

COMENTARIO EDITORIAL: Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (segunda parte)

Failed to fulfill health promises in Argentina (second part)

Javier Vilosio*

Resumen

En esta segunda entrega se describen tanto la estructura funcional como financiera, y, someramente, la dinámica del conflicto sectorial entre los distintos actores implicados en el sistema de salud en la puja por los recursos disponibles. En una tercera entrega se abordarán fundamentalmente las consecuencias para las personas, para el sistema, y algunas alternativas de reforma posibles.

Abstract

In this second issue the author describes both the functional and financial structure, and, briefly, the conflictive dynamics between the different actors involved in the Argentinean Health System who bid for the available resources.

In a third issue the author will address about the aforementioned consequences for people, for the system, and some possible reform alternatives.

Palabras clave: sistema de salud, Argentina, política de salud. **Key words:** health system, Argentina, health policy.

Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (segunda parte). Evid. actual. práct. ambul; 13(2):42-44, Abr-Jun.2010.

El financiamiento

Los hospitales públicos funcionan ejecutando presupuestos "históricos" es decir, basados en el gasto realizado el año anterior, con lo cual se obtiene un claro incentivo al gasto, independientemente del destino del mismo y del impacto obtenido. No existe evaluación por objetivos, ni tampoco, en general, estructuras gerenciales en la conducción de los mismos. Sus directivos saben que gastar menos de lo asignado implica el riesgo de recibir una menor asignación presupuestaria en el año siguiente. Como en todo el sector público, existe una fuerte injerencia de los sindicatos de trabajadores estatales tanto en las decisiones del nivel central (Ministerios) como en la gestión diaria de los hospitales.

Es habitual el incumplimiento de diversas normas administrativas en beneficio del interés de grupos profesionales y no profesionales. Un muy original trabajo de Schardgrotsky¹ evalúa la percepción de médicos y enfermeros respecto de faltas tales como ausentismo, incumplimiento de los horarios de trabajo, derivación de pacientes hospitalarios a los consultorios privados, o atención de pacientes privados en instalaciones hospitalarias, cobros indebidos a los pacientes, pequeños robos de insumos y corrupción en las compras hospitalarias.

Como veremos más adelante es una idea fuertemente instalada en la sociedad que el personal que trabaja en los hospitales es quien "sostiene" con su esfuerzo abnegado el funcionamiento de los mismos. Sin embargo no es menos cierto que el control que en la realidad ejercen los sindicatos sobre el funcionamiento de los servicios, en muchos casos traspasa los límites de la razonabilidad², así como que es tradicional que profesionales y técnicos utilicen instalaciones y recursos del hospital para su propio interés. Un sanitarista argentino, Ignacio Katz, escribió un libro relatando sus experiencias con la corrupción administrativa, el incumplimiento de las más elementales normas de trabajo y la prepotencia gremial y política imperantes en uno de los más grandes Hospitales públicos en las afueras de Buenos Aires, el Dr. Alejandro Posadas, mientras se desempeñó como Director del mismo, en el año 2000³.

Indudablemente, la inestabilidad de las políticas y los funcionarios, y las necesidades de los gobiernos de asegurar parcelas de influencia con el poder sindical han colaborado sustancialmente con la entronización de este estado de cosas.

La población bajo cobertura hospitalaria es innominada, de manera que el hospital funciona como una alternativa para subsidiar a los otros subsectores, particularmente a la seguridad social. De esta manera se convierte en un *prestador de última instancia*⁴ que disimula consecuencias de la ineficiencia general del sistema; pero internaliza esos costos y ajusta su gasto (mayoritariamente destinado a salarios) a través de la desinversión, y la imposición de largas esperas para el acceso a los servicios.

Se ha estimado que algo más del 25% del total de las consultas en hospitales corresponden a personas con cobertura de obras sociales. Los usuarios del hospital público se corresponden en un 70% con los dos grupos poblacionales (quintiles) de más bajo ingresos, de manera que la población que solicita ser atendida en los hospitales públicos puede definirse así: "...por un lado, los sectores pobres que sólo cuentan con esta cobertura. Por el otro lado, por afiliados a la seguridad social y al sector privado que utilizan el sector público porque son proveedores más accesibles, geográfica o económicamente..."⁴

Es también muy significativa la información disponible respecto del gasto de los hospitales. En promedio, mientras el 71% se destina a salarios, el 0,4% se dedica a adquisición de equipamientos⁵.

La supuesta cobertura universal del sistema público, concepto en el cual se fundamenta el rechazo a nominar las poblaciones bajo cobertura, se define en la realidad por la capacidad de las personas para sortear las vallas al acceso que el sistema impone habitualmente: horarios de atención limitados, colas, pagos de bolsillo, limitaciones impuestas por la geografía, por los hábitos culturales; y por la verdadera oferta de servicios, limitada por falta de inversión para el mantenimiento y renovación de infraestructura y equipos, disponibilidad de insumos, y mala articulación con los otros subsectores, lo que impide aprovechar ventajas de economía de escala en determinadas áreas geográficas.

Si bien se le adjudica al sub-sector público un gran impacto redistributivo^{6 7}, no escapa a la generalidades del agravamiento en la desigualdad de la distribución de la riqueza del conjunto de la economía nacional, sumado ello a los hábitos culturales habituales en las organizaciones estatales, y a cierta estigmatización que desde su origen acompaña a los hospitales públicos en Argentina: constituir un servicio para pobres.

π. Durante el primer semestre de 2005 el Hospital Pediátrico de mayor complejidad de la Argentina (Garrahan) sufrió 21 días de paro, en los cuales se suspendieron 164 cirugías complejas.

ππ. González García y Tobar (1997), citan a C. Flood (1994): "...en términos generales, se puede afirmar que los gastos que más han contribuido a una mejora en la distribución del ingreso en la Argentina en 1991, han sido los efectuados en educación y en salud (atención médica y obras sociales)...", basado en el análisis de la distribución del gasto solidario en salud según quintiles de ingreso de la población. Un análisis más detallado de las características redistributivas del gasto público en salud en Argentina en Bertranou (2000).

* Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas. Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano. javier.vilosio@hospitalitaliano.org.ar

Vaya como ejemplo de esto último lo dicho por el propio Gral. Perón, entonces Presidente de la Nación, al inaugurar el Policlínico Ferroviario Central ("Presidente Perón") el 20 de Abril de 1954: "...queremos que en este Policlínico impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están levantando en todo el territorio de la República. No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los Hospitales Públicos; queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa..."⁸

Danani⁹ se refiere a una estructura dualizada cuando habla del origen de la alianza política de la cual surgió el peronismo en la década del cuarenta, en la cual subyacía cierta tensión entre universalismo y particularismo: en un extremo el desarrollo de una extensa red de servicios públicos, gratuitos y relativamente igualitarios de salud, destinados a todos los ciudadanos; y por el otro, nutriendo la noción de derechos del trabajador, servicios sujetos a cotización y diferenciados por el monto y la modalidad organizativa y administrativa (las Obras Sociales). En las transformaciones político culturales posteriores se produjo, en palabras de la autora: "...la transformación de los contenidos del sector público que progresivamente, y de modo contradictorio, por cierto, perdió su perfil universalista, resignificado en términos residuales. En ese tránsito se des-ciudadanizó a los usuarios del hospital público, así definidos como pobres..."

La Seguridad Social en salud, regulada y administrada por el Estado (especialmente el estado nacional, pero también los gobiernos provinciales) incluye a las Obras Sociales de los sindicatos y otras de características especiales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y las Obras Sociales Provinciales.

El número de OS habría disminuido de un total de 361 registradas en 1994, a 290 en febrero de 1999, producto del parcial e inconcluso proceso de reforma al que nos hemos referido anteriormente.

Existen 285 en la actualidad, de las cuales 39 están declaradas en bancarota. Se sostienen sobre la base de la afiliación y aportes obligatorios, que inciden directamente sobre los costos laborales; en el caso de las Obras Sociales sindicales los trabajadores aportan el 3% del salario, y los empleadores el 6%. Las cinco obras sociales sindicales con más ingresos de dinero (la de los empleados del comercio, la de los trabajadores rurales, la de los obreros de la construcción, la de los empleados de hoteles y gastronomía y la de los empleados de los bancos) recaudan anualmente casi tanto como la obra social de los jubilados. El financiamiento del INSSJP proviene de aportes y contribuciones de los trabajadores activos equivalente al 5% del salario (3% de aporte personal y 2% de contribución patronal) de aportes de los trabajadores pasivos (de 3 a 6% de sus ingresos) y de contribuciones del tesoro nacional. Ello no ha impedido que entre 1991 y 2003, sólo durante dos años sus ingresos hayan sido mayores a sus gastos.

¿Un sistema solidario?

En el sistema de Obras Sociales se proclama la solidaridad como el valor fundacional. Sin embargo, desde la óptica de un sistema de salud integrado, existe sobrada evidencia de que la

realidad contradice esa idea. En los hechos, la solidaridad del sistema de Obras Sociales se reduce al ámbito del grupo de pertenencia (en principio: la rama de actividad laboral) con marcadas diferencias entre gremios "ricos" y "pobres", e inclusive geográficas, dadas por el mayor o menor grado de concentración de beneficiarios según la actividad laboral de la cuál se trate. Respecto de esta "solidaridad segmentada" puede decirse que al interior de sí misma cada Obra Social funciona, en general, como un mecanismo redistributivo al equiparar los servicios brindados independientemente del monto de los aportes. De esta manera se reproducen en la cobertura de salud las desigualdades presentes en el mercado de trabajo, y también las derivadas del diferente grado de acceso de cada sector a las decisiones del Estado¹⁰.

Algunos intentos desregulatorios desarrollados durante la década de los noventa no lograron transformar sustancialmente el sistema, aunque representaron erogaciones muy importantes para el Estado nacional a través de créditos internacionales.

Aún con algunas modificaciones en cuanto a la posibilidad de elección de la Obra Social por parte de los beneficiarios, el modelo se sigue caracterizando por la falta de competencia entre entidades aseguradoras, que cuentan con una verdadera reserva de mercado. A este no despreciable obstáculo para lograr un mercado competitivo, debe agregarse que no fue posible reducir los aportes y contribuciones al sistema, y que continúan existiendo subsidios de carácter discrecional¹¹.

Como consecuencia de la falta de competencia y del mecanismo de financiamiento en el que se apoya, el sistema vigente admite el funcionamiento de entidades por demás ineficientes y resulta poco transparente en el reparto de subsidios, al tiempo que constituye una elevada carga en términos de impuestos al trabajo¹¹.

Son muy relevantes los problemas de agencia¹² que afectan a la Seguridad Social, es decir, la inadecuación entre los incentivos a los que están sometidos los responsables de la toma de decisiones, y los objetivos de las organizaciones; particularmente en un escenario de afiliación obligatoria y falta de competitividad¹².

La ineficiencia característica del sistema, el contexto de costos crecientes en salud, su financiamiento a través de impuestos al trabajo en un entorno social con marcado deterioro del empleo formal¹³, y la corrupción, generan un estado de "crisis" crónica en el financiamiento de las Obras Sociales, que requiere sucesivos aportes económicos del Estado Nacional.

El sector privado incluye, por una parte una cantidad de instituciones prestadoras de servicios de diverso tamaño y complejidad (principalmente financiadas por la Seguridad Social) y por la otra, a empresas de medicina pre-pagada (seguros de salud privados y voluntarios) que venden sus coberturas a personas con capacidad de pago y a empresas.

Deberíamos incluir también bajo esta denominación a las organizaciones que agrupan a los profesionales de la salud, especialmente médicos, farmacéuticos y bioquímicos, que organizados corporativamente negocian y administran contratos con la seguridad social y la medicina pre-pagada. Muchas de estas organizaciones que fueron originalmente creadas con objetivos gremiales y deontológicos, en virtud de los modelos de compra de servicios

‡. El proceso político de crisis y caída de la ex Ministro de Salud Ocaña (2007-2009) es dramáticamente ilustrativo de la magnitud y trascendencia política de este manejo discrecional de enormes recursos en el ámbito de la seguridad social.

‡‡. La "teoría de la agencia" analiza la forma de los contratos formales e informales mediante los que una o más personas denominadas como "el principal" encargan a otra persona denominada "el agente", la defensa de sus intereses delegando en ella cierto poder de decisión. La relación de agencia implica siempre la existencia del problema del riesgo moral: la posibilidad de que el agente (gestor político o empresarial) busque objetivos personales en detrimento de los intereses del principal (el ciudadano o el accionista). Este enfoque permite analizar los problemas de las decisiones económicas de estado y mercado desde una visión unificada. Habrá una pérdida de eficiencia siempre que los costos y perjuicios ocasionados por una decisión no recaigan sobre el individuo que decide. Las OS son conducidas por agentes de los beneficiarios (sus principales).

‡‡‡. Incidentalmente, la incipiente inflación y una leve recuperación del mercado laboral luego de la "crisis" del 2001-2002 han "aumentado" significativamente la disponibilidad de fondos de la seguridad social.

imperantes (básicamente, convenios capitados) se convirtieron en organizaciones administradoras de contratos, a veces millonarios, bajo la conducción de dirigencias políticamente muy activas y relacionadas con el poder político y sindical. Dueños de instituciones y profesionales independientes alternativamente se comportan como aliados o adversarios en la puja por la administración de esos contratos, y frecuentemente coinciden en el reclamo ante el Estado por subsidios, regulaciones o facilidades financieras que le permitan a las obras sociales atender sus deudas.

La medicina pre-pagada ofrece planes voluntarios y actúa como sustituta de la cobertura (para aquellas personas autónomas y con renta suficiente) o complementaria para todos aquellos que teniendo un seguro obligatorio (obra social) contratan un plan privado de salud por que quieren una protección más amplia y efectiva que la ofrecida por la seguridad social¹⁹.

Escasamente regulada, en parte asociada a la seguridad social y segunda financiadora en importancia de la infraestructura privada, afronta un escenario de costos crecientes implementando modalidades de gerenciamiento de la demanda que implican diversos modos de ajuste del riesgo (exclusiones, selección adversa, énfasis en la atención primaria, ajuste por colas). Sin embargo es la alternativa preferida por empresas que buscan brindar cobertura a su personal, y por las personas con capacidad de pago. De hecho, aún en el restringido marco existente en la seguridad social para que las personas puedan cambiar su Obra Social, aquellas que se han asociado en sus Planes Asistenciales a entidades de medicina pre-pagada captan la mayor cantidad de beneficiarios de otras obras sociales.

A modo de conclusión: la “calesita” de los reclamos

En este contexto, las poco eficientes Obras Sociales reclaman subsidios al Estado (y los reciben) mientras acumulan pasivos con los prestadores privados a quienes contratan; quienes, a su vez, reclaman también esos fondos para que la seguridad social pueda saldar sus deudas, otros beneficios económicos (nuevos subsidios y exenciones impositivas, de los que otros sectores de la economía gozan) y mayores precios para los servicios que brindan sus empresas, poco competitivas y dependientes de los contratos, muchas veces poco transpa-

rentes, con las Obras Sociales.

Lo hacen inclusive apoyando el reclamo por mayores salarios de los empleados no profesionales de sus empresas¹, quienes, por supuesto, a través de su Sindicato además de haber obtenido significativos incrementos salariales que presionan sobre los costos de las empresas, se unen al pedido de más fondos para la seguridad social.

Los profesionales que trabajan en las instituciones apoyan ese reclamo, que les permitiría mejorar sus deprimidos ingresos y, a la vez reclaman la asignación de mayores recursos presupuestarios para los colegios que trabajan en los Hospitales Públicos -recordemos aquí con cuanta frecuencia los médicos comparten su condición de empleados en el sector público y a la vez prestadores en el sector privado, aún omitiendo incompatibilidades horarias y administrativas. Las empresas de medicina prepaga, mientras tanto, aumentan o intentan aumentar el valor de sus cuotas¹¹, para compensar el incremento de sus costos (en parte por los aumentos salariales) demoran sus pagos a los profesionales prestadores y son presionadas por estos para mejorar su retribución. Los ciudadanos, por su parte, aportan obligatoriamente dinero de sus salarios a las Obras Sociales, de sus impuestos a los hospitales públicos y a los subsidios a la seguridad social y al sector privado, y los que pueden además contratan medicina prepaga en busca de mejor calidad de atención. Para terminar, vale destacar que en cualquier caso y en mayor proporción los más empobrecidos, afrontan un alto nivel de gasto “de bolsillo” para atender su salud a través de cualquiera de sus modalidades¹¹¹.

Conclusión de la segunda entrega

La esperable puja entre los diferentes actores, públicos y privados, por la porción de los recursos recibidos constituye un factor determinante del funcionamiento y la calidad del sistema. Sin embargo, el mayor interrogante lo plantea la evidente indefinición del ámbito de responsabilidad y las capacidades efectivamente asumidas por el Estado, en tanto podemos asumir que no será el mercado el que regule, sino que esa es una tarea a cargo de las administraciones gubernamentales.

Recibido el 25/04/10 y aceptado el 28/04/10.

Referencias

- Schardgrotsky E, Mera J, Weinschelbaum F (2001). Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de América Latina: el caso Argentina. Publicado como Transparency and Accountability in Argentina's Hospitals. En Di Tella, Rafael and William Savedoff (eds.) *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals*, IDB Press.
- Katz, I (2004); *Argentina Hospital. El rostro oculto de la salud*. Ed. Edhasa. Buenos Aires.
- Colina J, Giordano O y Rodríguez del Pozo P (2005); *El fracaso sanitario argentino. Diagnósticos y propuestas*. Instituto para el Desarrollo Social Argentino, Informe Especial N°3, Buenos Aires, Abril de 2005.
- Vasallo C, Bascolo E (2001); *De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista*. Serie Documentos de Trabajo N°8, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Sistema de Evaluación Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Buenos Aires.
- Levcovich M y col. (2001); *Estimaciones del gasto en salud. Argentina. Año 1997 y proyecciones*. Ministerio de Economía – Ministerio de Salud, Buenos Aires, Noviembre de 2001.
- González García G, Tobar F (1997); *Más salud por el mismo dinero*. Ed. ISALUD. Buenos Aires.
- Bertranou F (2000); *¿Es redistributivo el gasto público provincial en salud en Argentina?*. Estudios y Consultorías/Economía, Universidad Siglo XXI, Córdoba.
- Memoria de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios. Años 1953 y 1954. Citado en: *Antecedentes del Seguro de Enfermedad en Argentina*, pag. 17. Centro de Estudios Sindicales y Sociales, 1991.
- Danani C. Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social Argentina: el caso de las Obras Sociales. Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires. Disponible al 17/08/05 en: <http://168.96.200.17/ar/libros/lsa98/Danani.pdf>
- Belmartino S. (2002); *Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina*. *Cad. Saúde Pública* v.18 n.4 Rio de Janeiro jul./ago.
- Panadeiros Mónica (2002); *Seguridad Social y competitividad. El caso del sistema de Salud*. Documento de Trabajo N° 72. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, Buenos Aires, Marzo de 2002.
- Moscoco N. (2003); *Agency Problems in the Union-owned Health Services in Argentina*. *Anales de la Asociación Argentina de Economía Política*, public. N° 1830. Mendoza.
- Vasallo C, Bascolo E (2001); *De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista*. Serie Documentos de Trabajo N°8, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Sistema de Evaluación Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Buenos Aires.
- Rowenstein H, Demirdjian G, Rodríguez J. (2007); *Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños*. *Arch Argen Pediatr* 2007; 105(1) 5-11.
- Vilosio J. (2008); *Infecciones respiratorias agudas en niños: costo para las familias y utilización de servicios*. *Evid Act Pract Ambul* 11(1) XX-XX Ene-Feb 2008.

¹. La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) (2005) advertía que ante: “...el legítimo reclamo de aumento salarial de los trabajadores de la salud agrupados en FATSA - cuya expresión pública tendrá lugar mañana en un nuevo Paro Nacional de Actividades de 24h -no podrá ser atendido por el sector prestacional si al mismo tiempo no se avanza, desde el Gobierno Nacional, en la aplicación de medidas para evitar el colapso del sistema...”

¹¹. Sometidas al control de la Secretaría de Comercio, del Ministerio de Economía.

¹¹¹. A propósito de la relevancia de los costos indirectos de la enfermedad de un niño para una familia en Argentina, ver Vilosio (2008) un comentario editorial del trabajo original de Rowenstein (2007).