ahora hemos generado una masa crítica de gestores, sanitaristas, economistas, cientistas sociales e incluso algunos políticos, que visualizan el problema y están a la espera de encontrar respuestas posibles.

No los motiva solo la cuestión social y sanitaria, sino a su vez el problema económico que –siendo importante en el gasto– no satisface las necesidades de la población.

Hemos estudiado múltiples variantes y decidido retomar el camino de los seguros de salud provinciales, por muchos motivos:

- Son descentralizados (o por lo menos los el sector público estatal) y puede lograrse el aseguramiento a través de un Fondo Provincial (o Caja de Aseguramiento) que cobre a los seguros centralizados (en una palabra: los descentralice) por la población que tienen afiliada en cada Jurisdicción, que finalmente reside y se asiste en la misma.
- Pueden establecer procedimientos y normas mucho más cerca de los beneficiarios. El gobierno provincial solo debería financiar –en cuanto a asistencia sanitaria– a la población sin cobertura mediante un pago a la Caja de Aseguramiento (o Fondo Provincial del Seguro), para su asistencia: subsidio directo a la demanda, que quedará libre en sus opciones de elección.
- Pueden establecer acuerdos con el gobierno nacional, que les permita llevar adelante el proyecto, con la idea futura de integración en un “seguro nacional” –desde la portabilidad, los acuerdos inter-provinciales

y la participación del gobierno nacional respetando las características jurisdiccionales— lo que será conflictivo y difícil pero de lograrse: no es poco.

- Sumando la población sin cobertura, la de la Obra Social Provincial y el PAMI se alcanza en casi todas las Jurisdicciones casi el 80% de la población. (Ver Figura N° 21)
- Pueden dejar a las organizaciones financiadoras nacionales –sindicatos y sus obras sociales nacionales, así como el PAMI y otros organismos, etc.– por fuera de toda injerencia que los incomode, ya que solo deberán pagar por las prestaciones de sus afiliados locales (que residan en cada provincia) y otras cuestiones que excedan, pero se acuerden.
- Los conflictos, acuerdos, injerencias, son locales –sin desprestigiar las de carácter nacional– y por lo mismo más fáciles de encarar y resolver.
- Esta formulación solo cubre a los “residentes” registrados y por lo mismo soluciona el problema de los inmigrantes no naturalizados, que recurrentemente requieren asistencia en nuestro país dada su gratuidad. Los que fueran encuadrados en esta categoría deberán (una vez identificados) ser facturados a su país de origen, o en su defecto orientarán el establecimiento de acuerdos para el recupero de costos.

Entendemos que una reconsideración de las perspectivas que ofrecen los seguros de salud provinciales tiene suficientes fortalezas como para que constituyan un camino posible a recorrer, obviamente con nuevos y ajustados diseños que permitan una reforma apreciable en nuestro sistema de salud.

6.1 Un análisis político

En los enunciados anteriores, se vislumbra que existen actores relevantes en la propuesta y que cada uno de ellos jugará un papel importante ya sea para aportar o para defender intereses personales y/o sectoriales.

Esto requiere la identificación de los mismos, la posibilidad de establecer alianzas o coaliciones, así como prever sus intereses y las estrategias posibles para que no interfieran, salvo en la medida de lo aceptable.

Con seguridad que algunas cuestiones podrán concederse, pero otras deberán ser innegociables. La intención es que la mayoría logre la porción posible de lo proyectado, que cada uno tenga un papel definido y asignado, así como que también –aunque parezca utópico– la intención sea lograr mejores servicios y que la beneficiaria final sea la población a un costo razonable signado por la eficiencia.

Un modelo como el propuesto, de ser exitoso con seguridad se propagará rápidamente de unas provincias a otras.

Como actores principales deben considerarse los del ámbito nacional, los del ámbito local (o provincial) y no se debe dejar de mirar “a los costados”: ¿Qué posición adoptarán de inmediato las provincias vecinas?

En el ámbito nacional no deben perderse de vista que no solo interactúan los ministros de salud provinciales con el Ministro de Salud de la Nación. También y en gran medida lo hacen los ministros de economía – vinculados por múltiples negociaciones referidas a transferencias (RFCI), ATN y otras – así como lo hacen los de Obras Públicas y sin dudas los gobernadores con las máximas autoridades del poder en el gobierno.

Otro aspecto no menor es el papel de los legisladores nacionales que representan a las provincias. Ellos a su vez tienen que responder a sus gobernadores bajo peticiones del gobierno nacional, en ello va su carrera política.

La lealtad partidaria y el juego de negociaciones basado en concesiones para obtener beneficios para las provincias forma parte del juego habitual.

Es así que antes de elaborar un diseño deberán plantearse con la mayor precisión posible la acción de estos actores y contar con un fuerte respaldo del nivel máximo de gobierno provincial, quien debe plantear una firme vocación de cambio aunque deba resguardarse de eventuales conflictos: los fusibles son los cuadros técnicos intermedios.

Acordar con el gobierno nacional puede ser una tarea ardua pero no imposible. Es importante transmitir que las transferencias realizadas son eficientemente asignadas. El poder central no querrá quedar por fuera de los éxitos, por lo que se deberá hacerlo parte de los mismos ya que representan una importante preferencia política.

El gobierno nacional puede incluso declamar el proyecto como suyo, apoyarlo y considerarlo un “banco de pruebas” o una prueba piloto detrás de la que se avanzaría en su extensión. Este fue el argumento utilizado en las reformas del '73 con el intento de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Las negociaciones requerirán la prudencia necesaria para dejar en claro que cualquier proyecto no quita atribuciones al gobierno nacional sobre sus propias funciones, así como la programación, planificación, distribución y control de los programas nacionales.

De la misma forma lograr el apoyo para un proyecto de esta índole puede ser negociado directamente en el gobierno nacional en sus máximos niveles, en la legislatura o en donde fuere necesario, por los legisladores provinciales cuyo accionar es representativo de los intereses de la provincia, aunque a cambio deban conceder algunos requerimientos del ejecutivo.

Sin dudas que los sindicatos nacionales, el PAMI y otros organismos de función centralizada verán estos movimientos con preocupación pues no dejarán de pensar en la “provincialización” (como ha sucedido muchas veces) de sus recursos, lo que nada tiene que ver con la esencia del presente proyecto.

Precisamente una importante función a cumplir es quitar este tipo de temores y transmitir que: 1) nadie piensa inmiscuirse en el funcionamiento de estas instituciones centralizadas y 2) que en realidad el proyecto es de su conveniencia, pues en vez de contratar gestores o gerenciantes –que significan un costo de transacción agregado– solo deberán hacer efectivo el

pago que se acuerde de las prestaciones recibidas por sus beneficiarios residentes en la provincia, al Fondo (o Caja) Provincial del Seguro de Salud.⁴⁶

Se debe comprender que los sindicatos nacionales (y los otros) son actores de fuerte presencia en el sistema de salud. Que en casi todos los proyectos de reforma que se intentaron, cumplieron un papel para imposibilitar que prosperaran. Su objetivo central es no perder el manejo de su caja.

También es de hacer notar que en cada caso previamente sacaron su provecho.

La circunstancia que un seguro de salud provincial les garantice la asistencia de sus afiliados a un costo negociado, razonable a sus posibilidades y que no les interfiera en su ámbito es una oferta apreciable.

En el ámbito local (provincial) las cuestiones parecen más complejas.

En primer lugar debería analizarse la composición del legislativo provincial y si el poder político cuenta con una mayoría absoluta o relativa (por ejemplo: la primera minoría), o no cuenta con apoyo suficiente, a los efectos de lograr el marco normativo.

En cada caso la necesidad de acuerdos –poniendo énfasis en los aspectos económicos, políticos, institucionales y sanitarios– deberá ser el núcleo de las discusiones. Por lo que se debe ser muy claro y explícito en los alcances del proyecto.

De hecho será el legislativo provincial el que posibilitará el sustento legal y normativo. Por lo que es de suma importancia instalar el tema en la agenda política.

No se debe olvidar que a la par los prestadores privados, los administradores de la obra social provincial, las asociaciones de establecimientos privados, los sindicalistas representantes de los empleados del estado provincial, harán lo propio y respondiendo a diferentes intereses.

Estos aspectos deberán ser necesariamente encarados por los gestores del proyecto que inicialmente deberán ser por su peso político: el Ministro de Salud provincial y su equipo de colaboradores.

Cualquier ministro sabe además que su propio equipo no es homogéneo. Que cuenta con integrantes que provienen de diferentes sectores y responden a los intereses de los mismos o a los suyos en particular.

Cualquiera por más cercano que sea, puede ser aliado hoy y defecionar mañana. Es necesario incorporar mucha convicción y mística, por la que se piense que aún el gran esfuerzo que el proyecto signifique, los beneficiarios finales serán otros. La mística necesita el sustento de los incentivos, que pueden ser de diversa índole. Su identificación depende de la maniobrabilidad política.

A nivel local cada uno saldrá con su propio discurso: los sindicatos dirán luchar “por una salud pública, universal y gratuita” y que se intenta “privatizar la salud” discurso difícil de rebatir en el imaginario colectivo. Pero al que habrá que

⁴⁶ NA: Que se hable de un seguro provincial no quiere decir necesariamente que el mismo sea administrado por el estado provincial.

enfrentar –en caso de no lograrse acuerdos– poniendo en evidencia las ineficiencias y los intereses particulares corporativos.

Hoy la salud no es pública, tampoco es universal porque deja a muchos excluidos y mucho menos es gratuita. Pero esto no es lo que imagina la gente y mucho menos es lo que aceptarán los sindicalistas del estado provincial. Los empleados del ministerio de salud provincial como de los establecimientos asistenciales –temerosos de todo cambio y los efectos que tuvieren sobre ellos– plantearán sus reclamos a través de sus representantes: los gremios.

La discusión exigirá darse en los más altos niveles entre el poder político y los sindicatos. Los tres argumentos principales son: a) que los sindicatos estatales seguirán cumpliendo su función representativa de los empleados públicos provinciales; b) que su obra social provincial también es un financiador más del seguro, pero que no pierde su autonomía, autarquía e independencia; y c) que el gobierno provincial se obligará a hacer los aportes de las cotizaciones laborales de sus empleados en tiempo y forma.

Otro aspecto convincente podría ser el otorgar a los gremios de la Obra Social Provincial mayores atribuciones posibilitando la inclusión de otros grupos sin cobertura, o que opten libremente por ellos.

El aspecto más duro será enfrentar la perspectiva de incorporar incentivos, que diferencien la labor de quienes producen de los que no y además en dirección a los objetivos que se buscan. Los sindicatos se escudan en la premisa: "...a igual puesto de trabajo, igual remuneración,..."

Será difícil hacer comprender que los pagos deben ser asignados por resultados y que es más justo que existan "premios y castigos", según la labor de cada uno.

Otro juego cabe con los prestadores privados cuya debilidad se encuentra en su acendrado temor a los cambios y el impacto que el mismo pudiera tener en su posicionamiento y sus ingresos.

Precisamente una de las mayores fuentes de sus ingresos es –en general– la Obra social Provincial, que temerán perder si esta financia un seguro que también paga a los establecimientos público/estatales.

La idea de competir no le gusta a nadie, cuando se encuentra en posición cómoda y con población cautiva. Pero el incentivo se encuentra en que la población pobre ya no será más obligada o cautiva del sistema público estatal y podrá elegir el prestador que desee. En realidad en las provincias se elige "entre lo que hay". Tal como lo hacen los afiliados a la seguridad social.

Este es un argumento importante aunque no suficiente: a los prestadores privados –al igual que a los empleados públicos– les importa más su "seguridad y estabilidad" que es lo que tienen hoy en sus manos, que comenzar a competir por lo que promete ser más, pero resulta incierto.

Por otra parte muchas corporaciones profesionales gerencian algunos contratos con seguros de índole nacional: obras sociales, PAMI, etc. y este es un aspecto de alta conflictividad pues que el gerenciamiento pase a manos de un seguro único provincial, no será seguramente de su agrado.

Probablemente uno de los aspectos importantes en este sentido es darles a estos grupos corporativos participación en el directorio del seguro provincial.

Un esquema de esta naturaleza pone a todos los prestadores –públicos y privados– a competir para captar la preferencia de los beneficiarios del seguro, es decir todos los habitantes de la provincia y por supuesto es de esperar que de esa competencia surjan mejoras cualitativas para ambos en sus prestaciones.

Otro argumento importante es que la unificación del poder de compra en insumos, puede abaratar costos, lo que para el sector de prestadores privados en especial los establecimientos con internación, podrán ver con buenos ojos.

Las coaliciones con organizaciones civiles, ONG´s, barriales, sociales, los sanitaristas, etc. pueden ser un factor importante ya que son más permeables a defender aquellos principios que busquen equilibrar un sistema que visualizan ineficiente para dar las respuestas necesarias.

Y finalmente lograr instalar el tema en la agenda de gobierno provincial, darle amplia difusión y plantear con claridad los intereses en juego, para lo que la prensa puede jugar su importante papel, cierra el esquema de actores visibles.

Existen otros –que juegan en la oscuridad y no por ello con intereses menores: proveedores, gerenciadore– que se deberán tomar en cuenta para establecer estrategias que permitan llevar adelante el proyecto de la mejor forma, a sabiendas de su reacción al ver amenazados sus intereses.

Otra forma sería actuar con extrema inocencia.

Sin embargo probablemente una de las cuestiones más importantes es saber que no puede resolverse todo de una sola vez, y que si de intereses se trata lo mejor sería negociar, acordar y adaptar en un esquema de mutua cooperación de a uno por vez y que para ello se deben plantear etapas que permitan ser superadas para llevar el proyecto a buen término, aunque ello demande algún tiempo y determinados plazos a cumplir.

De hecho es comprensible que los estados provinciales deben (y pueden) tomar la iniciativa en la propuesta y desarrollo del seguro, pero su papel debe ser la generación de políticas, analizar y llevar adelante las estrategias de negociación con diferentes actores, cumplir un papel normativo y regulatorio, como de evaluación y control.

La subordinación del (o de los) seguros al poder político o al gobierno de turno, puede y seguramente generará distorsiones y puede promover más desequilibrios que los que hoy existen.

Es precisamente en este sentido que deben centrarse los mayores cuidados y preocupaciones: la interferencia del poder político en la gestión de los recursos y organizacional del fondo del seguro provincial de salud, para fines ajenos a las necesidades reales de la población, atendiendo a que la salud –como mencionamos– pocas veces constituyó un eje de preocupación de la clase política y de los gobiernos, más allá de lo discursivo.

El problema es que se debe intentar recorrer un camino de transición partiendo de instituciones –las del estado– que no tienen los incentivos adecuados, para

llegar a otras que administren el seguro de manera independiente del poder político en la medida de lo posible.

No se trata de funcionarios buenos o malos. Se trata de instituciones que se nos hace creer que cumplen un papel protector y organizador de la sociedad, pero que son profundamente burocratizadas, que no tienen incentivos para producir cambios sustanciales y profundos más allá de las buenas intenciones de algunos funcionarios, cuya permanencia es además impredecible tanto como lo son sus intenciones. (North, D., 1993)

Por ello es tanta la importancia que se le asigna a la necesidad de poner límites al poder político.

Asumimos además que los cambios no pueden lograrse por un simple decreto,...o por meros voluntarismos. Los cambios son procesos, prolongados a veces, con avances y retrocesos,.. solo son perdurables –aunque siempre en permanente cambio y adaptación– cuando el camino es transitable y soluciona los problemas de la gente, que lo hace propio. Lo importante es no perder de vista el objetivo.

Los técnicos tienen tendencia a planificar con exceso. Los planificadores suelen desconocer las multiplicidad de variables en juego. Se conocen solo algunas. En nuestro caso: la inconsistencia entre el gasto y los resultados sanitarios,.. también de su análisis sabemos el diagnóstico causal de nuestras dificultades. En ese sentido apuntamos las reformas. Su avance y su consolidación depende de que sea viable a los objetivos de los ciudadanos.

En el diseño la viabilidad depende tanto de que los niveles técnicos asuman la necesaria flexibilidad, como que lo niveles políticos adopten un fuerte compromiso, una gran capacidad negociadora y logren el respaldo necesario.

Los cambios propuestos representan profundas modificaciones en nuestro sistema de salud y por supuesto los cambios –como hemos mencionado– generan resistencias, conflictos de intereses, por lo que se deberá contar con actores políticos capaces de gestionarlos con eficiencia.

Seguramente tendrá mayor valor aún si logramos, con tiempo y esfuerzo, hacer posible, lo que de inicio parecería imposible.

6.2 El marco regulatorio

El marco regulatorio constituye uno de los elementos centrales del proyecto en cuanto a diseño, objetivos, organización y funciones.

El marco normativo debe ser necesariamente una Ley provincial dictada y aprobada por la legislatura en la que deben dejarse sentados:

- Que se crea el Fondo Provincial del Seguro de Salud, (o el nombre que se quiera proponer pero vinculado a una caja de aseguramiento del ámbito provincial y no necesariamente controlada por el estado, aunque este participe en su directorio)
- Que tendrá funciones de caja provincial de aseguramiento universal, es decir: para todos los habitantes que acrediten su domicilio permanente en la provincia.

- Que ello tendrá como objetivo fundamental la cobertura universal de los habitantes comprendidos en el punto anterior, constituyendo un órgano único de financiamiento y aseguramiento de las cuestiones vinculadas al consumo de asistencia sanitaria (“Health Care”)
- Que con ello se buscará la mayor eficiencia en la asignación de los recursos, mediante la contratación de todos los prestadores públicos y privados de acción corriente en el ámbito provincial
- Que el seguro provincial de salud tiene entre sus atribuciones: realizar convenios con las instituciones prestadoras dentro del ámbito provincial, así como de aquellas necesarias para la resolución de problemas en lo que la capacidad instalada local no pueda ofrecer adecuada respuesta.
- Asimismo podrá realizar convenios y acuerdos interprovinciales para la asistencia de habitantes de otras provincias que se encuentren en tránsito, o por proximidad geográfica y deban ser asistidos por prestadores locales.
- Que se le asigna la función de centralizar las diversas fuentes de financiamiento existentes (como por ejemplo: Obras Sociales Nacionales y/o Provinciales, PAMI, Mutuales, Obras Sociales Universitarias, Legislativas, etc y de toda otra naturaleza) a través de acuerdos, convenios, etc. o cobro compulsivo. Excepto los seguros privados, ya sean estos locales o con otra sede ya que se consideran “contratos entre privados” que ofrecen servicios diferenciados según preferencia de los consumidores.
- Que también percibirá el cobro al estado provincial del financiamiento necesario para la asistencia de la población sin cobertura de la provincia, la que se definirá específicamente en cada caso:
 - población por debajo del NBI, población en condiciones de pobreza, población sin ninguna cobertura y además de bajos ingresos, población con trabajo informal y además de bajos ingresos, etc. La propuesta es que esta sea la única población que recibirá las prestaciones sin pago de co-seguros (pero cada Jurisdicción deberá evaluar sus alternativas)
 - por un valor capitado/mes que se establecerá y transferirá al Fondo Provincial del Seguro de Salud, desde el Ministerio de Salud (financiado por rentas generales) por la modalidad que se acuerde.
 - de la misma forma que podrá recibir legados, donaciones, etc.
- El cobro a la seguridad social nacional podrá realizarse mediante acuerdos previamente establecidos –que es lo más adecuado– o mediante el sistema de cobros del HPGD existente en la SSSalud, o por cobros compulsivos a los que debe habilitar la respectiva ley.
- Todos los habitantes con domicilio en la provincia deberán estar empadronados y tendrán libertad de elección de los prestadores con los que se acuerde, resultando indispensable su nominación con un profesional en el primer nivel de atención, que gestionará el ingreso al sistema (evitando las sobrecargas innecesarias –listas de espera,

limitaciones en el acceso por las dificultades para obtener turnos y asistencia, etc.– a los siguientes niveles) y solucionando lo que esté a su alcance y capacidad resolutive..

- Todos los empadronados –es decir: todos los habitantes de la provincia asegurados– tendrán libertad y opción de cambio del profesional del primer nivel inicialmente elegido y cuantas veces lo deseen y la facultad de libre elección en la asistencia en los 2º y 3º niveles.
- El Fondo Provincial del Seguro de salud tendrá a su vez la facultad de contratar todos los establecimientos asistenciales y todos los profesionales que hayan cumplimentado los requisitos administrativos y legales para ser prestadores del sistema
- Las redes de atención en segundo y tercer nivel también serán definidas por organismos técnicos en conjunción con las redes de prestadores que puedan prestar el mejor servicio y considerando la capacidad instalada, así como las condiciones geográficas de cada provincia, región o lugar
- El Fondo podrá realizar diversas formas de contratación –mediante contratos de gestión– y pagos por resultados a los diversos prestadores que brinden servicios, velando por la máxima calidad posible en la prestación de servicios
- Las funciones de evaluación de resultados y calidad quedan a cargo del Ministerio de Salud Provincial mediante su departamento de control de gestión, el que informará al Fondo Provincial del Seguro de Salud para que adecúe los pagos y las medidas correctivas, según los resultados obtenidos: pagos asociados a resultados, de acuerdo a contratos de gestión establecidos entre el Fondo de Aseguramiento y los prestadores.
- El Fondo Provincial del Seguro de Salud tendrá a su vez facultades para contratar alguna modalidad de reaseguramiento, en particular para las enfermedades de alto costo y baja incidencia, en lo que debiera tener un importante papel el gobierno nacional (cubriendo a varias provincias) o en su defecto los seguros privados internacionales (que existen y funcionan exitosamente, cubriendo desde este tipo de patologías o a los reaseguros por cuestiones vinculadas a ciclos económicos), que diluyen su riesgo en una gran masa de beneficiarios asegurados.
- Debe tenerse en cuenta que los afiliados al PAMI y los de las Obras Sociales Nacionales tienen ya cumplida esta forma de reaseguramiento: el PAMI por sí mismo y las Obras Sociales Nacionales por la Super Intendencia de Servicios de Salud (mediante reintegros por prestaciones de alto costo y baja incidencia).⁴⁷ Sin dudas que ambos son pasibles de las mismas consideraciones de incertidumbre.
- El Fondo Provincial del Seguro de salud podrá a su vez efectuar licitaciones para la compra de insumos, maximizando su poder de compra para abaratar costos a los prestadores. Los insumos así

⁴⁷ La SSSalud acaba de absorber a la APE: Decreto N° 366/12-PEN, mediante el cual se transfirió a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud la Administración de Programas Especiales

provistos serán debitados de los pagos que se realicen, en caso que así se contrate.

- El Fondo Provincial del Seguro de Salud determinará el presupuesto necesario para su normal funcionamiento, evitando funciones burocratizadas, o ineficientes.
- El Fondo Provincial del Seguro de Salud tendrá entre sus atribuciones la definición de la canasta básica de prestaciones (“cuanto de cada qué” según cálculos actuariales de orientación), igual para todos los beneficiarios (no existirán diferencias como en el caso de Colombia con el POS y el POS-S) adecuada a sus posibilidades de financiamiento, incorporando aquellas prestaciones que se consideren básicas, indispensables, apropiadas, que se ajusten a la tecnología adecuada, aprobadas por suficiente evidencia científica, sin ceder a presiones interesadas de prestadores y/o proveedores, incluyendo en forma progresiva nuevas prestaciones a medida que la sustentabilidad del Fondo lo permita según se muestra en Figura N° 24.⁴⁸ (camino ya recorrido por Chile)
- La canasta básica de prestaciones debe ser diseñada en base a la cobertura por patologías, lo que requiere un minucioso cálculo actuarial. Los que así lo deseen pueden contratar un seguro privado para la cobertura de las patologías no contempladas en la canasta básica (tal como sucede en la mayoría de los países), las exclusiones las definirá cada Fondo del Seguro según aspectos epidemiológicos (prevalencias), económicos, capacidad financiera del Fondo, etc.
- Por otro lado se conformará un Consejo Provincial de Ética Biomédica, que tendrá como funciones el asesoramiento a toda la población, así como a prestadores, autoridades del Fondo Provincial del Seguro de Salud, estamentos de la Justicia, etc. sobre aquellos procedimientos médicos viables, aceptados y aceptables, justificados, así como las consecuencias derivadas de los mismos. También asesorará sobre el mejor proceder en cada acción sobre cuya procedencia sea requerida su opinión.
- El Consejo Provincial de Ética Biomédica podría depender del Ministerio de Salud de la provincia, sin que ello cambie de manera sustancial sus atribuciones. Si, debería pensarse en la menor injerencia del poder político de los gobiernos para intervenir en sus decisiones.
- El Fondo Provincial del Seguro de Salud tendrá a su vez facultades de establecer sanciones a quienes corresponda, de acuerdo a disposiciones normativas que previamente se establezcan.
- El personal constitutivo del Fondo Provincial del Seguro de Salud será transferido –o provendrá– del Ministerio de Salud Provincial a los fines de no incrementar la planta y/o generar una estructura burocrática más, obviamente capacitado para nuevas funciones.
- El Fondo Provincial del Seguro de Salud rendirá cuentas ante el Superior Tribunal de Cuentas de la Provincia y a su vez informará los aspectos

⁴⁸ Algoritmo de priorización de Patologías para definir una Canasta Básica de Prestaciones

estadísticos y epidemiológicos, así como toda otra información relevante a los fines de la información al Ministerio de Salud de la provincia.

- El Directorio del Fondo Provincial del Seguro de Salud estará constituido,.... Y sin dudas que este es un punto importante ya que se pretende que el seguro no se encuentre bajo los designios del ejecutivo (que como vimos siempre se encuentra tentado de manipular los fondos según sus intereses), por lo que sin duda deberá tener alguna mínima representación, como también podrían tener representatividad los prestadores (públicos y/o privados), los ciudadanos elegidos y diversas organizaciones, buscando la mayor participación ciudadana.
- El Fondo Provincial del Seguro de Salud nombrará un cuerpo asesor de notables que cumplirá funciones de asesoramiento ante circunstancias que así lo requieran

Damos por descontado que este último punto es de extrema sensibilidad, como muchos otros, pero estas definiciones deberán darla los responsables de cada jurisdicción.

Otras disposiciones menores deberán ser establecidas y sancionadas a su tiempo y en la forma que mejor respondan a los objetivos de cada Jurisdicción.

6.3 El financiamiento

El financiamiento del Fondo Provincial del Seguro de Salud obtendrá su financiamiento de las siguientes fuentes:

- De rentas generales de la provincia para posibilitar la asistencia de la población sin cobertura (que es de diferente magnitud entre provincias con extremos: en Misiones donde alcanza al 57% de la población hasta CABA con un 16%)⁴⁹
- Del proveniente de convenios realizados con entidades de financiamiento nacional (PAMI, Obras Sociales Nacionales, y otras)
- Del financiamiento de convenios realizados con instituciones de financiamiento provincial (Obra Social Provincial, Mutuales locales y otras ONG's)
- Los beneficiarios del PROFÉ gozarán de la misma cobertura que el resto de la población y los recursos percibidos para su atención serán transferidos desde la Nación al Fondo Provincial del Seguro de Salud.
- De legados, donaciones, contribuciones, los co-pagos que establezcan, etc.
- El financiamiento será destinado al pago de las prestaciones que incluya la Canasta Básica de Prestaciones y asegurará la sustentabilidad del propio Fondo Provincial del Seguro de Salud

⁴⁹ Ver Figura N° 21

- Otras no contempladas en el presente y que puedan incorporarse a futuro

La finalidad última del Fondo Provincial del Seguro de Salud es la unificación de las fuentes de financiamiento, con tendencia a limitar la fragmentación del sistema.

6.4 El aseguramiento

El aseguramiento beneficiará a toda la población radicada en la provincia que solo deberá empadronarse y elegir un profesional del primer nivel que le de ingreso en condiciones habituales (eximiendo las urgencias) al sistema de salud.

No es de creer –en las condiciones actuales del desarrollo informático– la necesidad de establecer “vouchers” para gestionar la asistencia, aunque es otra opción válida y posible a tener en cuenta.

Cada beneficiario una vez que se incorporó al padrón quedará registrado con el profesional responsable del primer nivel de atención elegido libremente, el que vía informática procederá a notificar e informar, de todas las prestaciones, indicaciones, condiciones, prácticas, medicación, derivaciones que el paciente a su parecer requiera o se le hayan efectuado.

La historia única así generada servirá incluso como medio de facturación al Fondo Provincial del Seguro de Salud.

Los niveles mayores (2º y 3º nivel de atención) podrán proceder de la misma forma, o podrán en su caso previa confirmación y autorización de las prácticas (puede ser facilitado el procedimiento por vía on-line) o en las agencias del seguro que se dispongan.

No existirán canastas básicas de salud “diferenciadas”. Toda la población tendrá el mayor acceso a todas las prestaciones, en las mejores condiciones y con la mejor calidad.

La canasta básica de prestaciones se establecerá por cobertura de patologías y no por procedimientos o prácticas, lo que transfiere en gran medida el riesgo financiero al prestador y lo hace responsable de sus prescripciones y tendencia al sobre-uso y sobre-diagnóstico.

La canasta básica de prestaciones podrá ser inicialmente básica pero deberá cumplir con la cobertura de las patologías de mayor incidencia y prevalencia, para incorporar a medida que ello sea necesario y posible otras de acuerdo al algoritmo presentado en Figura N° 24.

Deben eliminarse todo tipo de incentivos al sobre-uso, la sobre-prestación, el sobre-diagnóstico, como así también su contraparte la sub-prestación. Por lo mismo la adecuada forma de remuneración de los profesionales deberá ser: a) asumiendo un profesional la responsabilidad de cobertura del proceso y b) efectuando desde el Fondo de Aseguramiento de Salud Provincial, pagos vinculados a resultados con incentivos a las buenas prácticas de acuerdo a indicadores previamente establecidos en contratos-programa.

Los resultados requeridos serán diferentes para cada nivel de asistencia y monitoreados por indicadores.

Las metas establecidas para cada prestador contratado serán establecidas previamente por contratos de gestión. Los pagos a los prestadores (públicos y/o privados, aunque finalmente serán de un solo tipo: “Empresas de Servicios Prestadoras de Salud”) estarán atados a los resultados previstos, así como las penalidades que –en caso de no cumplimiento– sean impuestas.

El aseguramiento también incluye el establecimiento de co-pagos, diferenciados según el nivel y tipo de prestación, vinculados a los contratos que se establezcan con las diferentes entidades financiadoras.

La población sin cobertura y/o aquella que se encuentre por debajo de determinadas condiciones de vida digna –medida por ingresos o según se establezca– y subsidiadas directamente por el estado, no tendrán a su cargo co-pagos de ningún tipo.

Estas son sugerencias básicas a las que pueden agregarse las que en cada jurisdicción se consideren pertinentes.

6.5 Las formas básicas de prestación

Las formas básicas de prestación se establecerán en la Canasta Básica de Prestaciones.

La misma no podrá tener exclusiones por selección de riesgos, como tampoco períodos de carencia. Pero podrá tener las exclusiones antes mencionadas por no haber sido contempladas en el diseño de la canasta básica de prestaciones.

No debe sorprender que la Canasta Básica de Prestaciones tenga limitaciones de inicio en cuanto a la cantidad de servicios cubiertos. En ningún lugar del mundo existen coberturas totales (es decir: de todo lo posible), ya que ello sería financieramente insostenible, ante recursos siempre escasos y demandas infinitas.

Las Canastas Básicas de Prestaciones son precisamente eso: “básicas”, y van ampliando sus prestaciones a medida que existe una adecuada asignación de recursos, las prestaciones que se incorporen deben cumplir con todos los pasos que se mencionan en el algoritmo de la Figura N° 24, cuando exista suficiente evidencia científica que las valide, así como también suficiente y creciente solvencia financiera, como impacto y demanda social justificada.

El ingreso al sistema se posibilitará a través de los primeros niveles de atención, para lo que el Seguro de Salud Provincial establecerá los incentivos necesarios para jerarquizar el primer nivel de atención (los mal denominados profesionales de APS) y para revertir la actual tendencia excesiva que presenta nuestro país a la super-especialización.

Incluso los profesionales que acepten efectuar pasantías, rotar o establecerse de manera transitoria en las zonas más alejadas de los centros urbanos, serán evaluados en sus capacidades, destinados por un tiempo limitado para evitar la

pauperización de sus conocimientos, y contarán con incentivos económicos acordes.

Los establecimientos asistenciales públicos deberán progresivamente alcanzar la autogestión y su autofinanciamiento, aprendiendo a captar a los afiliados y obtener su favor de elección, no ya por ser pobres o sin cobertura y cautivos de su condición, sino por la calidad de sus servicios.

La competencia entre los niveles de asistencia públicos y privados se convierte así en un estímulo a la mejora de ambos. Ya que no debe creerse que en muchas regiones de nuestro país los servicios privados sean mejores.

Lo que es cierto es que los establecimientos asistenciales públicos cuentan con personal con estabilidad, lo que los convierte en “inamovibles”, cuestión que finalmente juega en su propia contra ya que no los incentiva a la mejora. Pero a su vez juega en contra del sistema público que termina siendo ineficiente y paupérrimo en sus servicios. Carece de calidad y depende de la buena voluntad y dedicación de uno pocos, mientras gran parte adopta conductas oportunistas y resulta de baja o nula productividad.

A esta cuestión contribuye que el sector público –y en ello el sector salud ha sido parte– ha subsidiado el desempleo y muchos cargos se han creado y cubierto por favores políticos, generando enormes instituciones subsidiadas, improductivas y de baja calidad.

La autogestión y la competitividad sustentarán su forzosa mejora.

Cuando exista la posibilidad de establecer redes entre diferentes niveles de establecimientos porque la eficiencia, la calidad o disponibilidad así lo exijan este será un camino deseable.

De otra forma la competencia será el árbitro de las preferencias de los asegurados y la prevalencia del que demuestre mayor eficiencia y calidad.

El subsidio a la oferta que durante muchos años se llevó adelante en el sistema de salud de nuestro país, quedará al descubierto y la asignación de recursos responderá a los requerimientos y necesidades de la demanda.

El problema de que los establecimientos públicos acepten llegar a esta situación requerirá un amplio debate donde profesionales y sindicatos lucharán por mantener sus privilegios, con slogans hoy perimidos.

Lo mismo sucederá con los establecimientos asistenciales privados, que hoy funcionan en muchas regiones y provincias con grandes limitaciones: tienen “servicios pobres con profesionales ricos”.

Y ello es debido a que solo responden a una demanda condicionada y los propietarios rehúyen hacer las inversiones (desde ya costosas) para mejorar sus instalaciones, equipamiento, etc y contratan profesionales (muchos provenientes de otros países)⁵⁰, con grandes limitaciones en su formación, lo que conduce a la degradación progresiva de los servicios asistenciales.

Los pacientes pertenecientes a otras Jurisdicciones o no empadronados, no dejarán de ser asistidos (frente a circunstancias de tránsito y/o emergencias), pero el Fondo Provincial del Seguro de Salud estará habilitado para facturar las

⁵⁰ No se trata de un comentario xenófobo

prestaciones brindadas al responsable de referencia del asistido (su Jurisdicción en caso de no poseer cobertura ni medios propios), o su seguro si lo tuviere.

Otras disposiciones deberán ser implementadas de acuerdo a las realidades locales, pero a los efectos de dar eficiencia y sustentabilidad al seguro provincial, atendiendo a mejorar la accesibilidad, brindar universalidad en la cobertura y haciendo más eficientes las respuestas a la población.

6.6 Sobre los seguros privados

Los seguros privados de orden nacional o local, podrán seguir con sus actividades de aseguramiento para cubrir las necesidades de la población con más recursos, como podrán efectuar seguros parciales para las cuestiones no incorporadas a la Canasta Básica de Prestaciones y que cada ciudadano libremente opte por contratar. Obviamente que su acción se focaliza más en los grandes centros urbanos, que es donde tienen la mayor cantidad de afiliados.

Sus contrataciones de servicios se harán en forma directa a los prestadores. Considero que este es el camino adecuado ya que el Fondo tendrá dificultades para administrar prestaciones diferenciadas o las excluidas de la Canasta Básica de Prestaciones, que son las que el seguro privado verá con mayores posibilidades de ofrecer.

Por otra parte los individuos o grupos familiares tendrán la libertad total de recurrir a este tipo de seguros financiados en forma directa por su gasto de bolsillo y los prestadores podrán brindar los servicios y acordar pagos acordes y según convengan libremente.

Su función es muy importante ya que equilibran las ineficiencias y falta de calidad de los servicios que se presten: cuando no son satisfactorios para la población, esta recurre a esta forma de cobertura para cubrir sus necesidades.

Seguramente tendrán un importante papel en este sentido, ya que con seguridad lo que la Canasta Básica de Prestaciones no cubra buscará ser cubierto por la población con servicios que brinden los seguros privados (tal como existe en Canadá por nombrar solo uno de los muchos países que así se organizan).

También las instituciones prestadoras privadas tienen sus propios planes de aseguramiento en las provincias. Esto les permite ofrecer a la población de mayores recursos algunas prestaciones especiales, en general referidas al confort y que a su vez les facilita el financiamiento a través de un fluido cash-flow, sin esperar los a veces demorados pagos de las Obras Sociales nacionales, el PAMI, etc. o los pagos que se hicieren a través del seguro provincial.

Este sistema diferenciado también podrá persistir sin que ello cause ningún inconveniente al Fondo del Seguro de Salud Provincial.

Es decir que el modelo propuesto es universalista en el sentido de ofrecer a toda la población residente en la provincia una canasta igual de servicios,

financiada a través del seguro provincial de salud y deja librada a la voluntad y posibilidades individuales la adhesión a un seguro privado para la obtención de prestaciones que se consideren no cubiertas o servicios diferenciales.⁵¹

En una población de medios ingresos es mucha más la gente que no se encuentra en condiciones de adherir a un seguro privado. En nuestro caso el total asegurado por este sub-sistema llega al 10% de la población, en otros cuyo sistema se basa en el aseguramiento privado –como EE.UU.– llega al 70% de la población que tiene algún tipo de cobertura (aproximadamente el 57% de la población total). Pero ello es posible por muchos motivos, además de tratarse de uno de los países de mayores ingresos.

La ecuación costos/rentabilidad determina para una empresa que el valor de la prima sea tan alta que en nuestros países solo pocos puedan alcanzarla. Si la posibilidad dilución de riesgo fuera mayor (es decir: pudiera cubrirse a mayor cantidad de población que hoy recurre a la seguridad social), seguramente las cuotas serían más accesibles.

Por el momento este sistema aunque moviliza grandes recursos solo tiene un papel compensador ante las deficiencias manifiestas de los demás sistemas.

Sobre aspectos referidos a las modificaciones necesarias a implementar sobre la Ley 26.682 ya nos hemos expresado antes, pero vale reiterar que el Estado intenta proteger –según es lo que manifiesta, aunque no sean sus verdaderas intenciones– a quienes finalmente perjudica (“igualando para abajo”), así como incrementa el riesgo de estas empresas que cumplen un importante papel equilibrador en el aseguramiento en salud.

6.7 Los modelos de gestión

Se reconocen en el sistema de salud tres niveles de gestión: a) macro, b) meso y c) micro.

En los tres niveles existen enormes complejidades que dificultan su eficiencia.

Muchos aspectos que se refieren a los niveles macro (la toma de decisiones políticas) ya las hemos abordado, por lo que nos referiremos al nivel (micro) en cuya gestión se produce el mayor gasto sanitario, (casi el 80%) y en el que resultan extremadamente difíciles los mecanismos de control para el logro de acciones conducentes a la eficacia asignativa, la calidad y la eficiencia.

En particular porque la gestión de los procedimientos sanitarios queda discrecionalmente regulada por los criterios –diversos– del prescriptor.

Las guías de gestión clínica, así como la MBE y los protocolos con evidencia empírica, son instrumentos para lograr esos objetivos.

Pero todas las formas de prestación adolecen de enormes dificultades en el sistema de salud.

⁵¹ El esquema propuesto puede verse en la Figura Nº 27

Muchas de ellas derivan de su extrema diversidad organizacional: las instituciones públicas carecen de incentivos adecuados para lograr orientar mejores procesos y las instituciones privadas tienen demasiados incentivos, muchos de ellos de carácter distorsivo.

Las instituciones privadas no escapan a problemas propios. La forma de pago a los profesionales resulta uno de los problemas centrales a abordar. Los propietarios de establecimientos asistenciales privados también han sido víctimas de los gerenciantes que han captado los recursos. Así las clínicas y sanatorios, como los profesionales privados han visto mermar progresivamente sus ingresos,.. las inversiones que se requieren y a su vez la calidad de las prestaciones.

En el objetivo expansivo del sistema de salud los recursos volcados subsidiaron en muchos casos más la oferta –de la que fue responsable la política– que las reales necesidades de la gente, esta es la vía que generó en muchos casos una distorsión y sobreoferta de servicios.

También es cierto que en este objetivo se echó mano al recurso humano disponible y es cierto también que ese recurso tenía la capacitación y formación del momento que no es –desde hace muchos años– precisamente estimulada.

La realidad de hoy impone reformas en ambos sectores prestadores del sistema de salud y que los mismos adopten una conducta más empresarial. Las reglas del mercado será el mecanismo que logrará nuevos equilibrios y los prestadores deberán prestarse a la competencia para lograr su elección por los pacientes . Es decir que ya no es válido hacer,.. lo que cada cual supone,.. sino “hacer lo justo y bien”.

Cuando hablo de “justo” no me refiero al concepto de justicia, sino al de “precisión” (este último en el sentido de "lo correcto"): ante recursos escasos, deben los existentes ser utilizados racionalmente, pues de otra forma reducimos los que deben ser utilizados para aquellos otros o para aquellas otras acciones que pueden ser necesarios o más eficientes. Son los denominados costos de oportunidad derivados de la mala asignación.

Los responsables de área o de la gestión de los establecimientos asistenciales asumieron durante años más que la posición de gerentes o gestores, la de vehicular las demandas de subsidio a la oferta de servicios a los niveles de decisión, reforzando la cultura institucional vigente.

Asumimos que consensuar cambios con una cultura fuertemente arraigada vinculada a “estabilidad” y “derechos adquiridos” –en las instituciones públicas– como el de la “libertad decisoria y prescriptiva” –en el ámbito privado– no es una tarea fácil. Cuando alguien pregunta si establecer procedimientos y guías clínicas no significa una coacción a la libertad de acción médica, debería comprender que un piloto de avión tampoco hace lo que quiere, existen reglas y procedimientos que se han probado como los más adecuados a cada caso y situación, y que solo puede dejarse librado a la voluntad, opinión, creencia de cada uno el mejor procedimiento, siempre y cuando coincida con la experiencia acumulada que pruebe que por el momento es el mejor y el más adecuado.

No es válido incentivar los comportamientos oportunistas del “menor hacer”, como tampoco el de hacer todo en “lo que se cree”,...tenga o no fundamentos empíricos suficientes.

Resulta difícil establecer formas de control para que en ambos casos las conductas se puedan encuadrar en eficientes, de calidad y procedentes

El principal argumento y que pretende equilibrar comportamientos tan dispares es el de que los pagos se encuentren vinculados al rendimiento, es decir: a los resultados que se pretende obtener. Para lo que es necesario incorporar medios de evaluación.

Evaluar significa primero definir qué es lo que se quiere lograr.

Evaluar y en especial plantear que los beneficios percibidos estarán vinculados a los resultados obtenidos genera en todos los ámbitos inevitables resistencias.

También debe aceptarse que la evaluación no es un tema sencillo. Cada puesto de trabajo tiene particularidades que dificultan la misma. Pero la mecánica de evaluación debe ser clara y previamente establecida, de otra forma los cuestionamientos serán permanentes y difíciles de evitar.

Finalmente lo que se defina como metas deberá ser lo que se mida a través de indicadores representativos y confiables, pues condicionará seguramente y en gran medida las acciones de una gran parte de los agentes.

A su vez el establecimiento de estas formas de contratación (Contrato Programa o Contrato de Gestión) constituye un importante medio de educación de los agentes, ya que no es de suponer que todos saben a priori lo que se pretende que ellos logren con sus acciones.

Todos partimos del supuesto excesivo que cualquier profesional sabe lo que debe hacer en cada caso. Y probablemente sea esto relativamente cierto en la medida que su habilitación profesional le permite hacer lo que en cada caso considere oportuno.

Pero esto no siempre es válido, ni en su finalidad, ni en sus formas o sus circunstancias procedimentales. Y tampoco supone que de su acción – instrumental– se obtengan los resultados generales esperados.

Por ello es que esta forma de contratación supone que explicita que es lo que el responsable final –el asegurador (en este caso el Fondo de Aseguramiento) – espera del proceder, conducta y acciones de los profesionales, o de los resultados que se pretenden a nivel poblacional.

Pero por otra parte ninguna de estas herramientas sería de utilidad si además no se establece un adecuado mecanismo de evaluación que induzca una modificación de las tradicionales formas de remuneración.

Es decir: aplicar los incentivos donde sean conducentes a mejores resultados. Ya que “el salario incentiva poco y el pago por prestación incentiva demasiado”.

La referencia que se hace al respecto es introducir modificaciones que se permita pasar, a los responsables de la gestión hospitalaria en todos los niveles, desde LPI (Low Powered Incentives) a crecientes HPI (High Powered Incentives), mediante instrumentos de gestión privada y aún en instituciones de organización pública (que finalmente serán también empresas).

Los gerentes de las organizaciones públicas deberán asumir una función de administración de tipo gerencial, similar al de las empresas, desterrando los modelos burocráticos,... debiendo ser reconocidos y estimulados a ello.

Las instituciones prestadoras privadas tienen otros HPI en la sobreutilización de recursos y procedimientos, por lo que se hace necesario ser cuidadosos en la evaluación de aquellos procedimientos que tengan suficiente validación en las guías clínicas de procedimientos y en los algoritmos de diagnóstico y tratamiento, suficientemente probados con evidencia científica.

Para el Fondo Provincial del Seguro de Salud establecer contratos de gestión con las instituciones prestadoras públicas y privadas significa un "contrato" en el que interviene la autonomía de la voluntad, lo que supone un "acuerdo de partes", que en todo caso se consideran contratantes "iguales" y que :

- Es "bilateral" pues representa el acuerdo entre 2 (ó más) partes.
- Es "patrimonial" pues se transfieren recursos.
- Es "causado" pues existe una causa-fin que lo estructura.

Las metas a evaluar se encuentran vinculadas a los objetivos que de cada contratado se espera lograr y son diferentes de acuerdo al nivel de complejidad con el que se establezca el contrato.

Por ejemplo en un establecimiento de mayor complejidad pueden ser objetivos: la reducción de las listas de espera, o el cumplimiento de los protocolos diagnósticos y terapéuticos, o la reducción de la asistencia por guardia en relación a lo asistido por consultorio, o el incremento de la producción, o la disminución (erradicación) de las infecciones intrahospitalarias, o las reintervenciones,.. (estas últimas vinculadas a la calidad de las prestaciones),.. etc.

Mientras que en los establecimientos de primer nivel puede ser deseable el tener un alto porcentaje de la población femenina embarazada bajo control, o de la población infantil con programación de vacunación completa,.. etc.

Pero es un hecho que los contratos varían en función de los objetivos que se buscan y que el contratado se compromete a cumplir.

El control y evaluación de las metas obtenidas medidas por indicadores, es una función que debería quedar a cargo del Ministerio de Salud provincial.

La experiencia internacional es escasa porque son los niveles de gestión macro y los estamentos gubernamentales los que menos han cumplido con los contratos efectuados, porque los obligaba a efectivas transferencias en tiempo y forma.

Sin embargo los cambios que se insinúan con este procedimiento en la cultura de las organizaciones parecen ser satisfactorios, la experiencia de muchos países así lo demuestra.

Seguramente otras circunstancias que hacen al contexto general de la necesidad de cambios en el sistema de salud, acompañen esta perspectiva del contrato de gestión incorporado a los seguros de salud provinciales, tanto para los prestadores del ámbito privado como a los del ámbito público.

6.8 Los organismos de regulación y control

Los organismos de regulación y control son en este marco los habituales en la administración provincial.

Para las cuestiones jurídicas la dependencia directa es el Superior Tribunal de Justicia que le otorga marco al Fondo Provincial del Seguro de Salud como ente público no estatal (aunque tenga algunos representantes del estado provincial entre los integrantes de su directorio) y para cuestiones administrativas deberá rendir ante el Superior Tribunal de Cuentas de la provincia.

Pero existen otras instancias en las que el Ministerio de salud de la provincia juega un importante papel en el que se establece una importante relación de interdependencia:

- El Ministerio de salud provee información que recopila de su Departamento de Control de gestión sobre los indicadores y cumplimiento de metas y objetivos por cada prestador contratado, así como del cumplimiento de los protocolos de tratamiento, indicando los desvíos en el consumo, las cuestiones éticas que la Comisión de ética biomédica informe y todos aquellos aspectos sancionatorios que el Fondo Provincial del Seguro de Salud debería aplicar.
- El Fondo a su vez informará de todo lo relacionado con los indicadores de producción, los epidemiológicos y estadísticos, que permiten un seguimiento de los resultados sanitarios globales de la provincia.
- El Ministerio pondrá al tanto de sus políticas al Fondo Provincial del Seguro de Salud a través de sus representantes en el directorio.
- El Ministerio pondrá a disposición o comunicará –en caso de proveerlos por sí– al Fondo Provincial del Seguro de Salud todos los planes y/o programas que sean destinados desde la Nación para ser aplicados a la asistencia de los ciudadanos asegurados (ejemplo: la medicación para pacientes con HIV-Sida, los alcanzados por el Plan Nacer, los beneficiarios del PROFÉ, los tratamientos oncológicos,.. etc.)
- El Ministerio y el Fondo Provincial del Seguro de Salud mantendrán una comunicación fluida y constante en aspectos sanitarios conservando cada uno de ellos sus funciones específicas sin interferencias.
- Ante el gobierno nacional y sus instituciones (Ministerio de Salud, etc.) deberá rendir las transferencias, la ejecución de programas asignados, etc.)

6.9 Las funciones del Ministerio de Salud

Son funciones del Ministerio de Salud provincial (“Public Health”):

- Las funciones básicas de Salud Pública:
 - Acciones de promoción de salud,
 - Cuidado y protección el ambiente,
 - Acciones de prevención,
 - Evaluación y análisis de la situación de salud,
 - Monitoreo y control de endemias y epidemias,
 - Vigilancia de la Salud Pública: control de riesgos y daños
- Educación para la salud,
- Establecimiento de rectoría en cuanto a políticas públicas de salud, regulación y control,
- Habilitación y categorización de establecimientos asistenciales públicos y privados, (finalmente serán todos empresas prestadoras de servicios de salud)
- Establecimiento de planes y programas de capacitación permanente en diversas áreas (de gestión, asistenciales, etc.)
- Monitoreo y control de drogas peligrosas,
- Información sobre fármaco-vigilancia,
- Recepción y procesamiento de toda la información propia y la proveniente del Fondo Provincial del Seguro de Salud,
- Asesoramiento e información al Fondo Provincial del Seguro de Salud,
- Transferencias dinerarias al Fondo Provincial del Seguro de Salud para la asistencia de los sin cobertura y en situación de pobreza según se determine.
- Gestión de programas nacionales,
- Vinculación con los estamentos nacionales (Ministerio de Salud y otros) y el COFESA
- Determinar los objetivos sanitarios de los contratos efectuados entre el Fondo Provincial del Seguro de Salud y los prestadores.
- Llevar adelante una política de acción intersectorial con otros ministerios provinciales a los fines de implementar políticas comunes que afecten la salud de la población (vivienda, agua potable, tratamiento de excretas, obras públicas transporte, asignación de

partidas por el Ministerio de Economía, requerimientos especiales ante problemas eventuales, etc.), en una política integral de intersectorialidad.

- Fomento en todos los aspectos de la APS⁵²

6.10 Las funciones del Ministerio de Salud Nacional

A lo largo de nuestra historia pocos han sido los intentos de reforma del sector salud y en todos los casos las frustraciones han sido muchas. (Ibíd. Filgueira Lima, E. 2012)

Los motivos que llevaron los intentos de reforma al fracaso fueron muchos y entre ellos:

- La suspicacia que despertaron en especial en el sindicalismo que las reformas fueran financiadas, sugeridas y orientadas por organismos de crédito internacionales (además de sus propios intereses personales de perder potestad sobre “sus cajas”) y
- La ausencia de una buena coordinación entre los organismos técnicos (que diseñaron los proyectos) y los organismos políticos. (Maceira, D. & al. 2010)

El mismo autor también describe: “...*Nunca se logró aportar a las iniciativas una continuidad mayor a la de las gestiones que las impulsaron, lo que evidencia la falta de consenso político para sostener y profundizar la reforma en el tiempo,...*” (Ibíd), y sin embargo propone en sus recomendaciones que la iniciativa de los seguros de salud provinciales debe partir del Ministerio de Salud de la Nación, cuyo papel de rectoría a su vez describe alicaído.

El Ministerio de Salud de la Nación no solo se encuentra alicaído, sino también devaluado y recuperar niveles técnicos con criterios de diseño adecuado, sostén y apoyatura política suficiente, así como voluntad para permitir que las provincias desarrollen su propio marco de seguro no solo llevará mucho tiempo, sino que parecería inviable por el momento.

El Ministerio de Salud de la Nación se encuentra imposibilitado de controlar – aunque lo realice de manera progresiva– un seguro nacional que de intentarlo deberá lidiar con las mismas provincias que no le han delegado esa función y que resultará inmanejable por lo centralizado en un enorme y asimétrico país, supuestamente federal. Aunque siempre ronda en el imaginario de los funcionarios y muchos otros planificadores centralistas, la intención de generar un enorme e inmanejable seguro social centralizado.

Luego de describir las reformas de los sistemas de salud en países de Europa entre los años 1980 y 2000 (Ibíd), se plantea que uno de los ejes de las reformas fue la descentralización y entiendo que ese fue precisamente uno de los puntos

⁵² Ver Figura N° 28 “Esquema funcional del Seguro de Salud Provincial”

a los que en gran medida atribuyo nuestros atribulados previos fracasos: la planificación centralizada.⁵³

En nuestro país los seguros de salud provinciales fueron discutidos desde fines de los ´90. También se planteó que su diseño fuera descentralizado es decir desde las mismas provincias, que finalmente se integrarían en un seguro nacional pero cada una conservando sus características propias. El gobierno nacional solo debía facilitar el financiamiento y aportar asesoramiento técnico.

Solo cuatro provincias llevaron parcialmente adelante su proyecto (otras dos con incipientes e incompletos diseños después). Las cuatro con diferente diseño, pero solo dos con criterios de auténtico seguro universal de salud de implementación progresiva.

El apoyo del gobierno nacional no solo fue discontinuo e insuficiente, sino que además tuvo múltiples intentos de hacer suyo lo que –con esfuerzo– llevaban adelante otros.

La idea de la centralización vs. descentralización, persistió en el debate⁵⁴, pero con o sin ella lo que pudo avanzarse fue muy limitado.

Pretender hoy que el proyecto que retomamos –con la atribución que nos confiere un largo trabajo y la experiencia acumulada– desde una perspectiva centralizada en el Ministerio de Salud de la Nación nos parece inconducente y mucho más hoy que dicho Ministerio carece del papel de rectoría que sería eventualmente requerible.

Uno de los principales mecanismos para tener en cuenta es el diseño desde una perspectiva descentralizada, es decir: desde las mismas provincias, aunque cada una desarrolle su propio diseño. Por supuesto en un necesario acuerdo político previo –como hemos mencionado– con el Ministerio de Salud nacional, que aún así no deja de tener un importante papel.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene en este momento muchas acciones por cumplir y responsabilidades, que –sin perjuicio de otras– podrían resumirse en las siguientes:

- La orientación de las políticas que sugiere adecuar a cada provincia para llevar adelante el seguro de salud provincial.
- La asistencia técnica que fuera requerida (que hoy es limitada), para el diseño de las Cajas de Aseguramiento de Salud en cada provincia.
- La facilitación del financiamiento que fuera preciso (incluso desde organismos internacionales), para la implementación del seguro en cada una (hoy también limitado por la coyuntura nacional).
- La continuidad de la implementación de los programas nacionales y las transferencias que ello supone a cada Jurisdicción.

⁵³ A partir de 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación comenzó a implementar, con financiamiento del Banco Mundial, el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), integrado por los proyectos de Reforma del Sistema de Seguros de Salud y el de Reforma de la Atención Primaria de la Salud.

⁵⁴ Fue centro del debate en las V Jornadas Federales de Política, Economía y Medicamentos, Rosario, 2 y 3 de agosto de 2007.

- De la misma forma que sostener una agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) y efectuar las recomendaciones pertinentes.
- Mantener el vínculo y relaciones internacionales (OMS, OPS, Mercosur, y otras) según corresponda.
- Sostener una adecuada relación entre las provincias a través del COFESA, para resolver los problemas habituales que en el mismo se discuten e incluso para aportar al avance del seguro de salud en cada una de ellas.
- Facilitar los acuerdos entre los seguros de salud provinciales y los entes financiadores centralizados: el PAMI y las Obras Sociales Nacionales a través de la SSSalud.
- Facilitar los acuerdos interprovinciales y ser eventualmente garante de los mismos.
- Posibilitar un fondo de reaseguro para contingencias o ciclos que así lo demanden ante circunstanciales desequilibrios financieros.
- Una vez que los avances en los seguros de salud provinciales sean evidentes puede entonces pensarse en diversas formas de integración, que permitan organizar desde los mismos un Sistema Nacional de Salud, que supere sus actuales ineficiencias.

Tratar de avanzar más allá de esto, significará –por el momento– encontrar nuevos fracasos.

7. Conclusiones

Hemos presentado un proyecto posible para la mejora de las políticas públicas en salud.

Las políticas públicas no son sino el correlato de lo que los gobiernos creen que deben hacer para satisfacer las demandas (y problemas sociales), aunque sus intereses no sean siempre confesables, respondan en gran medida a sus intereses particulares, por sí mismos o asociados a grupos de interés.

Las políticas de salud no se encuentran aisladas de este contexto. Y peor aún: ante la complejidad del tema es muy probable que los grupos de interés hagan su propio juego, compartan muchas jugadas con el gobierno de turno y sean después acreedores de los beneficios.

El sector salud se presta particularmente dado su entramado, para estos acuerdos de momento y de cúpula. De hecho es sabido que nuestro sistema de salud ha sido un importante actor en el financiamiento de las campañas de las políticas de los partidos.

Sin embargo todos reclamamos la necesidad de su reforma, o cuando menos iniciar los pasos necesarios que la posibiliten, lo que ha sido sucesivamente

boicoteado o distorsionado para beneficio de los actores (pocos) en los que quedan los recursos.

Se trata de un sector particularmente hábil y desapercibido, para la asociación de grupos de interés, el tráfico de influencias y la corrupción.

A pesar de ello y dado que no se trata de un proyecto para escépticos y pesimistas, hemos abordado el problema de la reforma sectorial –retomando como base y punto de partida una propuesta inconclusa– para desde esta perspectiva: creer que ello es posible.

La salud no navega en aguas calmas, pues son las mismas que bañan todo el contexto de nuestro país. Nos permitimos presentar un proyecto que pensamos posible, así como necesario recorrer su trayecto.

Los hacedores técnicos son los que tienen en sus manos la posibilidad de su diseño y los políticos son los que pueden hacerlo viable.

Los primeros deberán tener suficiente flexibilidad en el diseño a sabiendas que no todo lo deseable es posible y los segundos deberán tener suficiente vocación y decisión política, así como buscar coaliciones, negociar lo negociable y saber que el beneficiario último debe ser la gente a la que dicen representar.

La reforma final propuesta para el sistema de salud deberá ser adaptada a cada Jurisdicción según sus preferencias locales. Las asimetrías iniciales que seguramente se producirán no deberán preocuparnos demasiado: la libertad dirigirá la demanda a las sucesivas y necesarias mejoras de cada parte. Este solo puede ser un primer paso.

8. Bibliografía

- ADEMP (Asociación de Empresas de Medicina Prepaga), (2011). En: <http://www.ademp.com.ar>
- Arrow, K. “Uncertainty and the welfare economics of health care”. The American Economic Review. (1963)
- Alkire, S. & Foster, J. “Understandings and Misunderstandings of Multidimensional Poverty Measurement”. Oxford Poverty and Human Development Initiative, (OPHI). Working paper N° 43 (2011)
- APOS (Administración Provincial de Obra Social de La Rioja). Afiliados (2012). En: <http://www.apos.gov.ar/> y <http://www.aposonline.com.ar>
- Arce, H. “Disertación sobre Evaluación, Acreditación y Garantía de Calidad en los Servicios de Salud”. La calidad como política y a toma de decisiones. Univ. de Bologna, Nov., 2006
- Banco Mundial “Gasto en salud per cápita”. (2012) En: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries?display=graph>

- Bernaldo de Quirós, L. “Capitalismo de Estado” (3 de Febrero de 2012). En: <http://www.elcato.org/capitalismo-de-estado>
- Biller-Andorno, N. et. al. (Consejo de expertos del órgano científico de Swiss Medical Board) “Dépistage systématique par mammographie”. Publicación de Swiss Medical Board (2013) En: http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf
- Boysen, A. “Gobernadores sumisos o serios”. Libertad y Progreso (2011). En: <http://www.libertadyprogreso.org/2011/10/04/gobernadores-sumisos-o-serios-2/>
- Buchanan, J. y Tullock, G. “El cálculo del consenso: fundamentos lógicos de la democracia constitucional”. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1962. en: <http://www.econlib.org/library/Buchanan/buchCv3.html>
- Carrillo, R. “Plan Sintético de Salud Pública, 1952-1958” (1951) En: <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/dg.109.05.00-1.pdf>
- Casal, A. y Castro, B. “La reforma del Sector salud y la medicina pre-paga”. (2005). Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental. En: http://www.asociacionaq.org.ar/pdfaportes/17/a17_05.pdf
- Castro, B. et al. “Medicina Prepaga. Políticas públicas y derecho a la salud” (2007). En: www.asociacionaq.org.ar/.../Castro%20-%20Casal%20-%20De%20L
- Cetrángolo, O. et al. “El Sistema de salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”. PNUD, CEPAL y OPS. Bs. As. (2011)
- Chuit, R. “La situación social y las enfermedades de la pobreza, su evolución en la Argentina”. Academia Nacional de Medicina. Informe y comunicación personal (2011). Presentado además en las Jornadas de Salud del Bicentenario.
- Cochlar, O. Comunicación personal. (2010)
- Colina, J. “Las posibilidades y ventajas de un sistema de reaseguros privados”. Rev. ADEMP. Enfoques de Políticas Sanitarias N° 37, Año XIX, Noviembre 2013
- Corchuelo Blasco, J. M. Discurso en ocasión de la sanción de la Ley N° 25.615/02 en Residencia Presidencial de Olivos. (2002)
- COSSPRA (Consejo de Obras Sociales Provinciales de la R.A.). Consulta de Instituciones afiliadas. (2012) En: http://www.cosspra.com/pagina/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=98
- COSUN (Consejo de Obras Sociales Universitarias) 2012. (Informe). En: http://osuner.uner.edu.ar/cosun_datos.php

- Di Césare, L. Ver informe del 15 de Octubre de 2011. En: <http://www.tribuno.info/salta/84803-Aumento-en--33-el-padron-del-PAMI.note.aspx>
- Ecolatina “Informe: indicadores” (2011). En: <http://www.ecolatina.com> y <http://www.lagaceta.com.ar/nota/418745/Econom%C3%ADa/pobreza-30pc-segun-Ecolatina.html> y http://www.perfil.com/contenidos/2009/07/19/noticia_0021.html
- Filgueira Lima, E. “Atención Primaria de la Salud” (R. Torres Ed., 2001). Ediciones ISALUD
- Filgueira Lima, E. “Lo que esconde la Ley de regulación de los seguros privados de salud” (2011). Fundación OSDE y en: http://eseade.academia.edu/EduardoFilgueiraLima/Papers/1342903/Lo_que_esconde_la_ley_de_regulacion_de_los_seguros_privados_de_salud
- Filgueira Lima, E. “El sistema de salud en la Argentina y los fracasos en los intentos de reforma” (Tesis de Maestría), Instituto Universitario ESEADE. Buenos Aires (2012) En: http://www.academia.edu/1914285/El_Sistema_de_Salud_en_la_Argentina_y_los_fracasos_en_sus_intentos_de_reforma
- Filgueira Lima, E. “Política, economía y pobreza” (2013) En: <http://cepoliticossociales-efl.blogspot.com.ar/2013/08/politica-economia-y-pobreza.html>
- Feldscher, K. “Mammography tied to overdiagnosis” (2012) En: <http://news.harvard.edu/gazette/story/2012/04/mammography-tied-to-overdiagnosis/>
- Gervas, J. “Barbarie y muerte o la ética del ‘basta ya’” (2003) En: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/02/barbarieymuerteolaeticadelbastaya.pdf>
- Gervas, J. “Prevención cuaternaria” <http://equipocesca.org/prevencion-cuaternaria/> (2004)
- Gervas, J. “Prevención cuaternaria” <http://equipocesca.org/prevencion-cuaternaria/> (2004)
- Gervas, J. Gest Clín Sanit. 2011; 11: 103. <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2012/04/GCS-49-prev-mama-predicci%C3%B3n-mortalidad.pdf>
- Gervas, J. “Abuso de la prevención en clínica y en salud pública” <http://equipocesca.org/uso-y-abuso-de-la-prevencion-en-clinica-y-salud-publica/> (2011)
- Gueseloff, N. Dirección de Asuntos Jurídicos INSSJyP. Comunicación personal. (2012)
- Gurri, A. “The externalities are the rule not the exception” <http://theumlaut.com/2013/11/18/externalities-are-the-rule-not-the-exception/> (2013)

- Gurría, A. Secretario General de la OCDE, <http://www.oecd.org> (2013)
- Hardin, G. "The Tragedy of the Commons". Science, New Series, Vol. 162, No. 3859 (Dec. 13, 1968)
- Hayek, F. "Camino de servidumbre". Ciencia Política, Alianza Editorial (1976)
- Hayek, F. "Derecho, legislación y libertad". Unión Editorial, Madrid (1973)
- Hayek, F. "The Use of Knowledge in Society". The American Economic Review, Vol. 35, No. 4. (Sep., 1945)
- IDESA "ANSES y Banco Central financian la mitad del déficit fiscal". Informe N° 426 de Enero de 2012. En: www.idesa.org
- IDESA "El empleo público crece 5 veces más que la población". Informe N° 427 del 5 de Febrero de 2012, En: www.idesa.org
- IDESA. "El Estado administra casi la mitad del PBI". Informe N° 528 (Diciembre, 2013)
- INDEC "Censo 2010". En: http://www.censo2010.indec.gov.ar/novedades/novedades_detalle.asp?id=20977
- Index Mundi "Population below poverty line: Argentina" (2011) En: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ar&v=69>
- Kaiser Family Foundation: "Global Health Policy" <http://kff.org/global-health-policy/> y en: <http://medicina-general-familiar.blogspot.com.ar/2011/08/los-paises-en-desarrollon-tambien.html> (2014)
- Kalager, M. & al. "Overdiagnosis of Invasive Breast Cancer Due to Mammography Screening: Results From the Norwegian Screening Program". Annals of Internal Medicine, online April 2, 2012 <http://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/mammography-breast-cancer-overdiagnosis/>
- Karolinska Institute: "Managing the fourth hurdle: small medtech companies addressing the issue of reimbursement". Karolinska Institutet, Estocolmo (2008) (http://www.ideon.se/fileadmin/uploads/Pdf_er/Ideonaktuellt/2009/Managing_the_Fourth_Hurdle.pdf.)
- Kim, J. Y. (ONU asamblea anual de la Organización Mundial de la Salud, 2013) En: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=26514#.UsSajNLuL-o>
- Kolata, G. "Vast Study Casts Doubts on Value of Mammograms". The British Medical Journal. (2014) En: http://www.nytimes.com/2014/02/12/health/study-adds-new-doubts-about-value-of-mammograms.html?_r=0

- Kopitowski, K y Garcia, C. Medicina Familiar, Hospital Italiano, (2013) <http://medicina-general-familiar.blogspot.com.ar/2013/05/es-mejor-prevenir-que-curar.html>
- Kopitowski, K. en: <http://medicina-general-familiar.blogspot.com.ar/2014/01/no-tantos-chequeos-medicos.html> (2014)
- Krause, M. "Índice de Calidad Institucional, 2011" CIIMA/ESEADE y International Policy Press. www.policynetwork.net (2011)
- Kritz, E. "¿Por qué persiste una alta pobreza?" .SEL Consultores (2011). En: <http://www.selconsultores.com.ar/newsletter/febrero-2011.pdf> y también en: "La situación laboral y social de la Argentina". UCEMA, (2006). En: <http://www.ucema.edu.ar/rrhh2006/download/kritz.pdf>
- Liggio, L. cita a James M. Buchanan: "Cultural evolution and institutional reform" (inédito), en Literature of Liberty, vol. 5, n.º 4. (1982)
- Maceira & al. "¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud?". Documento de Políticas Públicas. Recomendación N° 76, CIPPEC (2010)
- Mera, J. "Federalismo y salud". Conferencia dictada en las V Jornadas Federales de Política, Economía y Medicamentos, Rosario, 2 y 3 de agosto de 2007. Publicado en Revista Medicina y Sociedad , Año 27, N° 4, 2007. En: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/5_Dic2007/Merafederalismo_completo.htm
- Miller, A.B. & al. "Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial". British Medical Journal 2014; 348:366 En: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366>
- Ministerio de Economía (MECON). Presupuesto Nacional, 2013. En: <http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presutexto/ley2013/jurent/pdf/D11J80.pdf>
- Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Investigaciones en Salud (2011) En: <http://www.deis.gov.ar/>
- Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Prestaciones Médicas. Programa Federal de Salud (PROFE). (2012)
- Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Prestaciones Médicas. Programa Federal de Salud (PROFE). (2012)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2014) En: <http://www.msal.gov.ar>
- Ministerio de Trabajo "La informalidad laboral bajo la lupa" (2011). En: http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/bol/Gacetilla_de_Prensa_Informalidad.pdf
- North, D. C. "Instituciones, cambio institucional y desempeño económico" Fondo de Cultura Económica, México (1993)

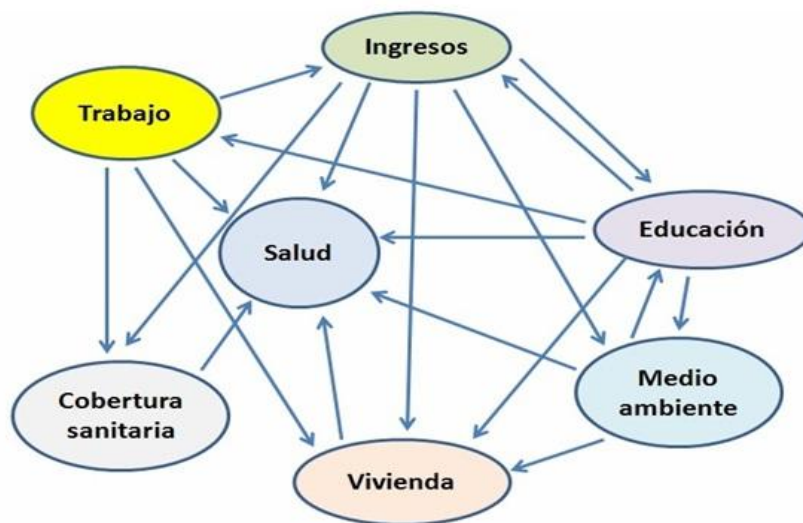
- OCDE “Base de datos de la OCDE sobre la salud”. En: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2013-in-Spanish.pdf> (2013)
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) “Trabajo decente y juventud” (2013) En: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_235577.pdf
- Olson, M. “The rise and decline of nations: Economic growth, stagflation and social rigidities”. New Haven. CT: Yale University Press. (1982)
- OMS: Análisis de AVPP/100.000 hab en países por nivel de ingresos (según Murray, CJ & López, AD: “The global burden disease”, 1996)
- OMS: “Years of life lost (YLL), Years lost due to disability (YLD) and disability-adjusted life years (DALY’s) by región” (2004)
- OMS “Estadísticas Sanitarias Mundiales”. Tabla N° 7, (2009) http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table7.pdf
- OMS Informe “La Salud en el Mundo”, (2010) http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf y en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- OMS “Estadísticas Sanitarias Mundiales” (2011)
- OMS: Indicadores Sanitarios Mundiales (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2012) http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/ y en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
- OMS: “Evaluación de tecnologías sanitarias” (2012) http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243501369_spa.pdf
- OMS: Indicadores Sanitarios Mundiales (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2012) http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/ y en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
- OSEP (Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca), 2012. En: http://www.osep-catamarca.gov.ar/web/guia_tramite/guia_tramite.php
- Ostrom, E. Rachlin, H. & Green, L. “Commitment choice and self control”. Journal of the experimental analysis of behavior, N°1, 17: 15-22 (2000)
- PAMI (INSSJP), (2005). Resolución N° 284/05: Contratación de Prestadores. En: http://www.pami.org.ar/files/registroPrestadores/reso_284.pdf
- Politi, P. “Análisis comparativo de seguros de salud nacionales”, 2003. En: <http://cancerteam.tripod.com/poli070.html>
- Quinn, G & al. “Interactions between Non-Physician Clinicians and Industry: A Systematic Review”. En: <http://medicina-general->

familiar.blogspot.com.ar/2014/01/interactions-between-non-physician.html#sthash.D0DoalgQ.dpuf (2014)

- Rachlin, H. & Green, L. "Commitment choice and self control". Journal of the experimental analysis of behavior, N°1, 17: 15-22 (1972)
- Roa, R. Integrante de CETSA. Universidad ISALUD. Comunicación personal (2014)
- Romero, L. A. "Sociedad democrática y política nacional y popular". Rev de Estudios Sociales (2014)
- Rovira, J. "Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones". Rev. Española de Salud Pública (7:3, 2004)
- Ruty, C. & Sullivan, S. "Esto es salud pública: una historia canadiense" CPHA100 En: http://www.cpha.ca/uploads/history/book/History-book-print_ALL_s.pdf
- Siede J. Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud. OPS. Washington DC (2009)
- SSSalud (Super Intendencia de Servicios de Salud, 2012). En: <http://www.sssalud.gov.ar/index/home.php> y "Listado de Obras Sociales" (2011). En: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=agsis&opc=listRnosc&tip_o=100 y "Beneficiarios" (2011). En: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=beneficiarios&opc=benef_principal
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health". The Milbank Quarterly, Vol. 83, N° 3 (2005) 457-502
- Torres, R. "Mitos y realidades de las Obras Sociales". Ed. Isalud, 2004
- Transparency International "Global Corruption Report, 2009" (GCR). Argentina: Índice de Percepción de la Corrupción 2008. Part Two: Country reports, 6.2. En: http://www.transparency.org/publications/gcr/gcr_2009
- Vilosio, J. "Las oportunidades perdidas en la Salud". Del Hospital Ediciones. (Ed. del Hospital Italiano de Buenos Aires, 2014)
- Zerda, A. & al. "Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos". (2001)

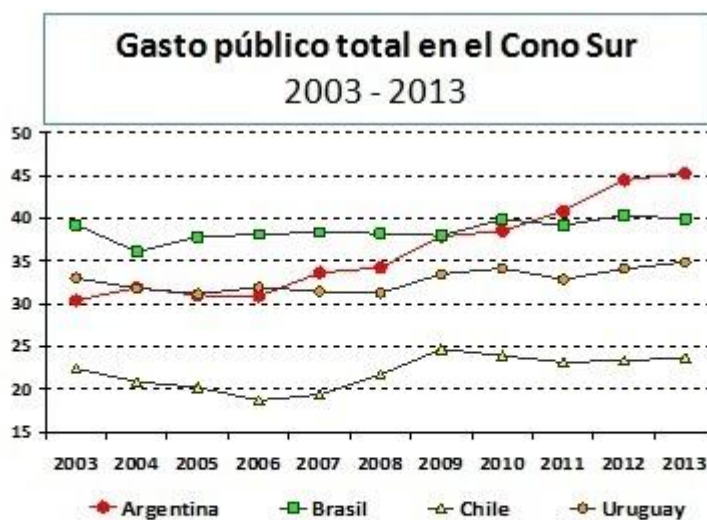
9. Figuras:

Las interrelaciones derivan de interacción directa o de sus externalidades



Social Determinants of Health: outcome of the World Conference of Social Determinants of Health (Rio de Janeiro, Brazil . October 2011)

Figura N°1



Fuente: IDESA en base a World Economic Outlook, FMI (www.imf.org)

Figura N° 2

Nuestra realidad hoy en el sistema de salud

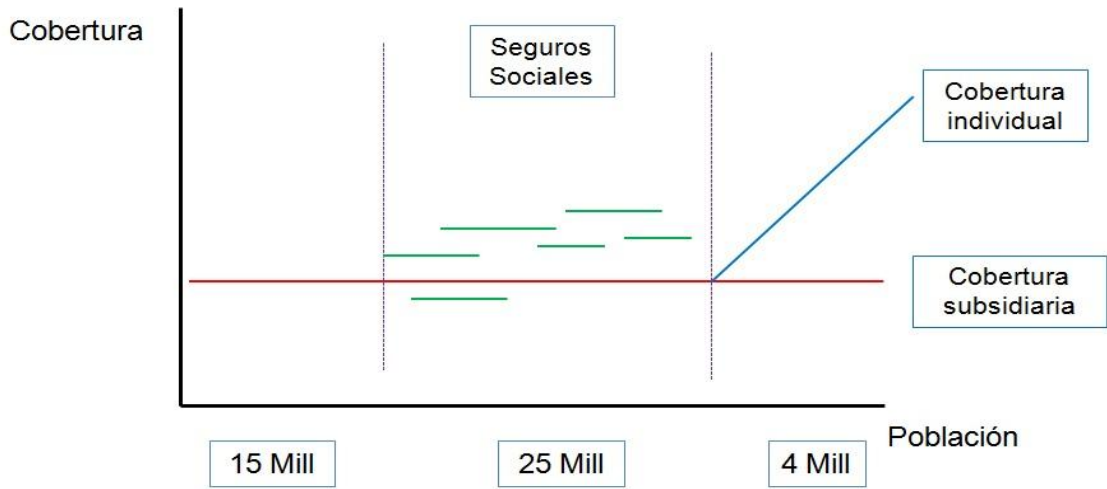
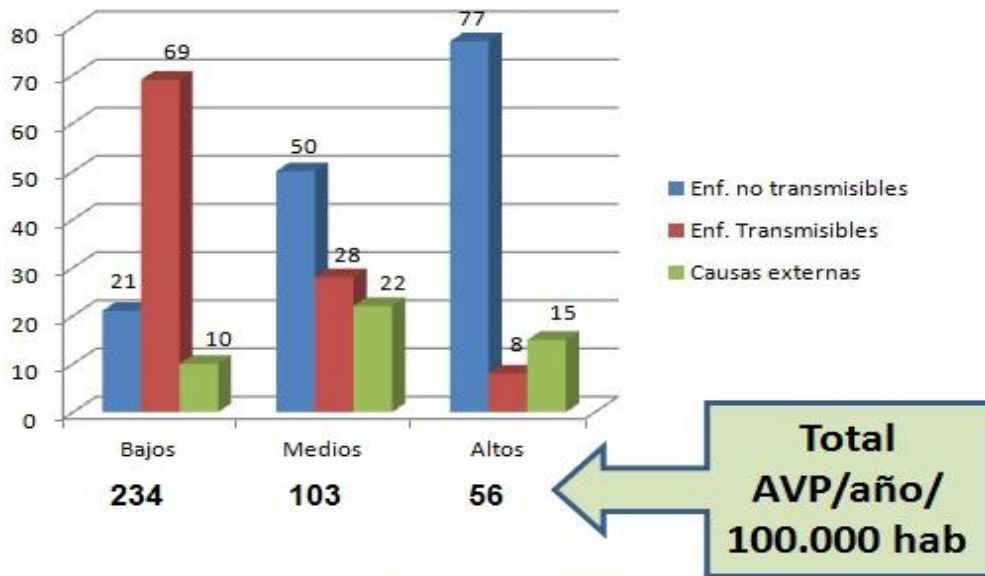


Figura Nº 3

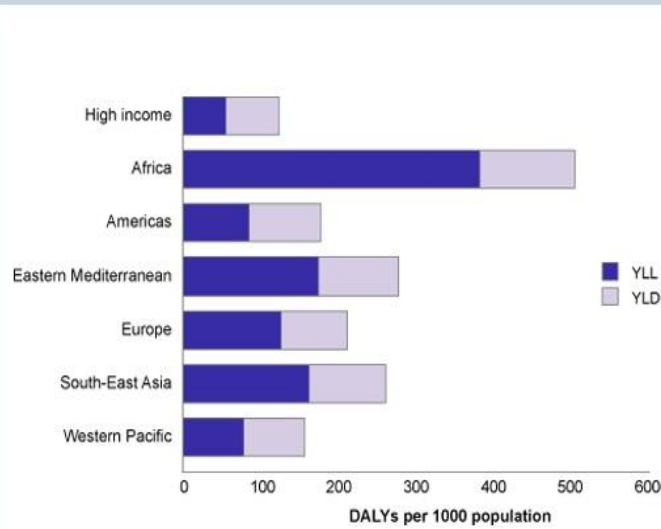
Cetrángolo, O. CEPAL, 2008

AVP/100.000 hab. en países por ingresos



OMS: "Standardized AVPP's per 100.000 by income countries". (2008)

Figura Nº 4



WHO/A. Sanyal

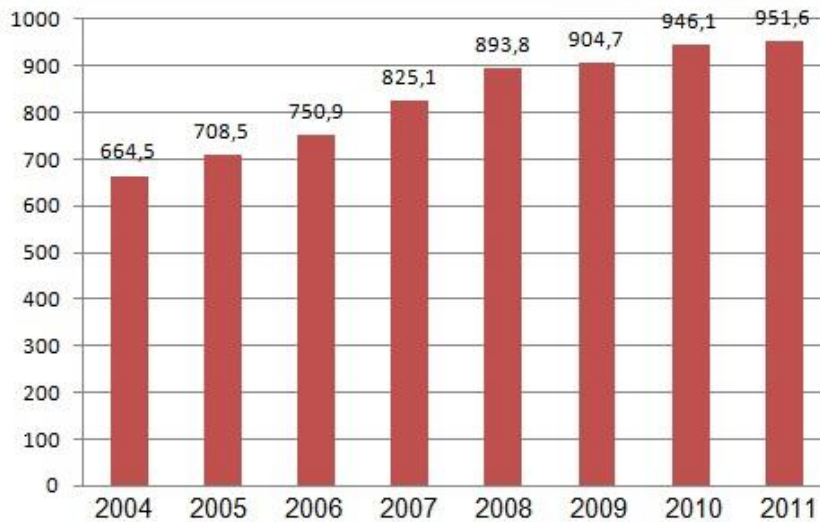
The contribution of premature death varied dramatically across regions, with YLL rates seven times higher in Africa than in high-income countries. In contrast, the YLD rates were less varied, with Africa having 80% higher rates than high-income countries. South-East Asia and Africa together bore 54% of the total global burden of disease in 2004, although they account for only about 40% of the world's population. The Western Pacific Region has the "healthiest" low- and middle-income countries, with countries such as China now having life expectancies similar to those of many Latin American countries, and higher than those in some European countries.

Source: World Health Organization.

© WHO. All rights reserved.

Figura N° 5

Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)

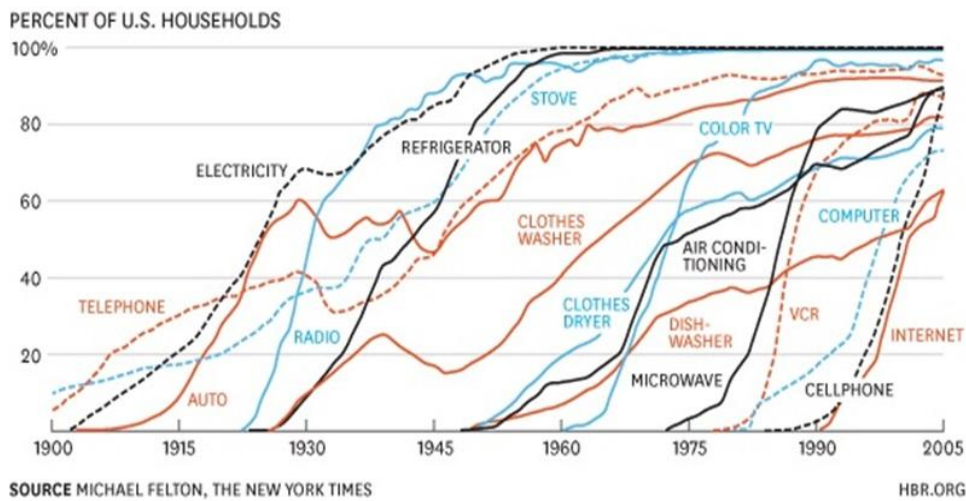


Fuente: Banco Mundial (BM) "gasto en salud en promedio mundial per cápita" (2013)

Figura N° 6

La expansión de la tecnología

CONSUMPTION SPREADS FASTER TODAY



Citado por Krause, M.(2013)

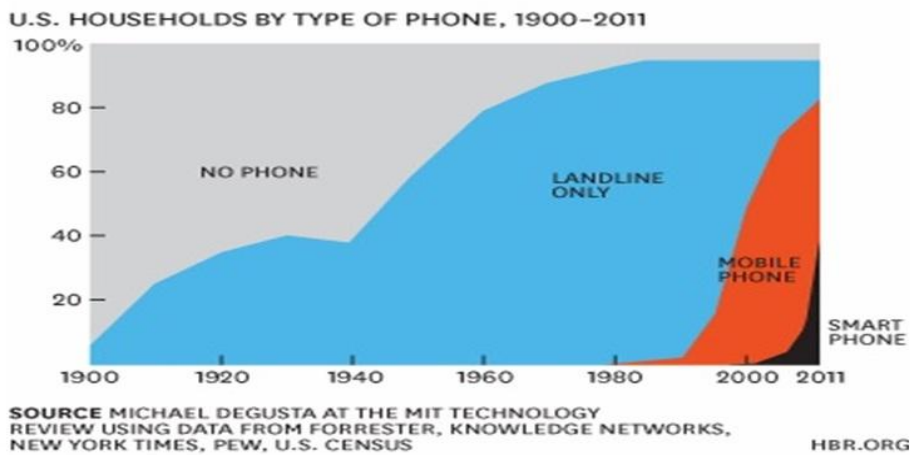
McGrath, R. "The Pace of Technology Adoption is Speeding Up".

En: <http://blogs.hbr.org/2013/11/the-pace-of-technology-adoption-is-speeding-up/>

Figura N° 7

La expansión de la tecnología

FROM NO TELEPHONE TO SMART PHONES

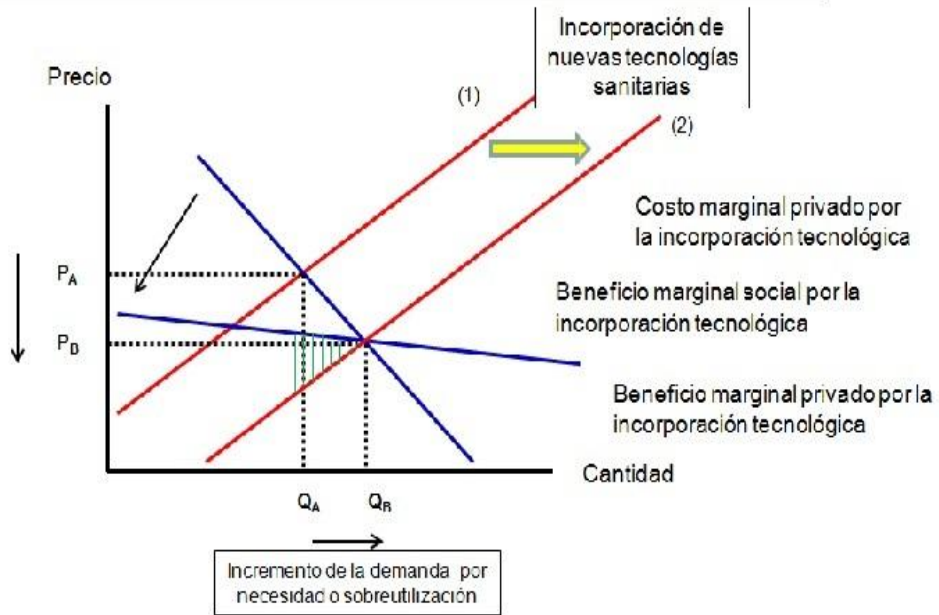


Citado por Krause, M.(2013)

McGrath, R. "The Pace of Technology Adoption is Speeding Up". En: <http://blogs.hbr.org/2013/11/the-pace-of-technology-adoption-is-speeding-up/>

Figura N° 8

Provisión de nuevas tecnologías de baja y mediana complejidad

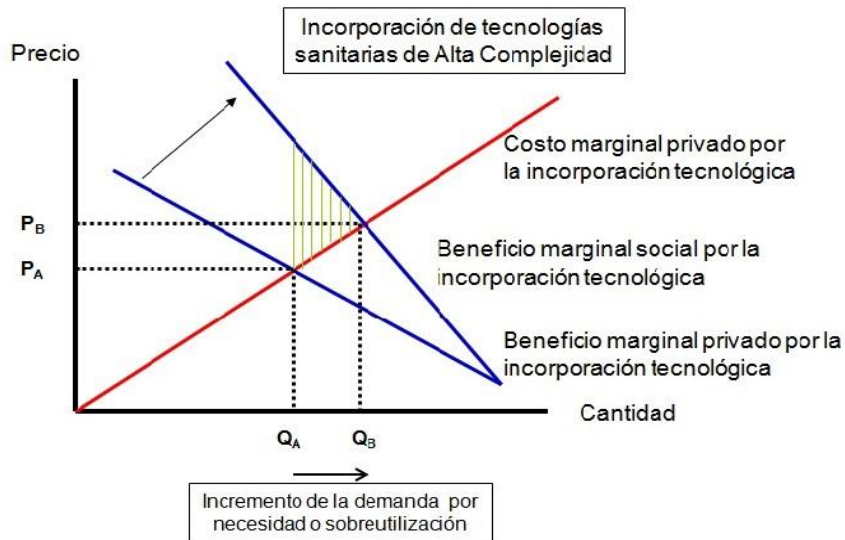


Costos unitarios disminuyen (de manera variable) y costos totales (gasto en salud) tienden a mantenerse iguales ($P \cdot Q$) o a ser incremental.

Elaboración personal para la actividad docente

Figura N° 9-A

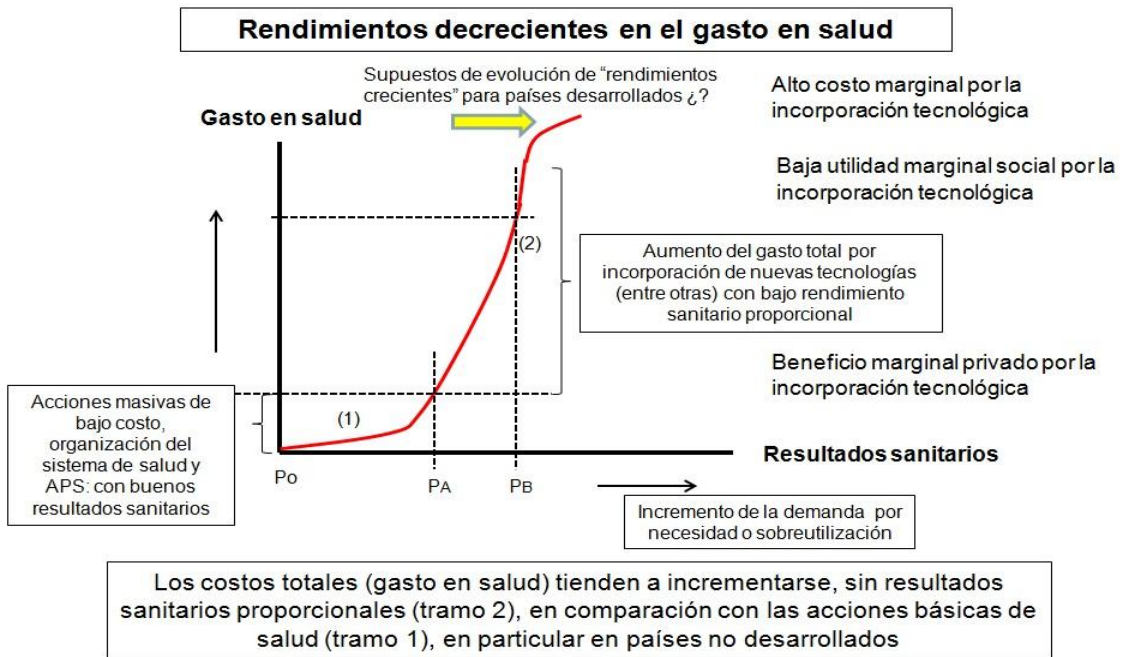
La curva de demanda tiende a ser inelástica



Costos unitarios y costos totales (gasto en salud) tienden a ser incrementales

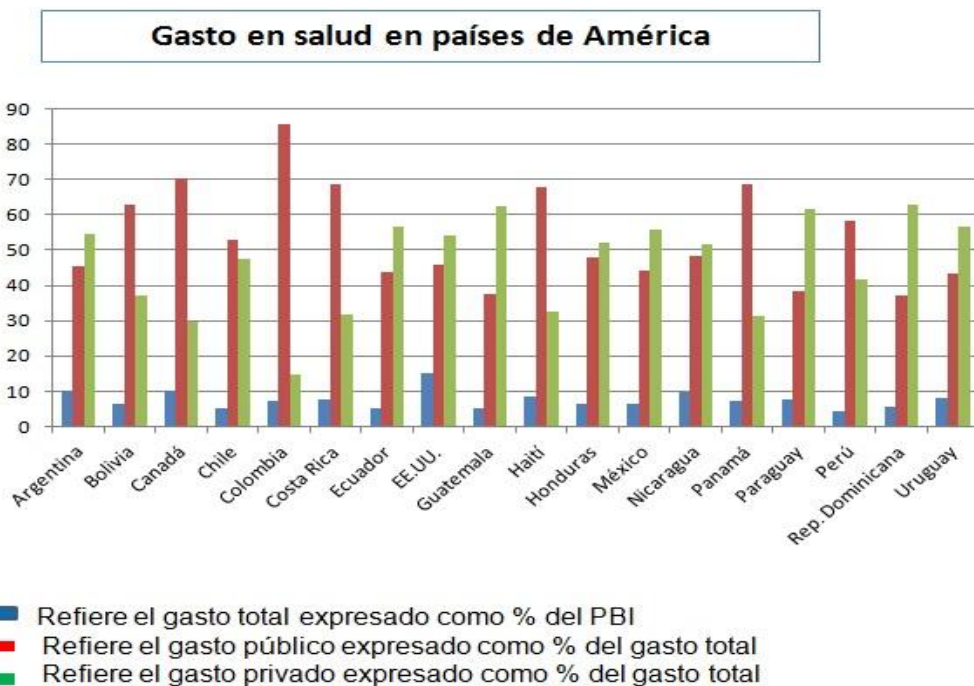
Elaboración personal para la actividad docente

Figura N° 9-B



Elaboración personal para la actividad docente

Figura N° 10



Publicación de OMS "Estadísticas Sanitarias Mundiales", 2009

Figura N° 11

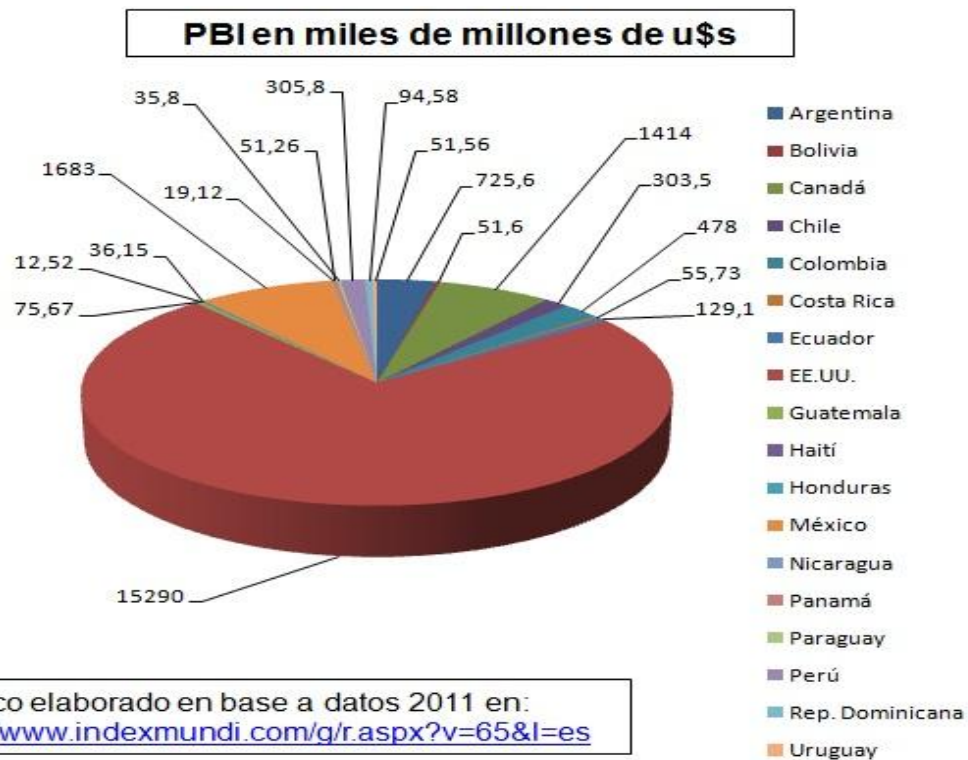
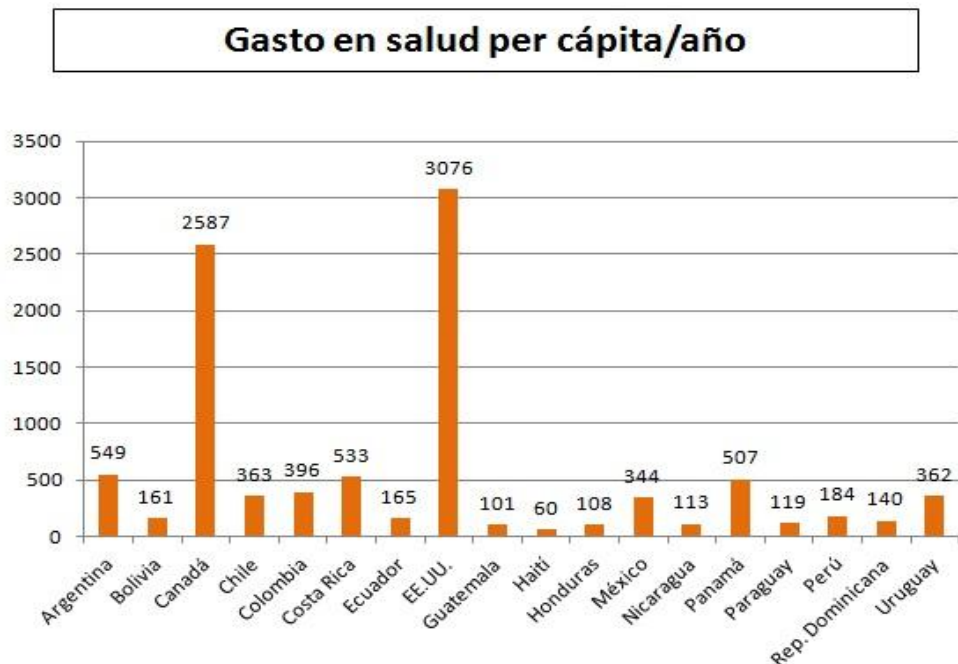


Figura N° 12



Publicación de OMS "Estadísticas Sanitarias Mundiales", 2009

Figura N° 13

Gasto en salud en países seleccionados por grupos de ingresos

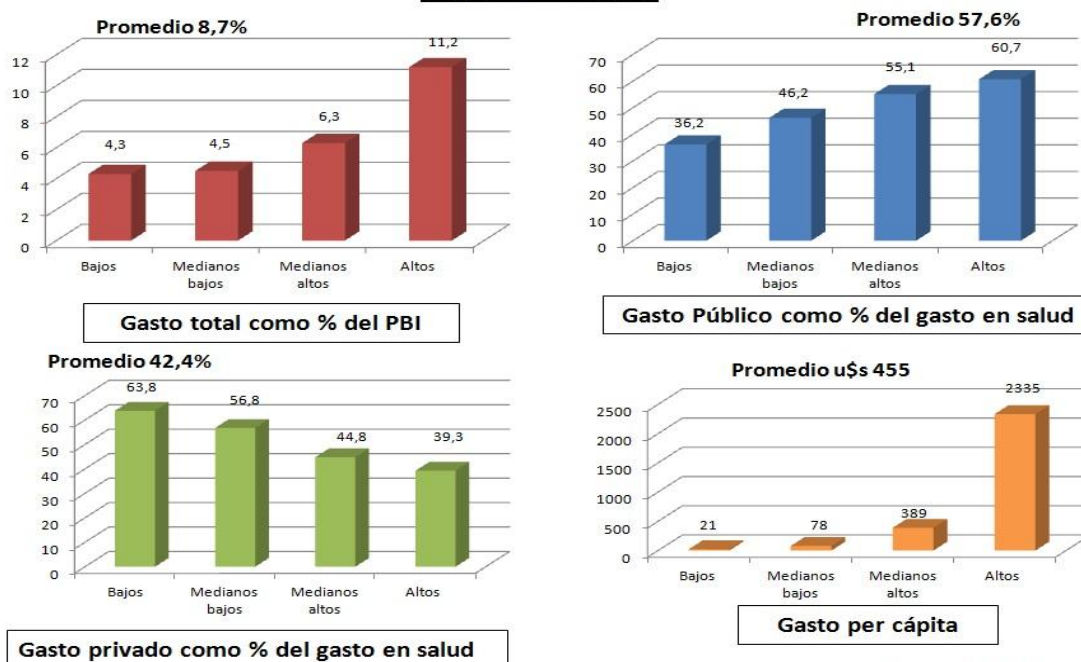
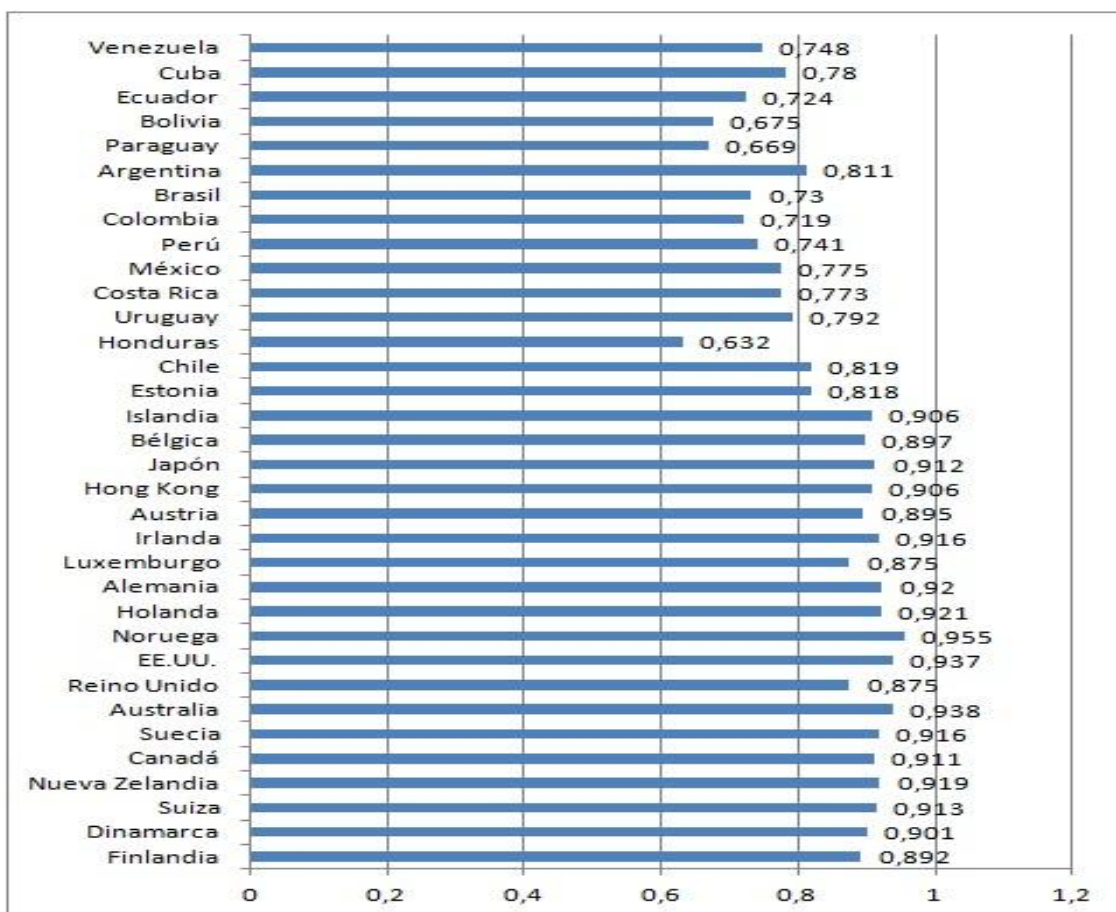


Figura N° 14

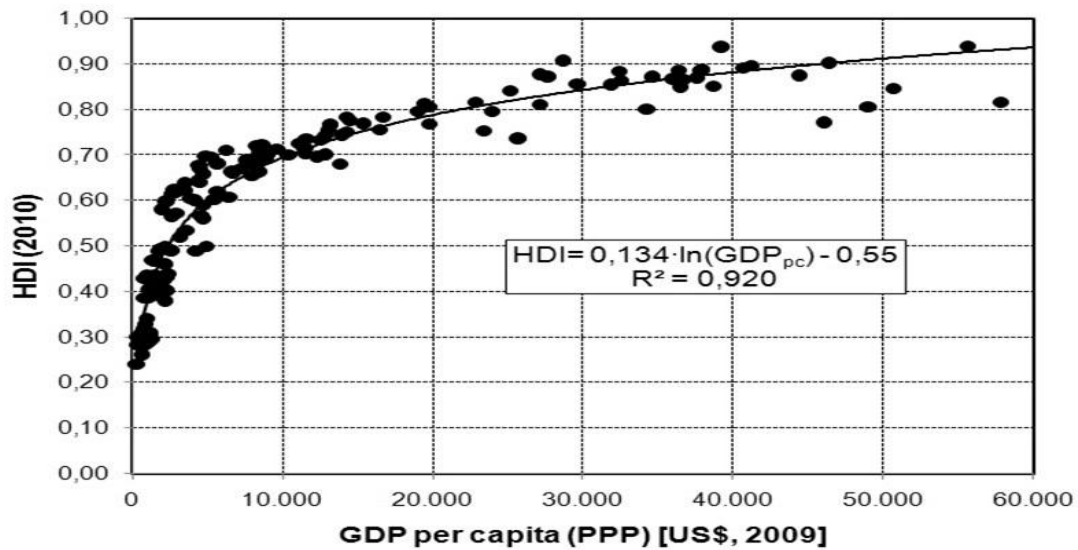


Índice de Desarrollo Humano

Fuente: <https://data.undp.org/dataset/Table-1-Human-Development-Index-and-its-components/wxub-qc5k>

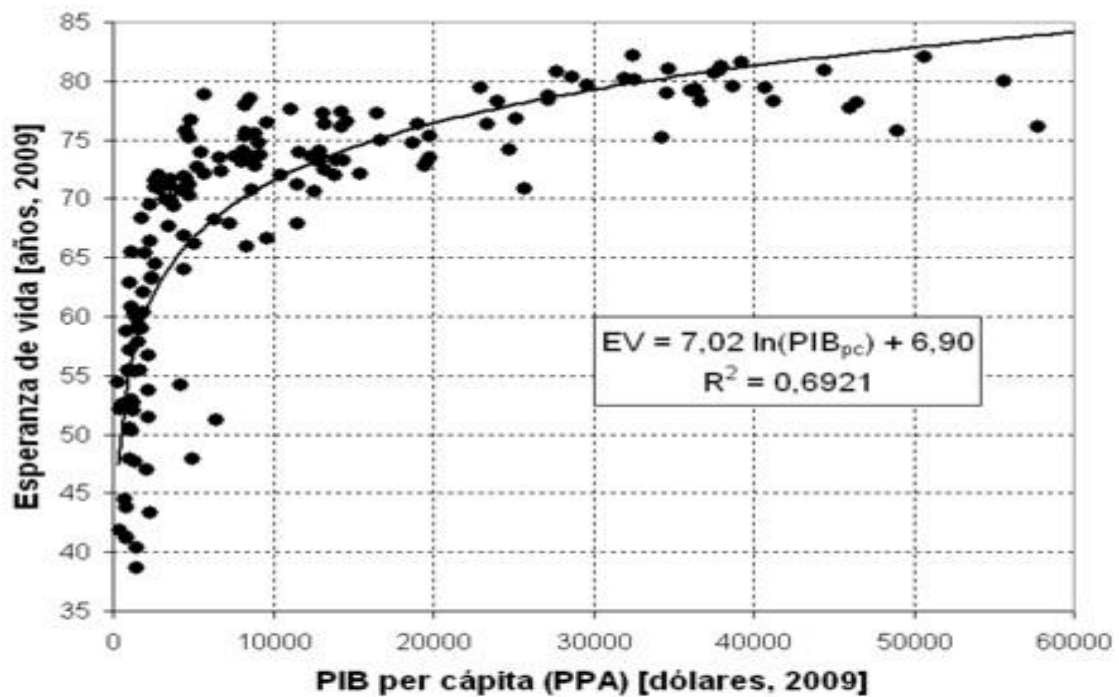
Figura N° 15

IDH vs. GDP/cápita



El IDH calculado para una muestra de 150 países muestra una altísima correlación, con el logaritmo del PIB per cápita.

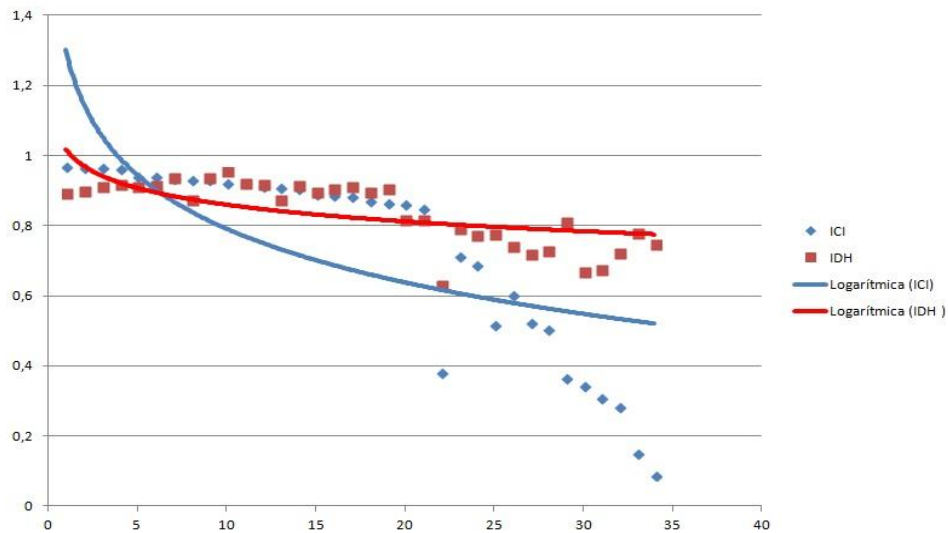
Figura N° 16



Relación entre la esperanza de vida y el PIB per cápita en 2009. Para los países de renta muy baja existe una relación creciente clara entre ambas variables. A partir de rentas medias la esperanza de vida cambia poco con la renta.

Figura N° 17

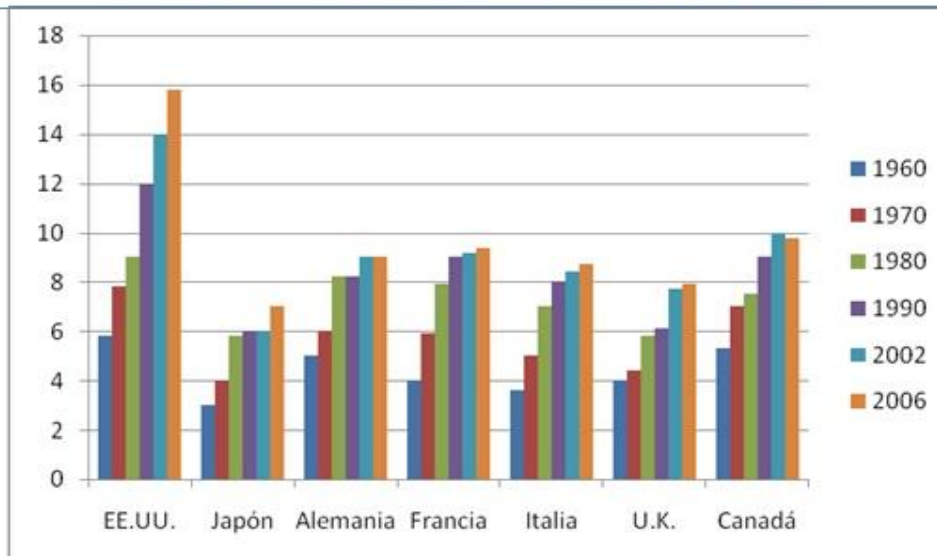
Índices de Calidad Institucional vs. Desarrollo Humano



Elaboración del Departamento de Investigaciones Sociales del CEPyS (2013)
Sobre datos proporcionados por el Human Development Report (PNUD, 2013) y el Índice de Calidad Institucional (M. Krause. RELIAL, México, 2012). Todos los datos corresponden a 2012.

Figura N° 18

Espiral inflacionaria del gasto en salud expresado en % del PBI (Comparativo de países entre 1960 y 2006)



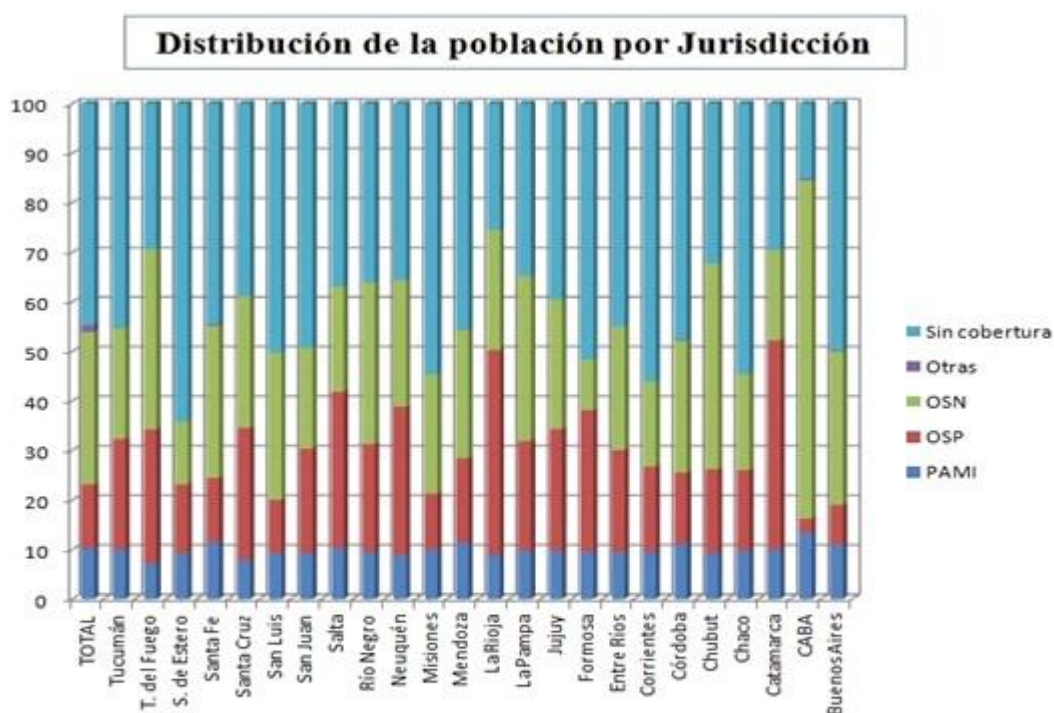
Fuente: OCDE Health indicators, 2007

Figura N° 19

Características económicas de los bienes

	NO excluyen	SI excluyen
SI rivalizan	Bienes "comunes"	Bienes "privados"
NO rivalizan	Bienes "públicos"	Bienes "club"

Figura N° 20



Fuente: Distribución del peso relativo de las diferentes formas de aseguramiento por Jurisdicción. Elaboración propia en base a datos de PAMI, Obras Sociales Provinciales, Dirección de Estadísticas e Información en salud (DEIS), y Superintendencia de Servicios de Salud (Gerencia de gestión Estratégica)

Figura N° 21

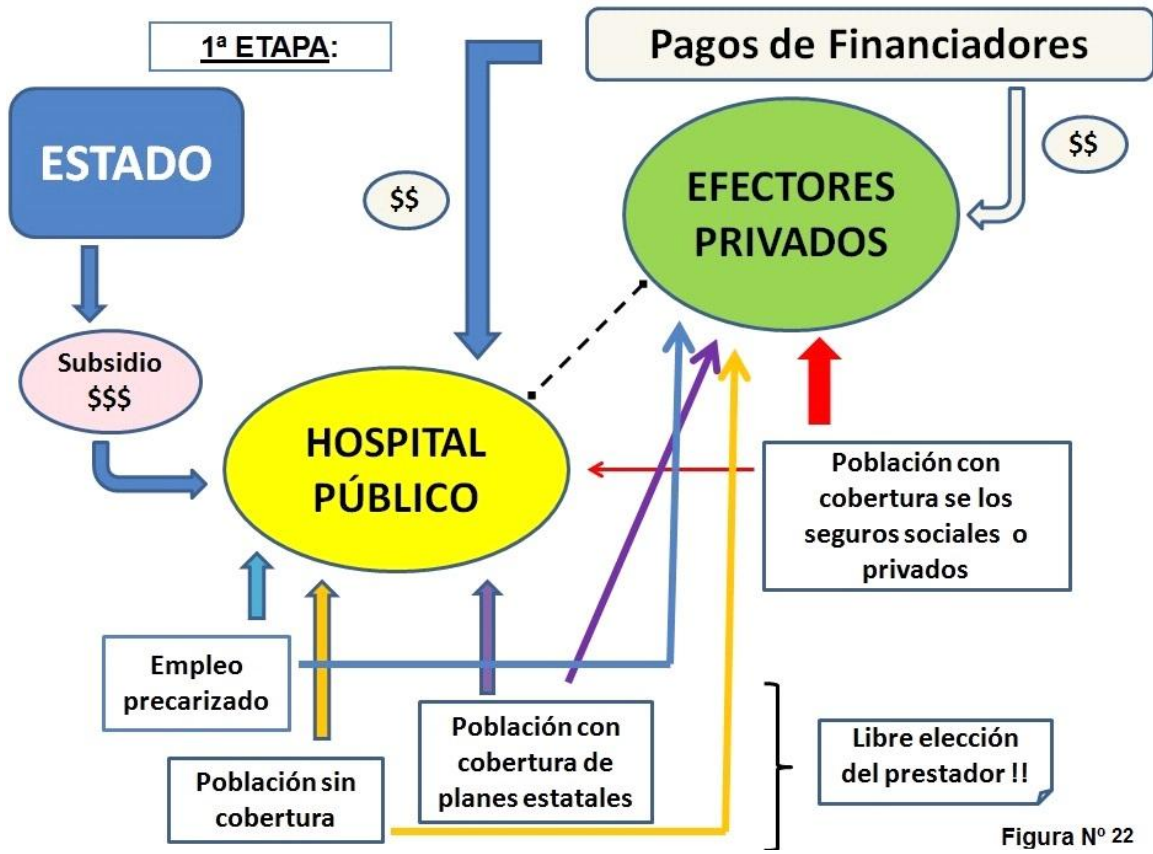


Figura N° 22

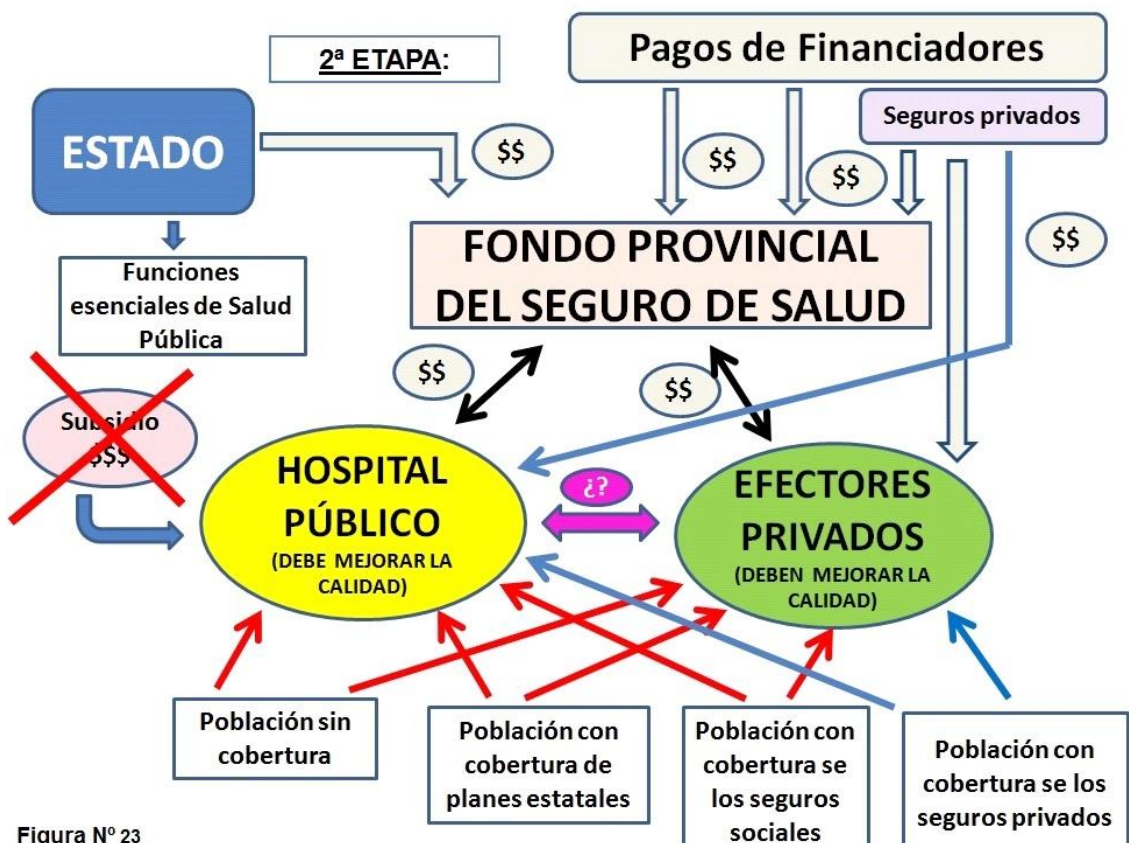


Figura N° 23

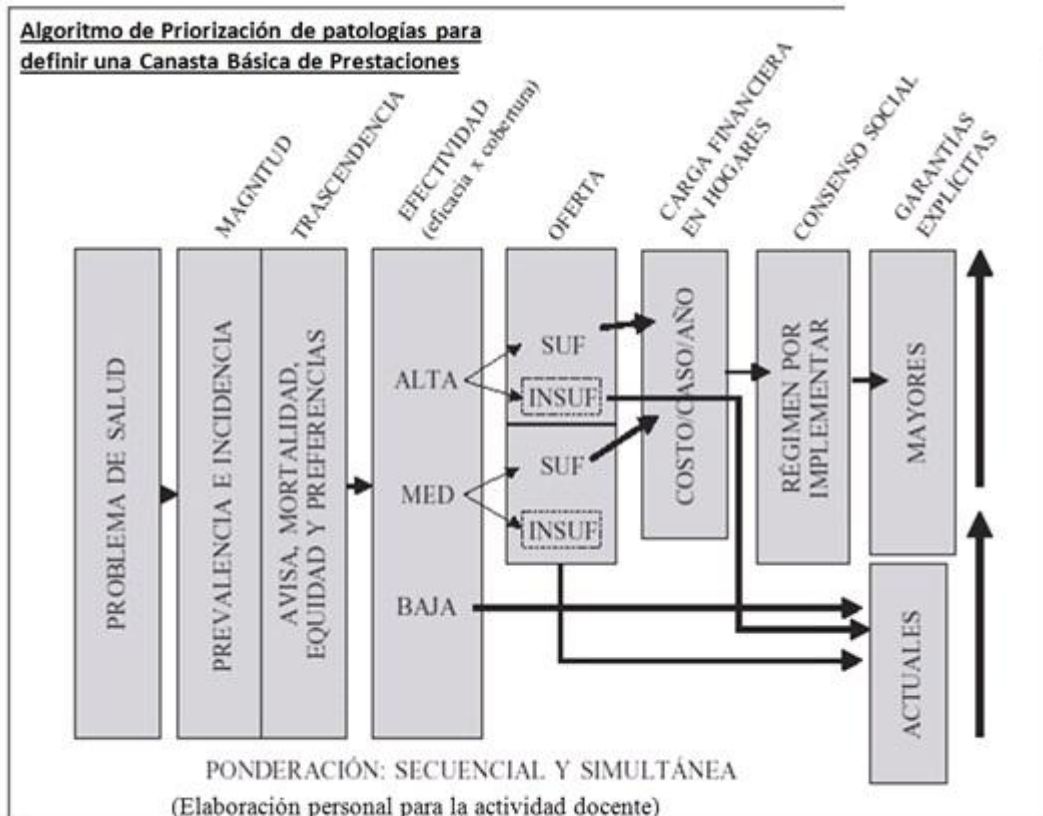


Figura N° 24

		Sustractabilidad del uso	
		Alta	Baja
Dificultad de excluir potenciales beneficiarios	Alta	Bienes de peaje	Bienes privados
	Baja	Bienes públicos	Bienes comunes

Ostrom, E. "Understanding institutional diversity". Princeton University Press, NJ. (2005)

Figura N° 25

	Afiliados	Gasto Cuadro N° 3	Relación Gasto/af
OSP	5.300.000	0,74 % del PBI	0,14
OSN	18.500.000	1,59 % del PBI	0,08

Fuente: Elaboración personal en base a datos de la Dirección de Análisis del Gasto Público y Programas Sociales. Secretaría de Política Económica. Datos provistos por la OMS (The Global Health Observatory)

Figura N° 26

Esquema del Seguro de Salud provincial

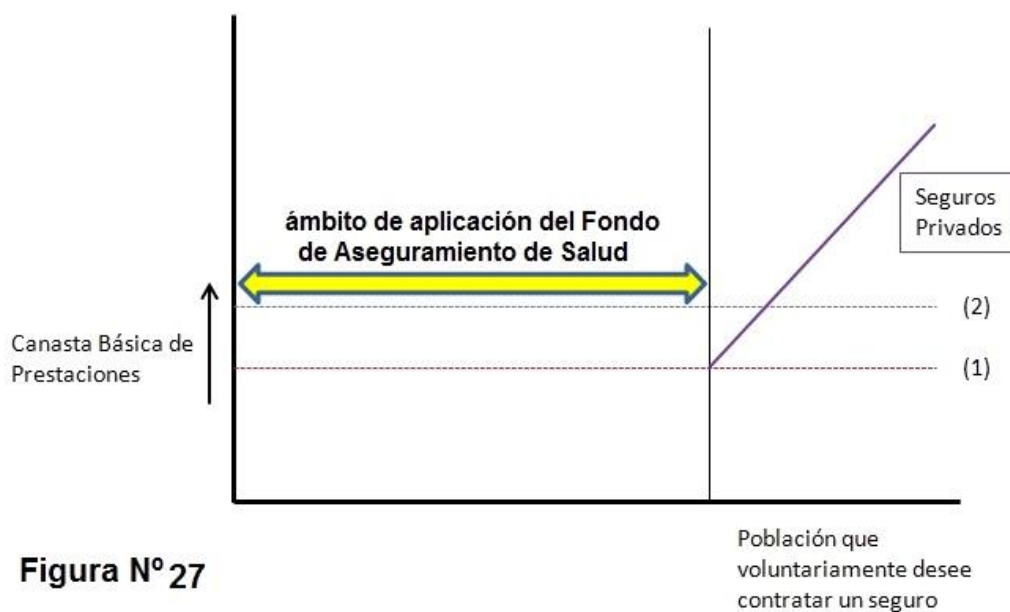


Figura N° 27

Estructura funcional del Seguro Provincial de Salud

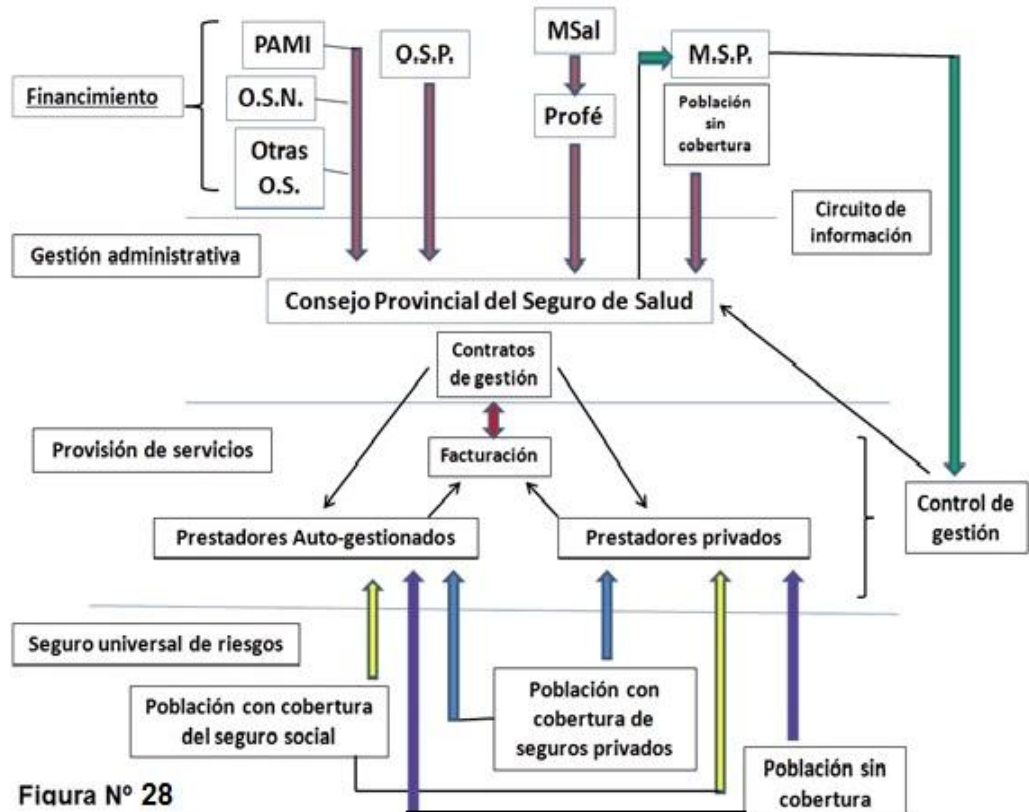


Figura N° 28