

CONCURSO ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD DE ARGENTINA

“EVALUACIÓN ECONÓMICA COMPARADA DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO”

PREMIO AES 2001

**EFFECTOS ECONÓMICOS DE LA REGULACIÓN PRESTACIONAL
EN EL MERCADO SANITARIO.
ROL DEL P.M.O. DESDE LA ECONOMÍA DE LA SALUD ***

*** TRABAJO PREMIADO**

Autores:

***Dr. Sergio DEL PRETE**
Lic. Alejandro PLASTINA***
Lic. Pablo PRESSO*****

***** Doctor en Medicina UNLP. Magíster en Administración de Servicios de Salud. UCES. Postgraduado en Economía para no economistas. Sub-Director Académico de la Maestría en Economía de la Salud y Gestión de Organizaciones de Salud. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de La Plata***

****** Licenciados en Economía. UNLP***

ABRIL DE 2001

Este trabajo esta guardado bajo Registro de Propiedad Intelectual. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de sus autores

Este trabajo surgió como consecuencia del premio que anualmente otorga la Asociación de Economía de la Salud de Argentina, que para su edición 2000 correspondió a "Evaluación económica comparada del Programa Medico Obligatorio (PMO).

Pretende ser una investigación explicativa de los efectos que sobre el mercado sanitario y más específicamente el mecanismo asegurador, tiene la aplicación de instrumentos reguladores. En este caso lo que se establece es un "menú prestacional", obligatorio y uniforme en sus contenidos para todos los beneficiarios del seguro social de los trabajadores. Por lo tanto, el objeto de la regulación es la prestación de servicios asistenciales, y el objetivo lo constituye la cobertura igualitaria para todos los afiliados a las Obras Sociales Nacionales por rama de actividad, condición que por Ley 24.754 se hace extensiva a los afiliados a planes de medicina pre-paga.

Dentro de lo que han sido intentos para reformar el sistema de salud argentino, un entramado complejo y heterogéneo de origen, los instrumentos reguladores se han caracterizado bien por su debilidad de origen, o por la resistencia a su aplicación efectiva. En el caso particular del Programa Medico Obligatorio, se añade con su última modificación (aún en suspenso) pretender ser un instrumento no solo de la homogeneización de coberturas (suponiendo así una equidad de fines) sino una herramienta de transformación de la propia organización del sistema del seguro de salud solidario. Más allá de intentar obligar a financiadores y prestadores a garantizar a los beneficiarios el acceso oportuno, libre e igualitario a actividades integrales de promoción y prevención de la salud, procurando modificar el esquema tradicional de atención médica a la demanda, en su "segunda edición" del año 2000 que modifica los contenidos de la Resolución Ministerial 247/96 el PMO sugiere novedosos aspectos instrumentales para la gestión de las Obras Sociales que pasan por la figura del Medico de Cabecera con población a cargo y la conformación de Equipos Básicos de Salud para el primer nivel de atención.

De esta manera, todo asegurador o agente del seguro de salud solidario o privado debe encuadrar su accionar sobre la base de tales lineamientos, para poder actuar dentro del futuro sistema desregulado que habrá de instalarse en el contexto de las Obras Sociales y empresas de medicina prepaga, una vez superada la etapa de conflicto entre Gobierno y sindicatos, y en un escenario que tiene a las prepagas por ahora de espectadoras. Si el objetivo de la desregulación del sector es la libre competencia, el arbitro de la misma es el PMO y sus contenidos. Queda planteado un nuevo aforismo: "Dentro del PMO todo, fuera del PMO nada".

Si bien la idea de utilizar el nuevo esquema sanitario que define el PMO es filosóficamente válida, en la practica no deja de ser un enunciado. Históricamente, el modelo clásico que hace al sistema de salud es el de la reparación del daño, donde existe la percepción de una retribución económica como contraparte. De allí que en el espacio dinámico que configura el mercado sanitario una regulación como ésta, si bien apunta a evitar sus fallas de funcionamiento que perjudican a los usuarios, no deja de incorporar elementos distorsivos, y como es común en nuestro país, resulta vulnerable por múltiples mecanismos. El problema es que tanto la filosofía como el fin último de la medida regulatoria, a todas luces correcta desde el intento de ver la salud a partir de una perspectiva diferente, requiere además de buena voluntad una nueva visión profesional que sustituya la valorización de lo reparador. Especialmente cuando no se sabe como (o no interesa en demasía) poder valorizar no solo económica sino instrumentalmente el aspecto preventivo

En este trabajo, a la sazón ganador de la Primera Mención del Premio en cuestión - que en definitiva quedó desierto- hemos procurado no limitarlo a la simple valoración económica del PMO. Hay otros problemas que deben analizarse en el marco de las instancias regulatorias. Ciertos factores del lado de la oferta han provocado el espectacular crecimiento del gasto real per cápita desde 1980, independientemente de los resultados en materia sanitaria. Toda la evidencia empírica coincide en señalar al cambio tecnológico como el responsable básico. Precisamente, por cambio tecnológico debe entenderse todo un proceso que se inicia a principios de los ochenta y

acompaña al desarrollo, innovación y posterior difusión de nuevos tratamientos médicos, sean técnicas diagnósticas, terapéuticas o nuevos fármacos. Esta gradual incorporación en el tiempo de diferentes alternativas para la atención médica- algunas no debidamente probadas- ha generado además de un creciente gasto sanitario real medio, la percepción que no todas estas tecnologías están al alcance de la demanda, sino en forma parcial y selectiva, de acuerdo a las posibilidades reales –o figuradas- de los financiadores.

Nos ha parecido importante junto a esto objetivar el comportamiento de los profesionales en el contexto de la libre elección –un problema mas retórico que real- situación que condiciona la variabilidad de las tasas de uso a partir de un modelo orientado a facturar prestaciones. Más aún cuando se vincula con un exceso de equipamiento diagnóstico-terapéutico dentro del modelo prestador, situación ampliamente extendida en el país y particularmente concentrada en las capitales de provincia y las áreas metropolitanas. Al mismo tiempo, procuramos introducir un elemento de debate, como son los mecanismos para reducir, sin llegar a lo arbitrario, la particular variabilidad de utilización de las practicas asistenciales dentro del amplio margen que otorga la autonomía profesional, tanto del lado de los financiadores como de los propios prestadores, cuando administran contratos de riesgo tercerizados.

Es interesante a la vez establecer el análisis que planteamos desde la visión de la Economía de la Salud. En un sistema donde participan múltiples agentes económicos, basado en la libre elección, con asimetría de información y comportamientos monopólicos, cualquier intento por acotar los desvíos por parte de los aseguradores para mejorar la distribución de prácticas para los beneficiarios y de recursos financieros para los prestadores se choca con la Ley de Pareto del mercado sanitario: *“en asignación de recursos, pueden obtenerse mejores situaciones hasta un punto en que no puede mejorarse la situación de nadie sin perjudicar a otros”*. ¿Quiénes son los perjudicados? ¿Los beneficiarios del seguro social porque hay distorsiones de consumo que quitan a unos lo que otros obtienen en exceso, o los prestadores, que mejor consiguen ser retribuidos en razón de cómo introducen artificios para modificar las tasas de uso? Por lo tanto: ¿ Que viabilidad ofrece un instrumento regulador basado en una Resolución Ministerial y que apunta a modificar viejos hábitos, si esto afecta los intereses de los prestadores? ¿Cómo hacer efectivo un menú tan amplio como la suma de las prestaciones existentes en el histórico y obsoleto Nomenclador Nacional, si no está garantizado el piso de financiamiento en forma igualitaria? ¿Cómo puede pensarse en un programa Médico Obligatorio de alcance nacional tan uniforme en sus contenidos, si los perfiles epidemiológicos del país son abiertamente contrastantes?

Preguntas concretas, sin respuestas adecuadas, hasta ahora, en un escenario donde la Reforma sectorial es una mera expresión de deseos. Y donde los intereses de sus actores no son, al menos, los que mínimamente puedan definir una base de consensos.

Estas son algunas de las razones que motivaron la presente investigación, además de la posibilidad cierta de participar del Concurso cuyo tema tan acertadamente estableció la AES. Pero también hay otros aspectos que se le agregan, no por ello menos problemáticos: la caótica situación del sistema de salud argentino, hiperfragmentado y atravesado por una crisis que en lugar de unir ideas, solamente aglutina intereses corporativos. Un modelo de organización sanitaria donde el Gobierno Nacional tiene escasa participación, dada la federalización no solo de hecho sino por ausencia de políticas integradoras, y carencia de un plan rector para darle un continente a un modelo financiero y prestacional desbordado de su contenido. Un esquema de formación de recursos humanos que adopta una tradición históricamente contradictoria con el sentido que pretende imponerse al sistema desde una resolución tan débil en su origen como cuestionada en sus contenidos. Un esquema de financiamiento que se contrae dramáticamente no solo por el cambio en el modelo de producción y la consiguiente reducción de mano de obra, sino por la fenomenal evasión y “ elusión“ a que tales fondos están sujetos, si sumamos precarización laboral y mora de aportes. Un complejo entramado asistencial donde la división del trabajo orienta a recargar los hospitales públicos con demanda imposible de satisfacer y presupuestos imposibles de sostener, y un sector privado al que se le estrangulo el “ducto privilegiado” con las Obras Sociales y el PAMI-INSSJyP, -sus sujetos cautivos- quedando sujeto al feroz darwinismo organizativo de un mercado que supuso controlar y lo terminó condenando al ajuste por capacidad

y/o calidad. Y como corolario, un Estado pleno en regulaciones pero absolutamente ineficiente e ineficaz para hacerlas cumplir, que supone un “tigre sin dientes” incapaz de cumplir con su tarea básica de orientar y dirigir las acciones de atención de la salud y por ende hacerlas mas equitativas en cuanto a cobertura y accesibilidad en esta Argentina en tiempos del ajuste permanente.

Escenario complejo, si lo hay, para hacer una evaluación económica comparada del Programa Medico Obligatorio, pero no por ello motivo como para impedir estimular la búsqueda de información -difícil también en nuestro país-, trazar comparaciones, imaginar escenarios y establecer consideraciones al respecto, para finalmente esbozar alternativas que, al menos, puedan ser sujetas a crítica o aprobación, en un momento en que sobran diagnósticos pero faltan ideas...

Sergio H. Del Prete
Alejandro Plastina
Pablo Presso

A nuestras familias

INDICE TEMATICO

1.- INTRODUCCIÓN	Pag. 1
2.- FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO DENTRO DEL ESQUEMA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD.....	Pag. 9
3.- JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN LA DEFINICIÓN DEL MENÚ PRESTACIONAL.....	Pag. 17
4. OBJETIVOS E IMPLICANCIAS FINANCIERAS BÁSICAS DEL PMO.....	Pag. 19
5.- CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS BÁSICOS DE COBERTURA DE SALUD. HIPÓTESIS DE CONSTRUCCION DEL PMO.....	Pag. 23
6.- VIABILIDAD FINANCIERA DEL COMPONENTE SOLIDARIO DEL SISTEMA DE SALUD Y ROL DEL PMO.....	Pag. 30
7. EFECTOS DEL P.M.O. SOBRE LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA DEL SECTOR. FORTALEZAS Y DEBILIDADES.....	Pag. 35
8. LA ECUACIÓN COSTO/CALIDAD Y EL PMO.....	Pag. 61
10. BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA	Pag. 64

EVALUACION ECONOMICA DEL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO
EFFECTOS ECONOMICOS DE LA REGULACION PRESTACIONAL EN EL
MERCADO SANITARIO.
ROL DEL PMO DESDE LA ECONOMIA DE LA SALUD

1. INTRODUCCIÓN:

Con el transcurso del tiempo, los sistemas de salud latinoamericanos se han visto obligados a incorporar diferentes instrumentos de control de costos, tendientes bien a reducir el gasto global o a incrementar el componente privado del mismo, en tanto se mantiene constante o disminuye la erogación presupuestaria del componente público y se ajustan los montos correspondientes a la seguridad social. Los procesos de reforma sectorial se han direccionado en ese sentido, planteándose la necesidad de alcanzar más equidad y eficiencia en la utilización de los recursos, sin dejar de prestar especial atención a los grupos de población con mayor vulnerabilidad y a la resolución de los problemas considerados básicos y prioritarios en el campo sanitario.

No obstante, ni las reformas sectoriales adoptadas han logrado en la práctica garantizar niveles básicos de cobertura financiera y accesibilidad a servicios de similar calidad, como tampoco han incidido en la baja del gasto, fuertemente condicionada por los agentes del sector. Por otra parte, el tema social, la pobreza absoluta y los niveles de desigualdad de renta se hallan en el centro del escenario latinoamericano, con una magnitud y profundidad que remite a principios del siglo XX.

Frente al fracaso de muchas de las políticas adoptadas en la década de los noventa, la Región se halla en riesgo cierto de explosión social, de mantenerse y aun agravarse los actuales niveles de exclusión que no solo abarcan a los segmentos históricamente pobres, sino a una nueva clase social de empobrecidos – ayer trabajadores ocupados mano de obra intensiva- que han perdido su cobertura del seguro social como resultado de la profunda alteración del mundo del trabajo y de la regulación del contrato social

Bajas tasas de cobertura efectiva, persistentes y significativos desequilibrios financieros y una inadecuada asignación, gestión y control de los recursos del componente social del gasto en salud no son más que el reflejo de los vaivenes causados tanto por la introducción de diferentes alternativas para reestructurar el modelo solidario del seguro social como por la manera de adaptarse los financiadores y sus “socios” prestadores a las particularidades y complejidades que han ido presentando los nuevos mercados y submercados de salud.

Y si por una parte las expectativas y propias demandas de la sociedad en materia de salud y atención médica se han vuelto una espiral creciente de presión sobre el sistema, también es cierto que ha existido una espiral de asignación ineficiente de recursos y de expansión ilimitada de oferta del complejo tecno-asistencial, con una

agudización paralela de las desigualdades en salud. La dilapidación de incontables recursos en los servicios médicos cuya poca efectividad se evidencia en la dificultad de calificar resultados adecuados se paga con la contracción del gasto público y la reducción de servicios básicos para los más necesitados.

En este marco inquietante, que deja traslucir décadas de ausencia de políticas sanitarias mínimamente consensuadas, de falta de liderazgo de los Ministerios Nacionales en la defensa de la salud como componente del desarrollo humano y de las “distracciones” y equivocaciones del propio Estado en su doble rol de agente principal del sector público y conductor-regulador de la dinámica del sistema en su conjunto, es que se han propuesto correctivos instrumentales para reencauzar en el mediano y largo plazo la crónica crisis del sistema sanitario.

1.1- Entrando en tema. Una breve reseña de los mecanismos aseguradores y su regulación

Como todas las formas de seguros, el seguro de salud es un sistema de protección contra la pérdida financiera. Un determinado número de ciudadanos se obliga a cotizar de su salario o a pagar cierta suma de dinero para garantizar que recibirán una compensación de sus costos relacionados al uso de una forma específica de atención de su salud. La premisa para el aseguramiento de la salud es sencilla: para cualquier persona: la necesidad de consumir unidades de salud es impredecible y muy costosa, aunque pocas personas colectivamente requerirán atención sanitaria en un particular período de tiempo. Entonces, construyendo un “pool” de riesgos entre grandes cantidades de personas y de recursos disponibles, los seguros permiten garantizar el acceso al cuidado de la salud de quien se enferma y a su financiación.

El sistema de Obras Sociales es un seguro cuasi-público que proporciona a los trabajadores y sus familiares una cobertura segura de salud, cuando se pierde la misma por alguna circunstancia ajena a la voluntad de la persona. Fue planificado para una economía con pleno empleo, que no tenga como variables dependientes la evasión, morosidad, ni mucho menos de informalidad laboral. Por tal razón, para acceder a sus beneficios es necesario ocupar un empleo en la economía formal, debidamente registrado por la Cuenta Unica de Inscripción Laboral, y que las empresas contratantes realicen mensualmente los aportes correspondientes que se suman a la cotización sobre salario del propio trabajador generando una retención neta del 8%. La participación en el sistema es obligatoria para los trabajadores y sus patrones. En este sistema no hay carencias ni exclusiones por diferencia de riesgo, como tampoco los consumidores pueden elegir entre planes de salud.

El modelo de contratos privados de seguro de salud, por su parte, resulta de la compra voluntaria de un determinado plan que los individuos o sus familias puede elegir bajo condición de competencia. Independientemente de la renta que dispongan, la mayoría de los compradores estarán más proclives a elegir planes de bajos precios, si los aspectos esenciales de éstos son aceptables. Para promover la competencia, hay cuatro mecanismos por los cuales los aseguradores pueden bajar los precios de los contratos de seguro

- Tratando de asegurar solo a la gente de bajo riesgo, y evitando cubrir a quienes están enfermos o excluyendo cobertura explícitamente bajo ciertas condiciones preestablecidas

- Ofreciendo menores coberturas, limitando los alcances y extensión de los servicios cubiertos
- Evitando el uso “excesivo” de los servicios cubiertos
- Reduciendo el costo administrativo y de transacción del plan

Cada uno de estos mecanismos puede determinar problemas significativos para algunos usuarios. Primero, que para las personas de bajos ingresos, la prima mensual del seguro privado sea inalcanzable. Segundo, que la complejidad del argumento contractual, también llamada “letra chica” del texto, provoque que los consumidores no puedan entender ciertos aspectos del menú prestacional, o bien quedar atrapados por una maraña de actuaciones y tramitaciones cuando deben requerir cierto tipo de cobertura asistencial, por ejemplo carecer de tiempos más amplios de internación, de ciertas prácticas, etc. Finalmente, que los aseguradores prefieran no dar cobertura a quienes poseen enfermedades preexistentes, con lo que pueden quedar exentos de cobertura adecuada, especialmente si están enfermos al momento de asegurarse, debiendo en tal caso recurrir a los servicios públicos de salud. Sea por rechazar las personas que presentan alto riesgo o precondiciones existentes de enfermedad en el momento del contrato, o al establecer períodos de exclusión de 6 a 12 meses dentro del período contractual, los seguros privados pueden forzar la transferencia de demanda a los hospitales estatales, factor que contribuye a aumentar los gastos del sistema público de salud. Esto es lo que usualmente ocurre en las ISAPRES de Chile con los eventos de salud denominados catastróficos.

Algo similar ocurre con la transferencia inducida de la carga prestacional desde las obras sociales con bajos niveles de recaudación y tasas de uso excesivas hacia el sector público. Este mecanismo de racionalización encubierta da lugar a que buena parte de la demanda de la población afiliada no sea contenida por las propias aseguradoras, debiendo asistirse directamente en el ámbito de los hospitales públicos. De esta manera, el problema del “desfinanciamiento” de las obras sociales es absolutamente falaz, toda vez que el flujo de cotizaciones se mantiene aún cuando no se brindan o paguen prestaciones, siendo tal problema resultado de un inadecuado patrón de gestión. En consecuencia, se produce un incremento de los pasivos prestacionales y además una contracción de la demanda hacia las instituciones privadas

El mecanismo de selección adversa de pacientes puede así condicionar al Estado a regular a los aseguradores privados, de forma que acepten sin condiciones a la gente con enfermedad preexistente, ya sea restringiendo la forma en que los aseguradores ponen precio a la cobertura o requiriéndoles a su vez la obligación de garantizar varios tipos de cuidados de salud de alto costo. Al mismo tiempo, forzar a las Obras Sociales a no fomentar “trampas” dentro del sistema solidario, que sean causal de inequidad horizontal.

En el caso específico de los contratos privados, las regulaciones sobre los mismos juegan un rol esencial en estabilizar el sistema competitivo, procurando homogeneizar un piso contractual básico. Dada su finalidad con fin de lucro, en ciertos casos, los aseguradores pueden no desear entrar o bien permanecer en mercados con tales características.

La regulación estatal sobre los seguros de salud se orienta hacia dos objetivos centrales:

- Mantener el mercado de seguros cuasi-público y privado con comportamientos relativamente estables y mínimamente homogéneos
- Proteger a los usuarios de los desvíos y abusos, sea por restricciones al consumo de unidades de salud derivadas de insuficiencias financieras de los aseguradores, o por normas contractuales limitantes que hacen que los servicios “comunes y habituales” de los planes de cobertura sean de baja calidad.

La presencia y el desarrollo de acciones del Estado en el campo sanitario obedece, en general, a la existencia de fallos de mercado que hacen necesaria la intervención pública para solucionar problemas concretos de la sociedad en un momento determinado. Sin embargo, dada la rápida dinámica que envuelve las gestiones de gobierno en los países de mercados emergentes, las condiciones que dieron lugar a una regulación determinada cambian, y aparecen en su lugar nuevas circunstancias económicas y sociales que dan lugar a intensos debates políticos y técnicos. Para su resolución, puede ponerse en consideración todo el instrumental analítico que se dispone desde la Economía de la Salud: valoración de incidencia, eficiencia, efectos económicos, evaluación de costo/efectividad, principios de equidad, etc.

En general, dado que los consumidores se pueden diferenciar según sus niveles de renta, existe un segmento que se encuentra en condiciones de asignar una proporción de su riqueza a comprar servicios de salud o seguro médico. Esta sería la demanda de los contratos de la medicina prepaga. Otro segmento mayor, de población trabajadora y con ingresos medio-bajos, que no puede cubrir con su renta el costo marginal de un paquete básico de servicios sanitarios, lo tiene *en teoría* garantizado desde el seguro solidario de salud a partir de la suma de cotizaciones y aportes. Si el fundamento del sistema de financiamiento de los seguros médicos comprendidos dentro de la seguridad social es el vínculo laboral, el solo hecho de la inclusión formal dentro del mercado de trabajo garantiza automáticamente que la persona incorporada posea cobertura médica, en forma independiente de la voluntad que haya manifestado al respecto

El problema es que, dada la diferencia de dichas cotizaciones por rama de actividad (la combinación del conjunto de ingresos promedia una cápita general del sistema que alcanza aproximadamente los \$33,53/mes por afiliado, pero con un rango que oscila entre \$ 12 y \$ 67/cápita/mes) las posibilidades que tienen un gran número de OS de financiar cobertura *efectiva* de un amplio menú prestacional se van reduciendo. Por la propia condición del financiamiento, que relaciona los ingresos con el vínculo laboral, la recaudación resulta sensible al tipo de trabajo del afiliado y al propio nivel de actividad económica. El sistema de financiamiento basado en el salario y no en cálculos con base actuarial que reflejen el costo esperado de la atención médica, como se da en la práctica en cualquier actividad aseguradora, da como resultado la ausencia de equilibrio entre los recursos disponibles de cada ente y sus probables egresos.

Esta disociación ingresos/egresos que posee cada entidad en forma independiente implica la virtual imposibilidad de garantizar simultáneamente viabilidad financiera del sistema con cobertura prestacional extensa y predeterminada.

Con relación a la tercer pata del sistema -los servicios sanitarios contratados por ambos modelos de aseguramiento- la característica para su evaluación en términos de accesibilidad y resultados es poseer dos dimensiones de análisis cuali-cuantitativo: tasas de uso y atributos de calidad (no solo asistencial sino de servicios no médicos). Estos

servicios son, en un 80 a 90% de los casos, provistos por proveedores privados que, entre sus objetivos, procuran apoderarse de nichos de mercado y maximizar sus beneficios y a la vez ofrecer una amplia gama de coberturas sin tener en cuenta la calidad de resultados, habitualmente poco auditada por los aseguradores que los contratan.

Dado que el ámbito principal de aplicación del PMO es el seguro social solidario de salud de los trabajadores, ya que su cumplimiento es obligatorio para todos los agentes del seguro de salud (Obras Sociales) y que su extensión por Ley 24.754 a los planes de cobertura asistencial de la medicina denominada “prepaga” incorpora a este beneficio a la población con seguros privados, analizaremos excluyentemente la relación de estos financiadores con el comportamiento del mercado privado de prestadores. El Hospital Público, por definición, no puede imponer restricciones de atención o de prestación, salvo los instrumentos de contención de demanda como las colas de atención al público y las listas de espera para internación clínico-quirúrgica.

En realidad, no es más que la identificación de un sistema perverso de división de trabajo dentro de las redes prestadoras publico-privadas, orientado a trasladar al sector público la patología con mayor promedio de estada y menor “rentabilidad asociada” y recupero de costos.

La herramienta que aquí vamos a analizar es el Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO) creado por Decreto 247/96. En el presente trabajo, el análisis del efecto del PMO parte del intento del Estado por promover igualdad de oportunidades de atención médica en el componente del seguro social del sistema sanitario argentino, extendiéndolo a la medicina pre-paga, a partir de la definición, formulación y puesta en funcionamiento del mismo.

El análisis de fortalezas y debilidades de esta medida regulatoria parte de la justificación de la intervención pública frente al principal problema del seguro social que es su inestabilidad financiera, considerando los objetivos que persigue la aplicación del PMO y sus actuales modificaciones. Para tal fin se aplica un mecanismo de evaluación económica que se fundamenta en la minimización de costos, ya que para efectuar un análisis costo/efectividad se carece de indicadores de efectividad de la actividad asistencial, no hay cálculo estimado de Vidas Salvadas ni de Años Ajustados por Calidad, o simplemente de Utilidad, entre otros aspectos. Solo resulta posible partir del reconocimiento de un beneficio común a ambos planes, y demostrar que los menús prestacionales son similares, aunque pueden alcanzarse con costos diferentes, ajustando las variables propias de la producción sanitaria. Asimismo se analizan las implicancias que provoca, tanto de rediseño asistencial como financieras, a nivel del modelo prestador.

2.- FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO DENTRO DEL ESQUEMA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los gobiernos, en general, reconocen su responsabilidad en garantizar a la población accesibilidad a un conjunto de servicios clínico-asistenciales básicos. El dilema que generalmente se les presenta es optar entre dejar los recursos disponibles para la atención de la salud orientados a la cobertura en función de la lógica de oferta-demanda del mercado sanitario, con todas sus fallas, o establecer regulaciones sobre los servicios y prestaciones que deben integrar tal conjunto. Particularmente al sector, y más allá de eventuales juicios de valor influidos por la clásica discusión entre Estado y mercado, las variables a incorporar en la decisión de establecer regulaciones se fundamentan en la eficacia relativa de las intervenciones en razón de sus costos, en las patologías sujetas a cobertura y las intervenciones adecuadas para resolverlas, en la dimensión, distribución y complejidad de los problemas de salud que afectan a la población de acuerdo a sexo, edad, lugar de residencia, etc., y de los recursos efectivamente disponibles para la misma.

El sistema de servicios de salud es un conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados, a través de los cuales los recursos humanos y de infraestructura se ordenan y nivelan por medio de un orden administrativo y de organización de la tecnología médica y de la oferta sanitaria para ofrecer prestaciones de salud integral. Para que estas prestaciones tengan impacto efectivo sobre el nivel de salud y maximicen la utilidad como bienestar de la población cubierta, sin excepciones, debe tener calidad uniforme y proporcionarse en forma continua e integral de acuerdo a las necesidades de cada individuo. El alcance porcentual y el impacto epidemiológico que la cobertura de salud y la accesibilidad a la atención médica puedan alcanzar dependen de la variedad y complejidad de los servicios que se ofrezcan a la población, que a su vez es función de la organización del sistema, del escalonamiento tecnológico y de la interrelación de los establecimientos prestadores de atención a la salud. En definitiva, es función de la viabilidad práctica que tiene el usuario para resolver sus problemas comunes, y, en caso necesario, de acceder a los niveles de atención con cada vez mayor capacidad resolutoria.

Es habitual que dado el aforismo que plantea “no hay enfermedades sino enfermos”, una persona requiera de varias intervenciones relacionadas o no entre sí para resolver el motivo de su demanda inicial de atención. Por tal motivo, al analizar costos y beneficios de cada intervención, o mejor al evaluar la costo/efectividad de las mismas, se observa la conveniencia de agruparlas a fin de reducir la variabilidad que poseen en forma individual en cuanto al costo de proveerlas. En un menú de cobertura obligada de servicios de salud es usual la presencia de intervenciones orientadas al componente materno infantil, a la salud mental, a las enfermedades no transmisibles y a ciertas enfermedades transmisibles que no requieren excluyentemente tecnología médica y recursos hospitalarios, así como de actividades de prevención para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares de alto riesgo y oncológicas que podrían reducir el actual peso relativo de la morbilidad en un 5-10%.

Un aspecto, básico y central a las reformas de los sistemas de salud, lo constituye las herramientas técnico-operativas provistas por la Economía de la Salud. Por una parte lo concerniente a la generación y el análisis de la información, mediante un abordaje empírico de los datos de relevancia para la política sanitaria, con rigor metodológico, que permita disponer de indicadores precisos para la toma de decisiones en los niveles de macro y mesogestión. Y a su vez para la propia información a las personas. Por otra, el diseño e incorporación de los instrumentos idóneos que se apliquen a los tres niveles de gestión del sistema (macro, meso y micro), a fin de modificar el funcionamiento integral del mismo, corregir sus desequilibrios y adecuar los resultados. Nuevas regulaciones, separación financiación-provisión, competencia regulada, incentivos, canasta básica de prestaciones y evaluaciones económicas en la gestión clínica, más trazadores para comparar resultados, son alguno de ellos. Muchos ya son parte activa de los procesos de reforma sectorial en Latinoamérica.

El avance del seguro social solidario argentino hacia un modelo donde se permita la libre competencia por la captación del afiliado, históricamente cautivo de una Obra Social según la rama de actividad que le tocaba ocupar en el mercado laboral, más la introducción de reglas de mercado como la competencia administrada o gerenciada dentro de un nuevo mercado sanitario, generan particulares y novedosas reglas de juego para los aseguradores -incluyendo las empresas de medicina prepaga- y para los prestadores. Principalmente con estos últimos, cuyo modelo de gestión basado en una medicina "reparadora y curativa" se centraba las esperanzas de la población respecto del continuo y publicitado avance de las especializaciones y superespecializaciones, mas la incorporación desenfrenada de tecnología de punta, cuya convivencia con la vieja tecnología a la que no sustituía en totalidad no solo generaba distorsiones de la oferta sino una profunda puja por la apropiación de la retribución económica a que daba lugar su utilización, dados los beneficios financieros correspondientes.

El sector no solo vive un profundo desfinanciamiento como resultado de la caída de afiliados y beneficiarios del seguro social, dada la precarización del contrato laboral, sino por la baja del porcentaje de aportes patronales, mas la morosidad y la evasión crónica que se transforma en elusión. Según datos de la Fundación Isalud, el costo total de tales proceder es de \$M 14.735, correspondiendo el 77,5% a artilugios ilegales de los empleadores para mejorar su rentabilidad eludiendo los aportes patronales. Al mismo tiempo, el nivel de endeudamiento del sector ha crecido. La misma fuente admite un pasivo total del orden de los \$M 4.000, que en un 90% corresponde a deuda de financiadores con proveedores médico-asistenciales.

Frente a la realidad de restricciones a la cobertura, desvíos de pacientes al sector público asistencial y crisis financieras de los agentes del seguro de salud, y como paso previo a la desaparición o fusión de todas aquellas Obras Sociales que tuvieran inviabilidad financiera para mantener su gestión aseguradora, el Gobierno Nacional instituyó el PMO como cobertura básica en función de lo establecido por el Decreto 492/95, generando un piso de atención médica, a la vez que creaba su propio techo. Una comisión intersectorial creada al efecto procedió a elaborar los contenidos del Programa, estableciéndose un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible a los agentes aseguradores alcanzados por las leyes 23.660 y 23.661.

¿Es el PMO como conjunto básico de necesidades en salud una herramienta económica o técnico-administrativa para favorecer eficiencia y equidad en el ámbito de los seguros cuasi-públicos y privados de salud?. Los cuestionamientos sobre si los servicios

de salud deben concentrarse en medidas preventivas en oposición o conjuntamente con medidas curativas son, en definitiva, aspectos relativos a la combinación adecuada de intervenciones, en un esquema financiero de recursos finitos. En principio, una de las decisiones más difíciles que deben adoptar los gobiernos es garantizar la mayor cantidad posible de servicios de salud a la población beneficiaria, sin exclusiones ni barreras de acceso. Por lo general, dadas las características del complejo médico industrial de la salud y el acento en la práctica intervencionista, lo que se financia prioritariamente son actividades de alto costo y baja eficacia, privando al mismo tiempo a grandes segmentos de beneficiarios de servicios que por su impacto son altamente eficaces en términos de costos. Precisamente, muchas de las intervenciones más eficaces y de costo mínimo son de índole preventiva o se encuentran categorizadas como de Atención Primaria.

Podríamos decir que las coberturas que el PMO tiende a garantizar son el resultado de una ecuación compleja con distintas variables, y entre estas las que tienen más peso relativo son las económicas. Ya sea por el alcance o la extensión de cobertura deseada por la autoridad reguladora, se crea un doble dilema ético y económico, en un contexto donde además ambos factores interactúan entre sí. En ciertos aspectos es un problema de la ética médica que se materializa a través de un problema económico de recursos escasos, y en otros es un problema de la macroeconomía del sector que da lugar a un cuestionamiento desde la esfera bioética.

Tanto la cobertura como las prestaciones denominadas básicas son el resultado de dos variables: en primer lugar de la necesidad expresada como demanda - esto es necesidad con poder de compra aunque sea a partir de un tercer pagador - y en segundo lugar de las características que adopta en su devenir histórico el modelo prestador, siendo la vinculación entre ambas lo que determina diferentes situaciones de acuerdo a las combinaciones que puedan generarse.

A partir de esta visualización del problema, es que el PMO se estructura en tres niveles. El primero, ambulatorio de complejidad simplificada o baja y orientación preventivo-curativa, dispone de accesibilidad directa que se intenta garantizar a partir de incorporar la figura del Médico Referencial (MR) cada 1000 beneficiarios con acceso sin co-seguros. Le continúa un segundo nivel ambulatorio o con internación referencial e indirecta al que se accede por derivación desde el primer nivel por indicación taxativa del MR, de complejidad especializada o mediana y co-seguros solo en interconsulta (actuando como ticket moderador), y un tercer nivel de alta complejidad y baja utilización también con cobertura 100% garantizada en su financiamiento por la Superintendencia de Servicios de Salud. En el caso de la internación, que incluye gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radiactivo, medicamentos, insumos descartables o no, no existen límites prefijados de tiempo. A las modalidades de Hospital de Día y Cirugía ambulatoria le corresponde una cobertura idéntica a la de internación. Al mismo tiempo, se establece un límite de 30 días en la lista de espera de cirugías programadas.

Sin duda, esta intencionalidad del PMO como un mecanismo de regulación ordenada del mercado sanitario a mediano y largo plazo se contrapone con la figura de la libre elección y al avanzar en la estratificación ordenada y sucesiva de la atención médica y evitar mecanismos indirectos de "ajuste de gastos", condiciona la configuración de un esquema prestacional distinto al actual. Se produce también un replanteo funcional para los aseguradores, ya que deben prestarle atención al esquema de grupos de riesgo, externalidades y prioridades, más que al simple funcionamiento sobre la base de la demanda.

Un planteo que deberíamos formularnos a esta altura es si solo con la intencionalidad dirigista de una Resolución del Ministerio de salud, en un país caracterizado por innumerables regulaciones que se eluden o directamente no se cumplen, es posible provocar algún cambio significativo no ya a nivel de coberturas sino de reorganización mínima del sistema. Pero en principio el PMO es un instrumento apto para modificar el sistema contractual de servicios entre aseguradores cuasi-públicos y privados con sus redes, ajustando las cápitas de riesgo a las reales tasas de uso de la demanda, al quedar obligadas a incorporar el menú de prestaciones que éste posee, tanto curativas como preventivas.

El gran interrogante del PMO no es el “*que*”, predefinido con el menú prestacional, sino el “*como*” y el “*cuanto*” de su implementación. En el caso de la primer variable, la normativa expresamente introducida, como ya se señaló, apunta a definir un nuevo modelo prestacional, con un esquema centrado en la necesidad de cerrar en un piso mínimo obligado el patrón contractual entre entidades aseguradoras y prestadoras, al partir de obligar a una cobertura que denomina básica, pero que no es más que el Nomenclador de Prestaciones asistenciales casi completo. Respecto del “*cuanto*”, motivo central del presente trabajo, si el costo que se estima para financiar un PMO más descriptivo que el promulgado en 1996, es similar al piso de garantía de cápita de cada beneficiario por Obra Social, la restricción económica que puede crear pone en duda la viabilidad económico-financiera de los prestadores para garantizar su cumplimiento en términos de coberturas efectivas y calidad de resultados, dado el incentivo negativo que posee el beneficiario no solo para restringir sus consumos sino para reducir conductas de riesgo. Esto es previsible toda vez que cuanto más cubre el seguro, menores los incentivos económicos normales para conseguir la eficiencia (Stiglitz, 1997). El problema es que una instancia pensada para ordenar la mesogestión (relación aseguradores/prestadores), requiere estrecha coordinación con la microgestión (la practica profesional) para ser eficiente en términos de costo/efectividad.

Finalmente, las evidencias del sector sugieren que las entidades de medicina prepaga, de por sí obligadas a cumplirlo por Ley, son remisas a brindar tan amplio menú prestacional a sus afiliados contractuales a un valor que estiman significativamente bajo, sin discriminar por riesgo.

2.1. Principales características del Programa Médico Obligatorio

En su filosofía, el PMO determina la manera como esta conformado el régimen de prestaciones obligatorias a proporcionar a todo beneficiario por parte de su asegurador, excluyendo expresamente cualquier período de carencia – esto último de impacto en la medicina prepaga dada su característica historia contractual. Ya desde la Ley 18.610/70 y la Resolución INOS 365/76, el tema de las prestaciones mínimas y los co-seguros venía siendo objeto de priorización, tanto para garantizar un piso de atención como para disuadir los fenómenos de “azar moral” originados en la creación de los terceros pagadores. Asimismo, en el caso de prácticas no contempladas – casi ninguna de las habituales- los agentes del seguro podrían brindarlas bajo régimen de excepción. Posteriormente, atento la Ley 23.661, Anexo 89 como la Resolución SS7MS Nro. 119/89 y 199/90 fueron estableciendo el régimen de prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas y las consideradas prioritarias y críticas.

El Programa Médico Obligatorio establecido a partir del Decreto 492/95 incluyó la atención de las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos médicos que las Obras Sociales (OS) y empresas de medicina prepaga (EMP) debían dar a sus afiliados y

beneficiarios, al igual que un menú de actividades preventivas. Su objetivo era darle a las OS “ un instrumento que permita controlar las prestaciones a que están obligadas, haciéndolas más eficaces y eficientes desde el punto de vista prestacional y administrativo”. En realidad, traía consigo el inicio del proceso de fusiones entre O.S, ya que en su artículo 3ro establecía taxativamente que “en los casos que un Agente del Seguro de salud no se encuentre en condiciones de brindarle el PMO a la *totalidad* de sus beneficiarios, dispondrá de un plazo para proponer su fusión con uno o más Agentes del Seguro de Salud, de forma que permita a sus beneficiarios el acceso al PMO. Transcurrido dicho lapso sin que esta fusión se concrete, la ANNSAL dispondrá la fusión obligatoria...”

La “canasta” de prestaciones quedó comprendida por:

- Embarazo, parto, enfermedades oncológicas y las principales patologías. Las Obras sociales que quisieran otorgar adicionales de cobertura podrían hacerlo con el cobro de aportes adicionales o sin él.
- El establecimiento de un co-seguro para la atención ambulatoria, como ticket moderador, de entre \$2 a \$10, según sea para médico de cabecera (\$2), especialista (\$3), diagnóstico (\$5), salud mental en consultorio (\$6) y consulta de alta complejidad (\$ 10), con la idea de disuadir la consulta frecuente al especialista y superespecialista. Partía de la suposición que es en el nivel ambulatorio donde existen mas desvíos prestacionales por inducción de demanda, trasladando el riesgo a los beneficiarios.
- El valor del medicamento en ambulatorio cubierto en un 40% de su precio en farmacia, siendo del 100% en internación
- Para salud mental, la atención en consultorio se extiende a un máximo de 30 sesiones/afiliado/año, lo que equivale a 2.5/mes. Las internaciones solo incluyen patología aguda hasta 30 días/afiliado/año.
- En los casos de alta complejidad, drogadependencia y trasplantes, la cobertura se mantiene bajo la Superintendencia de Servicios de Salud (Ex ANSSAL) a través del Fondo Solidario que se recauda de retener el 10% de la recaudación de Obras Sociales Nacionales y el 15% de las de Personal de Dirección
- Se introduce la figura del médico de cabecera, teniendo como objetivo que el paciente no concurra en forma directa al especialista, sino una vez que sea derivado por el primero, que funciona como un “gatekeeper”. Una vez atendido por el especialista y hasta que concluya el tratamiento, no requerirá volver a solicitar autorización al médico de cabecera

La definición de un menú de prestaciones ha sido un instrumento importante para determinar el ámbito de acción del Estado en aquellos bienes privados que pueden ser constitutivos de necesidades básicas. En el caso de la salud, y a pesar de la sensibilidad de las personas frente a la valoración de la vida, su riesgo y las condiciones de incertidumbre que rodean al proceso salud-enfermedad, suelen existir diferencias con los tomadores de decisión a nivel de aseguradores cuando son proclives a restringir o excluir

sistemáticamente determinadas actividades asistenciales dado su elevado costo, especialmente en el caso de los eventos denominados catastróficos.

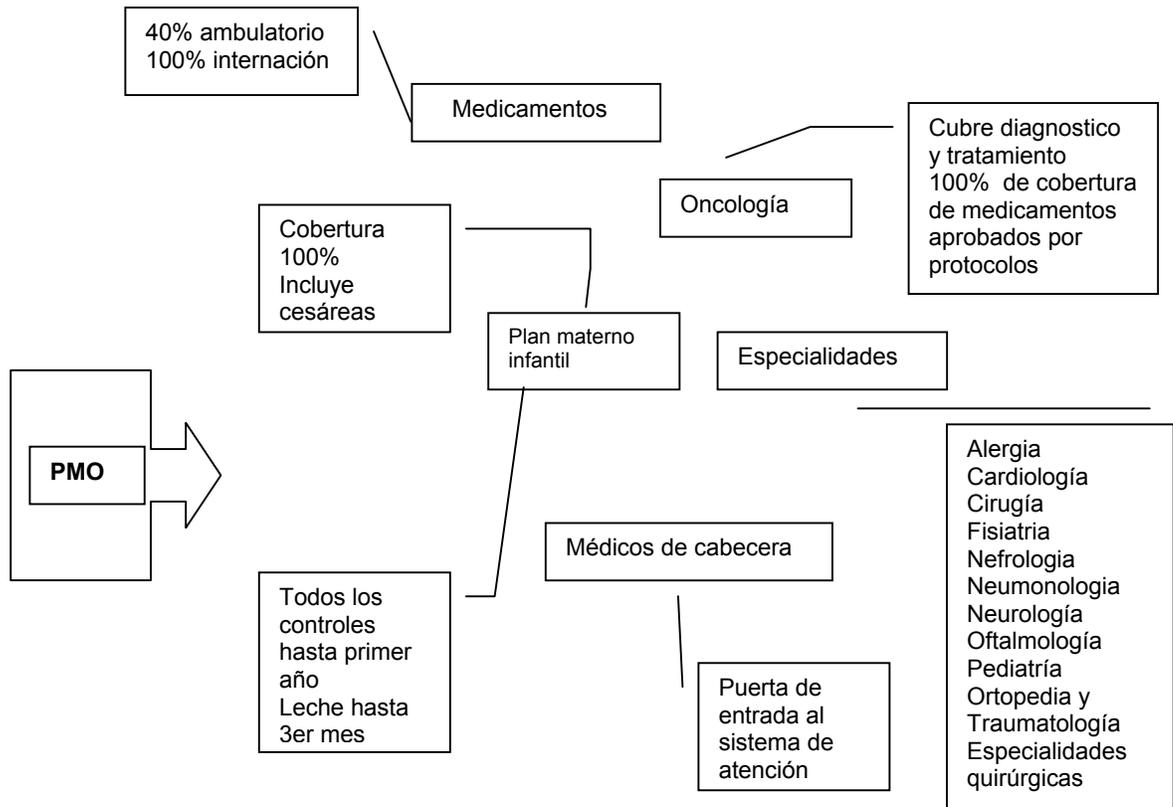


Fig. 1. Esquema básico del Programa Médico Obligatorio de 1996

Un bien cuasi privado como la salud, con una fuerte carga de aleatoriedad en el inicio de la enfermedad -con la posibilidad que ésta pase a la cronicidad - requiere una modalidad particular de aseguramiento en cuanto a la garantía de cobertura de la propia enfermedad que, mas allá de ofrecer financieramente el valor presente del gasto futuro a quienes pierdan su estado de salud, permita estandarizar eventos y costos de atención. De allí que las canastas básicas (en el caso argentino el denominado Programa Médico Obligatorio) hayan llegado a ser una enunciación lo más amplia posible de las prestaciones médicas actualmente disponibles.

En un momento de cambio para la historia del modelo prestador argentino, el nuevo PMO aprobado por Resolución Ministerial 939/00 incorpora dos tipos de cuestiones que además de acciones preventivas agrega estrategias puntuales de gestión, como es la incorporación del médico de referencia (MR) con un número determinado de beneficiarios a cargo, así como elimina los co-pagos de \$ 2 a los que se incorporan al Programa de Atención Médica Primaria con Equipos Base (EBAMP). Si bien es loable la intención de

volcar el modelo hacia la Atención Primaria –algo bastante difícil de lograr solo por una normativa de por sí voluntarista-, al mismo tiempo se coloca *expresamente* un piso financiero al costo total del programa médico, en una cifra estimada como levemente inferior a la supuestamente calculada para el viejo PMO de 1996.

En sí, la incorporación de estos nuevos componentes genera algunas dificultades operativas, que eventualmente pueden llegar a ser salvadas en el mediano y largo plazo. En primer lugar, respecto de los recursos humanos para ser incorporados como médicos de cabecera, no existe en la estructura prestacional argentina superpoblada de especialidades la suficiente cantidad de médicos con “una sólida formación en medicina general y excelente manejo de la relación médico paciente”, como lo expresa la resolución 939/00, y que además puedan desarrollar en forma simultánea una suerte de medicina gerenciada (ya que se le incorpora la responsabilidad de la atención de un grupo poblacional preestablecido).

Al ser la puerta de entrada al sistema de atención programada, el MR se obliga a realizar un encuadre general del paciente, planificar y poner en marcha el proceso de estudio y tratamiento de la dolencia, y solicitar o autorizar en el segundo nivel la interconsulta especializada. Simultáneamente, con el resto de los beneficiarios a cargo debe realiza un seguimiento horizontal y vertical de los mismos, programar la atención en consultorio y efectuar visitas a sus beneficiarios internados, e interactuar con el medico tratante en el segundo nivel, verificar la calidad de atención, mantener actualizada la historia clínica familiar, programar acciones de promoción, educación y prevención inespecífica de la salud, formar parte del desarrollo de programas específicos de prevención que instrumenten los aseguradores según lo establecido por el PMO y contener la demanda dentro de las tasas de uso adecuadas a la capacidad financiera del asegurador. Un verdadero superhombre .

Respecto de las actividades de prevención que incluye el nuevo programa, dice la Resolución que “la obligatoriedad y uniformidad de las acciones de prevención en todos los Agentes del Seguro, permite evaluar su implementación y resultados así como dar espacio a las necesarias correcciones de rumbo en base a las mediciones efectuadas sobre el proceso sanitario”. Si bien incorporar la prevención es además de eficiente en el sentido de lograr acciones costo/efectivas con menores erogaciones, posibilitando mejorar sensiblemente la calidad de vida de los beneficiarios, estamos hablando del subsector de obras sociales y los prestadores privados. A ese nivel, además de ser la prevención parte de la división de trabajo con el sector público, no existen los recursos humanos adecuados ni esta contemplado el costo de los recursos materiales que implicará ciertos controles protocolizados en la prevención de patologías crónicas, en una población que presenta una significativa patente de transición demográfica y epidemiológica.

El PMO de la Resolución 247/96 incorporaba como capítulos sujetos a acciones de prevención los siguientes Programas de Promoción y Prevención General: “Plan Materno Infantil”; “Embarazo y Parto”; “Infantil”; “Programa de Enfermedades Oncológicas”; “Odontología Preventiva” y el “Programa de asistencia básica de médicos generalistas” El nuevo PMO correspondiente a la resolución n° 939/2.000 se refiere con detallada precisión a aspectos puntuales del Plan Materno Infantil, como la Atención del embarazo, Primer control/primer trimestre, Segundo Trimestre, Tercer Trimestre, Atención del parto y puerperio inmediato y Atención del recién nacido y hasta el año de vida. Para el Programa de prevención de cáncer de cuello uterino y del cáncer de mama” incorpora el Autoexamen y la detección Mamográfica. Mas adelante precisa el “Programa de control

de la persona sana”; Examen periódico de Salud”; “Examen de salud entre los 20 a 35 años”, “Examen de salud entre los 35 a 45 años”; “Examen de salud entre los 45 a 55 años”; “Examen de salud entre los 55 a 65 años”; “Examen de salud para mayores de 65 años”; “Control de talla y peso”; “Colesterol”; “Glucemia”; “Test de función tiroidea”, “Tabaquismo y cáncer de pulmón”, “Detección colorectal”, y se incluyen en este paquete de actividades preventivas las acciones de “Odontología preventiva”, “Control de los factores de riesgo cardiovascular”, y “Prevención en salud mental”.

En realidad resulta un articulado de enunciados cuyo costo implica no solo la consulta médica sino la interconsulta especializada con el obstetra, el clínico, el endocrinólogo, el cardiólogo, etc., salvo que se pretenda trasladar la batería de “screening” al médico de cabecera, convertido en árbitro de la prevención. Llegados a este punto podemos plantearnos las cuestiones siguientes: ¿Todo esto es sin costo para el paciente?

Si la realidad dice que el actual sistema tiene a las Obras Sociales como simples financiadores dentro del modelo curativo, es decir son los que pagan las prestaciones que el complejo médico-industrial de la salud brinda a sus beneficiarios en función de contratos de riesgo transferido; ¿Es posible establecer una estrategia de priorización de actividades solo desde una resolución ministerial, sin que el sistema prestador se reconvierta adecuadamente para ello? Si el sistema demanda pacientes para mantener su funcionamiento dentro de la curva de posibilidades de producción que posee ¿No será acaso el tema de la prevención empleado como incentivo para inducir demanda?

3.- JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN LA DEFINICIÓN DEL MENÚ PRESTACIONAL

Desde la literatura sanitaria se han sugerido diversas justificaciones para la existencia de un marco regulador respecto de las prioridades en materia de prevención y asistencia de los beneficiarios del seguro social solidario y de la medicina prepaga. Priorizar significa modificar el sesgo histórico sobre la discusión del modelo sanitario hacia la mejora en la eficiencia y la eficacia de los servicios prestados, asignando los recursos en aquellas áreas donde el cuidado médico posea mayor impacto en cuanto a resultados finales y mejor valoración social de su actividad.

Si los individuos pudieran planificar su futuro en forma racional desde la perspectiva de la enfermedad, la intervención reguladora tendría escasa justificación, ya que estos ahorrarían de la forma más rentable posible a fin de obtener recursos en el momento de la enfermedad. Pero como las decisiones con alta incertidumbre llevan a comportamientos poco racionales por parte de los ciudadanos, existen una serie de razones que justifican la intervención del Estado, en este caso garantizando una mezcla de prestaciones y coberturas adecuadas al perfil general de demanda.

Existen razones de eficiencia y equidad que requieren de regulaciones a fin de evitar restricciones de cobertura, desvíos hacia el sector público asistencial y atenciones inoportunas o poco oportunas en calidad y resultados. Un ejemplo es la selección adversa ya que si las cotizaciones dependen del salario de cada trabajador y existen diferentes probabilidades que un individuo o varios puedan sufrir determinadas contingencias con su salud, a igual capital asegurado un trabajador de una rama de actividad de bajos salarios tendrá menores posibilidades de ver cubierta la atención de su enfermedad.

Desde una concepción de equidad esto no sería aceptable, y habría entonces que establecer algún mecanismo para igualar las cotizaciones, lo que implica una alteración de los criterios de aseguramiento, o bien igualar las prestaciones, lo que entra dentro del concepto del Programa Médico Obligatorio.

Otro argumento de equidad se centra en el pago de primas de seguro a la medicina prepaga. Las diferentes capacidades de renta de los individuos dan lugar a diferentes contratos de cobertura, cuyos menús están fuertemente sesgados por períodos prolongados de carencias y exclusiones. De esta forma individuos con baja capacidad de renta recibirán coberturas mínimas e insuficientes. El Estado al imponer el PMO al sector de la medicina aseguradora privada procura así eliminar tales diferencias, otorgando iguales posibilidades a partir de un piso prestacional uniforme con un costo preestablecido.

Finalmente, los seguros privados tiene costos de transacción y administración mayores que los seguros sociales, al ofrecer seguros casi personalizados de acuerdo al perfil de los asegurados. Si bien esta diversidad ofrece un elemento de competencia entre ellos que no posee por el momento el sector del seguro social -hasta tanto no se aplique la desregulación horizontal y vertical del sector -, posee costos no despreciables. Por un lado obliga a los individuos a gastar recursos y tiempo en el proceso de selección de alternativas de cobertura. Por otro, desde las propias empresas, los costos son mayores al requerir gestionar acciones de marketing, etc., lo que implica una reducción en la rentabilidad del capital acumulado.

La regulación del PMO establece un modelo prestacional uniforme para todos, estando justificado como un mecanismo de control para que los eventuales costos de diferenciación no superen a los propios beneficios de la futura competencia entre Obras Sociales y seguros privados.

El análisis económico en el PMO si bien puede ofrecer una metodología reconocida y aceptada, parte de encontrar el costo/beneficio de la intervención reguladora, donde corresponde identificar, cuantificar y valorizar los componentes prestacionales por un lado y los eventuales beneficios por otro. En salud se presenta cierta dificultad en valorar la utilidad en términos económicos, por lo cual resulta complejo arribar a conclusiones universalmente válidas.

Para obviar tal dificultad se puede partir de identificar lo que configura una prestación básica y sus diversos componentes, determinar su costo a partir de los valores de mercado o precios de referencia (en este caso modulados o prefijados por los financiadores no sin cierta presión de los prestadores) y establecer pautas de control que permitan disciplinar la demanda y contener el costo de las prestaciones evitando la sobreprestación por inducción de demanda.

4. OBJETIVOS E IMPLICANCIAS FINANCIERAS BÁSICAS DEL PMO

En la práctica, las canastas de prestaciones configuran una mezcla de objetivos que pueden tornarse conflictivos y requieren ser definidos claramente para establecer la estructura prestacional, el diseño institucional del modelo prestador y los mecanismos de financiación más adecuados desde la lógica económica.

En su funcionamiento, el PMO pretende alcanzar dos objetivos centrales. El primero es el grado en que las prestaciones ofrecidas están relacionadas con los aportes y cotizaciones salariales del universo de beneficiarios del seguro social solidario y con las primas pagadas por los compradores de seguros privados de salud. El segundo es de bienestar o equidad social, y persigue el proporcionar a todos los beneficiarios un piso mínimo de cobertura que maximice la utilidad del seguro y minimice la incertidumbre respecto de la enfermedad y sus consecuencias financieras, independientemente de las cotizaciones efectuadas.

En definitiva se trata de objetivos comunes, ya que si el PMO establece una relación mínima entre aportes y prestaciones, los individuos de baja cotización obtendrán un beneficio a partir de lograr un piso básico igualitario de cobertura. En el caso de cotizaciones altas, no se atenta contra el principio de equidad individual porque la aseguradora dispone de más recursos para garantizar diferencias de calidad de cobertura si el afiliado lo exige.

En esencia, el PMO modula la capitación como instrumento de financiación, introduciendo un piso a la misma. Frente al advenimiento de la competencia gerenciada, las instituciones aseguradoras del sector salud deben profundizar el análisis del riesgo financiero que asumen cuando deben contratar bajo capitación. Es sabido que existen dos tipos básicos de riesgo financiero a partir de la incertidumbre sobre recaudación de aportes y cotizaciones y costos prestacionales. El riesgo objetivo y el subjetivo.

El primero se produce cuando con cierta anticipación puede estimarse la variabilidad esperada tanto en costos como en disponibilidad de recursos por aportes recaudatorios. El segundo se presenta cuando dicha variación no puede ser prevista. En el caso de los prestadores que financian según cápita, el riesgo objetivo se reduce al trasladarlo al intermediario o a la red prestacional. Pero el riesgo subjetivo no obstante puede mantenerse significativamente elevado.

Para reducir el riesgo subjetivo, las aseguradoras deben contar con información precisa de la población bajo cobertura y su segmentación etárea, un número suficiente de beneficiarios que asegure economías de escala y configure una buena combinación entre pool financiero y de riesgos individuales, una reducción de los costos de prestar los servicios y un estricto control en las tasas de uso respecto al número de pacientes atendidos, profundizando las actividades preventivas.

A través de la cápita, los prestadores asumen el riesgo de que los costos de sus servicios excedan el pago mensual fijo, de forma tal que puedan predecir los desvíos y actuar en consecuencia. La cápita actúa así como un incentivo positivo para regular internamente el uso de los servicios, la extensión de internación de ciertos pacientes, y el costo diario de internación. La organización siempre afrontará un cierto riesgo financiero por la variabilidad inherente a las estimaciones, pero las diferencias entre los valores

esperados para tales variaciones (los promedios) y su variabilidad potencial pueden predecirse con cierto margen de razonabilidad. Pero bajo capitación, un menor volumen prestacional implicará menos costos y al ser el flujo recaudatorio fijo, el prestador cuyos costos son variables tiene un incentivo financiero para reducir tal volumen y alcanzar un incremento en los beneficios.

En el caso del PMO, el prestador no solo enfrenta la cápita a un valor fijo sino un volumen prestacional determinado que debe prestar obligatoriamente, con lo cual el desvío en el sentido de la subprestación es menor, pero lo que puede verse afectada es la calidad de atención, o marcarse una tendencia a sectorizar los pacientes por grupos de riesgo. Esto lo veremos mas adelante en el análisis del comportamiento de los prestadores frente a la aplicación del PMO.

Puede suponerse que los prestadores llegan a estimar con bastante precisión los costos asociados con cada prestación comprendida dentro del menú básico, pero no pueden prevenir el mix de diagnósticos y prestaciones que demande la población cubierta por el contrato capitado. Si la recaudación es fija e independiente del mix diagnóstico, una proporción de diagnósticos “caros” (alta complejidad por ejemplo) conduciría a una rentabilidad menor de la prevista, al igual que ocurre con los casos que están fuera del margen de costos esperados. Más aún si los costos fijos poseen un alto porcentaje de incidencia en el costo total. Los costos asociados de un paciente en particular (en especial los agudos “catastróficos”) pueden ser mucho mayores de los esperado, lo que ocasionará pérdidas financieras mas allá de lo hipotéticamente previsto al formalizar el contrato que integra al prestador con el asegurador.

El programa Medico Asistencial de carácter obligatorio considera atenciones y servicios orientados tanto a la resolución de la enfermedad como a la prevención de la salud, siendo que como necesidad básica se justifica por motivos de igualdad. Si la salud misma ha quedado distribuida en forma desigual, de acuerdo a la teoría de la Justicia de Rawls(1971), cuando ciertos bienes son entregados en cantidades inferiores a un piso mínimo se pone en riesgo la capacidad de desarrollo individual de los ciudadanos, y pos tanto no se puede hablar de iguales si no disponen de derechos mínimos

La definición de un Paquete prestacional, canasta de salud o Programa Médico Obligatorio determina el ámbito de intervención del Estado sobre aquellos bienes privados que pueden configurar necesidades básicas. De allí la instancia de definir la necesidad mínima a cubrir para la población objetivo. Pero a su vez implica tener en cuenta una serie compleja de factores que pueden enunciarse de la siguiente manera (Adaptado de Torche, 1999)

- Análisis epidemiológico y tasas de incidencia y prevalencia de las principales morbilidades que definan la situación de salud por zona geográfica de estudio de un país
- Determinación de tasas de uso estandarizadas respecto de las acciones que tienen que ver con la atención de las morbilidades propias de cada zona
- Punto focal en la prevención o la atención de los eventos de salud, según lo ya enunciado

- Factibilidad de agrupar intervenciones de similaridad o complementarias, como base para reducir sus costos o mejorar los resultados, al estilo GRD o similares.
- Costos de las intervenciones que conforman el menú prestacional
- Utilidad de las intervenciones como beneficios netos

Respecto de las condiciones de salud que privan en Argentina, es necesario tomar como base de análisis las tendencias del cambio en el perfil epidemiológico en países en desarrollo, cuya teoría asume que las tendencias de la mortalidad corresponden a ciertos cambios en la incidencia de enfermedades, presentándose un perfil de morbimortalidad mixto. Dentro de este fenómeno cabe destacar que el grupo de enfermedades infecciosas como el SIDA; segundo, las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes se han incrementado; y tercero, las condiciones permanentes incluyen a las malformaciones congénitas y los problemas perinatales, con lo que se ha conformado un patrón “polarizado dilatado”, propio de países como Argentina, que además muestran patrones polarizados según las regiones del país, su desarrollo económico e infraestructura sanitaria.

En este sentido, mientras que las enfermedades cardiovasculares y los accidentes han pasado a ocupar un lugar importante en las causas de morbimortalidad, aún persiste la importancia de las enfermedades infecciosas en el perfil mixto dominante ya que siguen presentes en las diez principales causas de morbimortalidad.

En términos económicos, el significado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico significa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos (tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas y accidentes) que competirá con el presupuesto asignado para el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas aún sin resolver. Así, es importante tener presente que habrá una necesidad de revalorizar las prioridades de salud y establecer las acciones estratégicas que permitan la utilización y organización óptima de los recursos.

Es así como las crecientes demandas de atención se enmarcan en un proceso de limitaciones económicas, lo que significa que la satisfacción de necesidades se enfrenta a una barrera económica que limitará su resolución. Sin embargo, es necesario considerar que además de un incremento en el gasto en salud es necesaria la revisión de los niveles de eficiencia para aprovechar al máximo los recursos escasos.

Respecto de los aspectos financieros y prestacionales de una canasta de salud, la naturaleza esencial de los seguros sociales o privados de salud está basada en una relación cotizaciones-prestaciones. Esta relación puede instrumentarse técnicamente a través de un sistema de redistribución interna o bien por compra directa de un plan de salud como dos formas básicas de financiación, sin perjuicio de la incorporación de sistemas denominados híbridos o mixtos, por ahora no contemplados en la reforma del sistema de Obras Sociales en Argentina, pero componente fundamental del modelo ISAPRES.

Si se opta por el sistema de redistribución, en cada momento temporal las cotizaciones y aportes sobre el salario de los trabajadores en relación de dependencia formal se utilizan para pagar los costos de atención médica de los beneficiarios que se enferman en el momento presente. Cuando cualquier trabajador se enferme, sus costos

de atención se pagarán con las cotizaciones provenientes de sus pares, a partir del pool financiero que conforman los diferentes niveles salariales por rama de actividad.

Si se opta por un sistema privado de seguros, el pago directo de un individuo para cubrirse del riesgo de enfermedad se invierte como un “activo” aunque sin rentabilidad, y llegado el caso de requerir atención médica, recibirá una cobertura acorde a los pagos efectuados y al menú prestacional que contrató. De esta forma cada persona paga (o extiende la cobertura de su grupo familiar) para su propio e individual programa asistencial.

¿En que punto el PMO relaciona ambos sistemas?

En el seguro solidario correspondiente a las Obras Sociales, los fondos disponibles para pagar los costos de atención médica están dados por

$$\text{Fondo} = c w L \quad \text{donde}$$

c: cotización

W: salario promedio

L : cantidad de afiliados por rama de actividad

Si los salarios crecieran hipotéticamente a una tasa W' y el empleo a una tasa L' , el crecimiento de la masa de recursos disponibles sería igual a la suma de las tasas de crecimiento del salario real y del empleo, es decir la tasa de crecimiento de la renta salarial ($W' + L'$).

En las economías de mercados emergentes con salarios en baja y precarización laboral creciente, por el contrario los recursos disponibles para el seguro social de salud se contraen. Y si los salarios profundizan sus diferencias en función de la desigual productividad de cada rama de actividad, con gran variabilidad sobre el salario promedio, habrá ciertas aseguradoras que mantendrán su capacidad financiera y otras que entraran en crisis. La preeminencia de uno u otro sistema de seguro de salud o las formas híbridas como la chilena traen aparejadas implicancias sociales, económicas y políticas que impactan en el bienestar de los ciudadanos.

Si el salario se encuentra en baja, la cotización promedio cae y la renta per cápita restringe el acceso a los seguros privados con menú prestacional ampliado, la posibilidad de asegurar una cobertura efectiva frente a un evento aleatorio como la enfermedad se torna complicada, mas aún cuando esta pasa a la cronicidad.

Si el elemento esencial objeto de la transacción es la prestación, sea única o formando parte de una alternativa diagnóstica-terapéutica, un programa básico universal (PMO) con un piso de costo preestablecido permite un manejo más eficiente de los recursos, facilitando al asegurador la contención de costos a partir de convenirlos con los prestadores. Al mismo tiempo reduce el fenómeno de “azar moral” producto de los desvíos a que se somete al tercer pagador y promueve un mecanismo de disciplinamiento en los consumos de salud por parte de la población, a partir de la incorporación de médicos de cabecera y la complementación con acciones de promoción y prevención de la salud individual.

En esencia, el PMO hace énfasis en su rol de herramienta para racionalizar los costos, determinar las intervenciones más efectivas y acomodar las tasas de uso a parámetros medianamente estandarizados.

5.- CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS BÁSICOS DE COBERTURA DE SALUD. HIPÓTESIS DE CONSTRUCCIÓN DEL PMO

Torche (1999) define tres tipos de canastas básicas o programas básicos de salud:

- De prestaciones
- Estandarizadas
- Optimizadas

Las primeras consisten en un listado de prestaciones valorizadas, en donde corresponde al asegurador o al organismo regulador fijar el monto del subsidio necesario para cubrir su costo. Las estandarizadas se basan en un listado de eventos preestablecidos para su cobertura y costos normalizados. Ambas procuran lograr una minimización de costos a partir de un monto normatizado por evento, procurando contener el uso innecesario de recursos. La optimizante añade una valoración costo/efectiva de los eventos bajo cobertura, procurando introducir un concepto de utilidad del resultado y al mismo tiempo elimina aquellas intervenciones menos costo/ efectivas.

En el presente trabajo, se efectuará la valoración de una canasta de prestaciones tal como la define el PMO, y posteriormente una canasta estandarizada como elemento de comparación, ya que el impacto de las actividades preventivas dentro del menú prestacional no produce modificaciones significativas en el costo final, al estar absorbido dentro de las actividades del primer nivel. Con el objeto de obtener una valoración objetiva del PMO y su costo estimado, en el cuadro 1 (pag. 14) se definen las prestaciones básicas de acuerdo a lo establecido en el Decreto que le dio origen. Luego se incorporan las tasas de uso correspondientes para cada uno de los componentes del listado de prestaciones, aplicando para ello información del Instituto de Obra Medico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, la que a su vez se ajustó mediante datos de Obras Sociales Nacionales, de la Agronomía Médica Platense y de la Fundación Libertad, procurando estadísticamente reducir los componentes de “azar moral” en el consumo.

A su vez y para mayor contabilidad se las comparo con tasas de uso del sistema de libre elección ISAPRES chileno, propias del trabajo de Torche (1999) y con tasas de uso de contratos de atención cerrada de la medicina prepaga a nivel nacional.

La obtención de datos confiables por parte de los aseguradores es un proceso complejo, ya que además de ser la información por lo general incompleta, presenta sesgos en función de las diferencias por género y edad que posee la población a cargo de cada asegurador. No es lo mismo una entidad con 1.00.000 de beneficiarios y con alcance de cobertura nacional o provincial, que una aseguradora con 1/3 de tal número de individuos afiliados pero con prestación acotada geográficamente a una ciudad o región determinada. En general, y dadas las pocas restricciones de uso de servicios medico-asistenciales por parte de los aseguradores, más el hábito de consumo de los beneficiarios, las tasas tienden a ser muy variables estadísticamente respecto de un valor promedio en función de la capacidad financiera de cada Obra Social, y de la magnitud de “captura privada” que poseen por parte del núcleo prestador que les provee los servicios asistenciales.

Como ejemplo, y según se compara con datos de la Fundación Libertad, el número anual de visitas al médico por afiliado varía entre 1,9 y 11,3 veces según el grupo de

obras sociales que se considere, y el gasto en medicamentos por beneficiario presenta una diferencia de trece veces entre las obras sociales de altos ingresos respecto de las de menores recursos.

La misma fuente sugiere que “el problema para las obras sociales ha dejado de ser el control de la utilización y los precios de los prestadores por tres razones, en primer lugar, porque la responsabilidad por el manejo de las tasas de uso se ha ido trasladando hacia las entidades prestadoras, segundo, porque la sobreoferta existente en el mercado sanitario presiona hacia la baja de los precios, y tercero, porque la carencia de gestión empresarial en el gerenciamiento en algunos agentes financiadores, provocó el descenso de la inversión en capital y la maximización de economías de escala”

5.1.- Material y método para la evaluación económica del PMO

Para cada prestación se aplicó la tasa de uso cada 1000 beneficiarios, su costo promedio y costo total, a fin de calcular el costo mensual por beneficiario, en forma similar a la construcción de una cápita. No se incorporó el gasto de administración, dado el desvío existente entre Obras Sociales, pero su promedio de acuerdo a información de la Superintendencia de Servicios de Salud se estimaba a 1999 en el 10,3% del total del gasto, lo que supera en un 30% lo establecido por el Art. 22 de la Ley 23.660: “*Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicios, hasta un 8% de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado por ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud*”. Tampoco se ha incluido el IVA que tributan las prepagas, ya que se considera distorsivo del valor real prestacional.

Se entiende que tanto el peso de la consulta médica como su derivada, la tasa de internación y la prescripción de medicamentos, son indicadores válidos para medir el gasto total por prestaciones médicas que efectúa cada financiador en particular, sea obra social sindical o de medicina prepaga. La relación directa que existe entre el acceso a las prácticas médicas - que configuran la consulta médica - en el primer nivel y segundo nivel ambulatorio (especialistas) con la prescripción de medicamentos y la indicación de análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes, más el inicio del proceso de producción en internación, dan lugar a considerar esta variable como primaria y central al proceso de atención de la salud.

En este aspecto es posible advertir una relación positiva directa entre los ingresos de las obras sociales y las consultas médicas que efectúan sus beneficiarios. Considerando una media de 4 consultas/beneficiario/año, su tasa de uso fluctúa en un rango de 2 a 6 consultas/beneficiario/año, según la cápita promedio de los financiadores y la presencia o no de co-pagos.

La internación en establecimientos asistenciales es el segundo indicador de peso para evaluar el volumen de prestaciones médicas diagnóstico-terapéuticas. En términos comparativos con la consulta ambulatoria, este tipo de demanda se podía caracterizar por poseer mayor rigidez o inelasticidad. Con un promedio de 8 internaciones cada 100 consultas médicas, el nivel prestacional fluctúa en una tasa de uso de 6 a 9,5 egresos.

En tercer lugar, el peso de la prescripción de medicamentos se basa en el hecho que el gasto en fármacos represente casi una quinta parte de los egresos totales del sector. Para su análisis se considera las recetas consumidas anualmente por los beneficiarios de cada obra social, a partir de la presencia o no de vademécum y del

porcentaje de cobertura establecido por el financiador. Puede estimarse que a mayor nivel de cápita promedio disponible por los aseguradores, se incrementa la tasa de recetas anuales por beneficiario. Partiendo de una media de 2,50 recetas/beneficiario/año, la tasa de consumo de medicamentos oscila entre 0,75 y 4,25 recetas-año según la estructura de recursos de las Obras Sociales. Respecto de los costos prestacionales, existe también una amplia variabilidad si se analizan diferentes financiadores, ya que existen numerosos acuerdos respecto a valores modulados dentro de lo que es el amplio espectro de códigos nomenclados. Así, los costos por egreso del INNSSJyP correspondientes al Consorcio Cores XI refiere un valor promedio de \$1.033 para la internación quirúrgica (23% del total), \$409 para la internación clínica (73.2%) y \$2.804 para la alta complejidad (3.8%). Comparativamente, para el convenio de cartera fija IOMA-FECLIBA, el valor promedio del modulo clínico es de \$520 (45,2% de las prestaciones), el quirúrgico \$677 (52,5%) y la alta complejidad \$ 1.986 (2.2%).

Para el Convenio capita fija IOMA-ACLIBA I el valor promedio del modulo clínico es de \$ 840 (40.4% del total de prestaciones), el quirúrgico \$ 914(53.7%) y la alta complejidad \$ 3.052 (5.8%). Analizado por grupo etáreo, el mayor desvío del gasto respecto de la media se observa en el periodo neonatal (más de dos veces superior) y hasta el primer año de vida, y es significativamente menor que ésta entre los 51 y 60 años (- 32%).

Esto demuestra que en general, los costos se construyen del lado de los prestadores, con lo cual existe una captura privada del financiador que se obliga a mantener un delicado e inestable equilibrio entre las cápitales de egreso, y el ingreso por beneficiarios que recibe cada institución financiadora. El egreso implica un determinado nivel de gastos prestacionales, y el ingreso la capacidad financiadora del seguro. A mayor poder de "compra" de servicios se vincula un aumento proporcional de los gastos que no significa necesariamente un incremento de los costos unitarios, de por sí prefijados, sino el crecimiento de la tasa de prácticas médicas promedio.

5.2.- Valuación del PMO

Cuadro 1. Tabla estandarizada de Costeo del PMO según Decreto 247/96

	Tasa Por mil	Valor habitual En \$\$	Costo /año En \$\$	Costo/mes En \$\$
1. A.P.S.				
1.a. Plan Materno Infantil				
1.a.1. Embarazo				
Consultas	0.2	8	1.6	0.13
Laboratorio	0.035	5	0.17	0.01
Ecografías	0.05	30	1.5	0.12
Otros no prestac.	0.004	50	0.2	0.01
1.a.2. Primer año de vida				
Consultas	0.2	8	1.6	0.13
Laboratorio	0.035	5	0.17	0.01
Inmunizaciones	0.15	5	0.75	0.06
Leche(1er trim.)	0.02	15	0.3	0.02
1.a.3. Oncología preventiva				
Consultas	0.4	8	3.2	0.3
Colposcopia	0.1	10	1	0.08
PAP	0.2	10	2	0.16
Otros	0.1	30	3.0	0.25
1.a.4. Odontología prev.			3.0	0.25
1.a.5.Otros (cardiov., etc.)			2.0	0.16
SUBTOTAL APS			20.49	1.69

.... continuación

	Tasa Por mil	Valor habitual En \$\$	Costo /año En \$\$	Costo/mes En \$\$
2. 2do NIVEL ESPECIALISTA				
2.a.1 Consultas médicas	4	12	48	4
2.a.2. Consulta especialista	2	12	24	2
Practica ambulatoria	0.2	10	2	0.16
Cardiología	0.05	30	1.5	0.12
Gastroenterología	0.005	50	0.25	0.02
Neurología.	0.01	40	0.4	0.03
Neumonología	0.01	40	0.4	0.03
Oftalmología	0.05	40	2	0.16
ORL	0.05	40	2	0.16
Ort. y Traumatología	0.02	50	1	0.08
A.Patológica	0.01	10	0.1	0.008
Otras varias				
2.a.3. Consulta Odontológica	0.6	20	12	1
2.a.4. Salud Mental				
Consultas	0.5	12	6	0.5
Internación	0.02	600	12	1
2.b.1. Medicamentos				
Ambulatorio	2.5	7	7*	0.6
Bajo uso/alto costo	0.004	200	0.8	0.07
Materno-infantil	0.5	6	3	0.25
2.c.1. Internación				
Clínica médica	0.035	450**	15.7	1.3
Clínica quirúrgica	0.045	750**	33.7	2.8
2.d.1. UTI – UCIC – Neonat.	0.008	1.400	11.2	0.9
2.e.1. Diag. por imágenes				
Radiología convenc.	0.4	5	2	0.16
Mamografía	0.07	25	1.75	0.14
TAC	0.02	150	3	0.25
RMN	0.005	250	1.25	0.10
Ecografías	0.16	120	19.2	1.6
Medicina Nuclear	0.05	60	3	0.25
Eco-Doppler	0.03	90	2.7	0.22
Hemodinamia	0.004	820	3.28	0.27
SUBTOTAL NIVEL II			219.23	17.93

* 40% de cobertura

... continuación

	Tasa Por mil	Valor habitual En \$\$	Costo /año En \$\$	Costo/mes En \$\$
3. ALTA COMPLEJIDAD				
Cirugía Cardiovascular	0.001	12.000	12	1
Hemodiálisis	0.04	125	5	0.4
Angioplastia	0.003	3500	1.05	0.08
Litotricia	0.001	1500	1.2	0.125
Terapia radiante	0.003	650	1.95	0.16
4. PROTESIS	0.002	550	1.1	0.09
5. REHABILITACIÓN	0.15	55	8.25	0.68
SUBTOTAL			30.85	2.53

Cuadro 2. Valoración del PMO estandarizado

	Costo /año En \$\$	Costo/mes En \$\$
VALOR TOTAL DEL PMO	270,57	22.15
VALOR PMO SIN 3, 4 Y 5	239.72	19.62

Fuente:Elaboración propia según datos de diferentes financiadores y prestadores

El cuadro 1 permite apreciar que para una canasta de prestaciones amplia, tal como se configura en el menú del Programa Médico Obligatorio, y aplicando tasas de uso consideradas estándar, el valor final del mismo resulta en \$ **22.15**, lo que resulta un 11% por sobre el valor establecido en el nuevo PMO aprobado por Resolución 939/00 y modificado por Resolución 1/01.

Si se excluye la alta complejidad - que se financiaría por aporte de \$ 1 por beneficiario desde la SSS a partir del Fondo de Redistribución - mas prótesis y rehabilitación con cápita independiente, el valor final del PMO se reduce a \$ **19.62**.

Cuadro 3. Tabla normalizada de costeo de Programa Básico con ajuste de tasas de uso

	Tasa Por mil	Valor habitual En \$\$	Costo /año En \$\$	Costo/mes En \$\$
2. AMBULATORIO 2do nivel.				
2.a.1 Consultas médicas	3	12	36	3
2.a.2 Laboratorio	0.7	5	3.5	0.29
2.a.3 Consulta especialista				
Cardiología	0.05	30	1.5	0.12
Gastroenterología	0.03	50	0.15	0.01
Neurología.	0.01	40	0.4	0.03
Neumonología	0.01	40	0.4	0.03
Oftalmología	0.2	40	8	0.6
ORL	0.03	40	1.2	0.1
Ort. y Traumatología	0.01	50	0.5	0.04
A.Patológica	0.01	10	0.1	0.008
Otras varias				
2.a.3. Consulta Odontolog.	0.3	20	6	0.5
2.a.4. Salud Mental				
Consultas	0.1	12	1.2	0.1
Internación	0.02	600	12	1
2.b.1. Medicamentos				
Ambulatorio	1.5	7	4.2*	0.35
Bajo uso/alto costo	0.004	200	0.8	0.07
Materno-infantil	0.5	6	3	0.25
2.c.1. Internación				
Clínica médica	0.025	450**	11.25	0.9
Clínica quirúrgica	0.035	750**	26.25	2.2
2.d.1. UTI – UCIC – Neonat.	0.008	1.400	11.2	0.9
2.e.1. Diag. por imágenes				
Radiología convenc.	0.4	5	2	0.16
Mamografía	0.07	25	1.75	0.14
TAC	0.02	150	3	0.25
RMN	0.005	250	1.25	0.10
Ecografías	0.16	120	19.2	1.6
Medicina Nuclear	0.05	60	3	0.25
Eco-Doppler	0.03	90	2.7	0.22
Hemodinamia	0.004	820	3.28	0.27
SUBTOTAL NIVEL II			163.83	13.48

Fuente: Elaboración propia según tasas de uso de empresa prepaga y valores prestacionales ajustados según datos provistos por el IOMA

El cuadro 3 se ha construido como una alternativa de comparación de costos a partir de una *normalización* de tasas de uso en 2do nivel ambulatorio e internación. Se ha procedido a ajustar el volumen de prestaciones con desvíos más comunes (consulta externa, internación, medicamentos y algunas practicas ambulatorias) a cifras que se corresponden con un sistema de atención semi-cerrado, tal como lo constituyen las empresas de medicina prepaga. No se han modificado los valores prestacionales correspondientes, por ser constantes, y algunas tasas de uso en particular se han mantenido sin variantes dado que se encuentran dentro de un rango considerado óptimo.

La comparación entre los valores finales del PMO estándar y el normalizado se aprecia en el cuadro 4.

Cuadro 4. Comparación entre PMO estándar y normalizado

	Costo/año En \$\$	PMO 1	Costo /año En \$\$	PMO 2	Dif. 1-2
APS.	20.49	1.69	20.49	1.69	-
AMBULATORIO II NIVEL	219.23	17.93	163.83	13.48	24.8%
ALTA COMPLEJIDAD Y Ot.	30.85	2.53	30.85	2.53	-
TOTAL	270.57	22.15	215.17	17.70	20.0%

Un aspecto a tener en cuenta es que el menú prestacional del nuevo PMO correspondiente a la Res. 939/00 mas sus modificatorias 1/01 es mucho más amplio en cuanto a actividades de prevención, que incluyen consultas, test de laboratorio, exámenes complementarios y estudios específicos. Por ejemplo la citología exfoliativa y la mamografía están exentas de co-seguro cuando forman parte del programa de prevención del Cáncer de Cuello de útero y mama, con lo cual se abre una posibilidad de subprestación.

De la misma forma, se incluye la atención del recién nacido patológico sin límite de tiempo con cobertura 100%, lo que induce a la utilización de servicios de neonatología, así como un programa de diagnóstico y tratamiento para niños obesos de entre 3 y 9 años. Tales costos no han sido calculados al no haber estimación de tasas de uso probable, pero se estima que incidirán en forma apreciable en el componente de consultas ambulatorias.

Si el PMO es por definición una canasta de prestaciones y delimita un listado de actividades básicas, incorporando tasas de uso y valores facturados por intervención o prestación, el ajuste sobre las variables que más distorsionan el gasto, a saber:

- consulta ambulatoria
- internación y
- prescripción de medicamentos

se transforma en la herramienta de control de los recursos erogados. La sola adecuación de sus tasas de uso a niveles estandarizados permite reducir el valor total del PMO en un 20% en relación al valor estándar.

Por el contrario, se considera que incorporar 1,3 consultas más en la estructura actual de gastos de las obras sociales, o sea incrementar en aproximadamente un 25% la oferta de visitas, requiere un esfuerzo económico superior al 45% en los recursos que actualmente posee el sistema.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que las tasas de uso poseen cierta variabilidad de acuerdo a género y grupo etáreo de cobertura, pero en general tienden a compensarse entre sí con la siguiente relación de riesgo:

Tabla 1. Variabilidad de PMO según sexo y edad

Grupo etáreo	Índice de riesgo	Costo PMO en \$\$
Hombre	0.9	18
Mujer	1.4	28
Niño	0.7	14
Promedio	0.98	20

Valor del PMO: \$ 20

Una forma alternativa de construcción del PMO para mencionar sería factible a través de la evaluación de intervenciones afines que permitieran normatizar la atención desde sus costos y la calidad de resultados. Por ejemplo, a partir de la configuración de los DRG. Con este procedimiento la estandarización de tasas de uso y de costos permitiría ajustar los valores prestacionales, homogeneizando intervenciones afines y con baja variabilidad de costos.

6.- VIABILIDAD FINANCIERA DEL COMPONENTE SOLIDARIO DEL SISTEMA DE SALUD Y ROL DEL PMO

Los principales estudios publicados en el país respecto de la situación financiera del sistema de salud en Argentina tienen un componente en común: demuestran la dificultad actual y futura de garantizar el financiamiento del componente solidario del seguro de salud y la posibilidad latente de incremento del gasto directo de los trabajadores.

En un escenario orientado a flexibilizar y desregular las relaciones del mercado laboral en el proceso productivo se ha ido definiendo otras variables que comprometen por igual la magnitud del gasto del sector. En primer lugar que el avance en la precarización del trabajo trae aparejado una merma en el número de trabajadores en condición de empleo formal, y por ende cotizantes obligados al seguro. Esta situación, a la par que deja trabajadores fuera de cobertura trasladándolos como demanda al sector público, origina una reducción paralela de los recursos disponibles por las aseguradoras (Obras Sociales) que conforman el núcleo administrador de las cotizaciones.

En forma simultánea, la baja de salarios mas la reducción de aportes patronales opera directamente sobre el valor promedio de las cotizaciones traccionándolas hacia la baja, de forma que el valor promedio de cápita por afiliado se ha estancado o ha caído porcentualmente a la contracción salarial.

Entre 1990 y 1996, mientras la producción argentina creció un 30%, la fuerza laboral (oferta de trabajo) aumentó un 18% (1.971.000 personas). De ésta oferta, solamente 605.000 (6%) encontraron trabajo formal. Esto marca una tendencia progresiva a la inelasticidad del empleo en relación con la productividad. Una gran parte de la absorción de mano de obra tuvo lugar a punto de partida del sector servicios de la economía (terciario), quien aporta el 44,2% de toda la riqueza que produce el país.

Con un crecimiento mayor que otras ramas de la producción (6,7% anual frente a 6,2% anual del PBI) el rubro servicios ha dado lugar a las tasas de empleo más altas. En tanto entre 1990 y 1995 el empleo total creció un 3,5%, la ocupación en dicho sector aumentó el 10%. Del total de ocupados, el 82% resultaron ser asalariados en su mayoría trabajadores y cuentapropistas de pequeñas y medianas empresas, cuyo promedio de empleados no llega a las dos personas.

No obstante el volumen que registra la ocupación, el perfil de trabajo es de alta incidencia de temporalidad. Para una gran proporción de quienes inicialmente tenían trabajo y luego se vieron afectados por la reconversión productiva de las empresas, su paso a una condición laboral más precaria coincidió con la pérdida de beneficios sociales.

Los nuevos contratos, flexibles en la mayoría de sus cláusulas, legalizaron una suerte de "vulnerabilidad laboral", al establecer una periodicidad de entre 3 a 6 meses, a su vez renovable hasta 2 a 4 años, con eximición total o parcial del pago de las cargas sociales. Lo más significativo es que al operarse su vencimiento, el trabajador no tiene derecho a indemnización por despido. Esta situación favorece el denominado "efecto calesita", ya que los contratos adquieren de esta forma una alta rotación, lo que permite que pocos trabajadores ocupen varias veces un mismo trabajo.

Como ejemplo, un estudio efectuado en 1997 por el Ministerio de Trabajo mostraba que en tanto para 1996 el 6,1% de los asalariados "formales" estaba empleado bajo esta

modalidad precaria, un año después su número se habían multiplicado por tres, llegando al 18,5%. En tanto, un 85% de los nuevos empleos se establecía bajo la forma de contrato precario.

El modelo de flexibilización laboral “de hecho” se estableció así en forma gradual, como instrumento para bajar los costos laborales, tal como lo requerían los empresarios, y a su vez transformar como ya se ha mencionado los costos fijos (trabajadores en relación de dependencia estable) en costos variables (contratos temporarios con precariedad laboral según nivel de productividad).

Según un estudio del Ministerio de Economía de la Nación, mientras en el período julio-setiembre de 1994 las empresas habían aportado por 3.244.500 trabajadores, en igual período de 1996 lo hacían solo por 3.017.000 (227.500 ocupados menos). En Capital Federal, uno de cada tres trabajadores se encontraba laboralmente “en negro”, en tanto la Provincia de Buenos Aires registraba una proporción similar: 1.400.000 trabajadores “en negro” sobre 3.5 millones de ocupados. Es evidente que si los empresarios hicieran más competitivas sus empresas mediante otros procedimientos y no empleando el camino de la evasión, podría reducirse el déficit fiscal tironeado por el gasto social, especialmente en las provincias.

Kritz sostiene que a 1995, entre el 30% y 40% de los trabajadores se desempeñaba laboralmente “en negro” y sin aportes a la seguridad social (jubilación y obras sociales). No obstante, admite que en 1997 mejoraron las condiciones laborales, especialmente por la creación de dotación de empleo en blanco en el sector privado del orden del 4,5%, lo que significó para el conjunto de la economía un aumento neto del 5,5%, es decir la creación efectiva de cerca de 600.000 puestos de trabajo.

Este dato podría servir para demostrar una cancelación del ciclo de destrucción de empleo, ya que la propia tasa de desempleo se redujo un 4,7% pero acompañándose no obstante de una fuerte desaceleración en el flujo de nuevos ingresantes al mercado laboral. De esta forma, las variaciones en el número de titulares del seguro social no solo resulta función de la creación o destrucción de puestos de trabajo, sino fundamentalmente de la dinámica de la rama de actividad a que pertenecen los mismos. Y esto implica caídas o incorporaciones de cobertura al compás del ciclo económico. Por ejemplo, ciertas Obras sociales vinculadas a actividades de comercio y servicios vieron incrementar su recaudación, al tiempo que otras, asociadas a la producción secundaria (metalúrgicos, construcción, etc.) registraron caídas significativas, en algunos casos superiores al 10% del total.

En razón de estas variables, puede admitirse que dada la contracción del mercado laboral y de la alta evasión de aportes, entre 1985 y 1997 las Obras Sociales sindicales y del personal jerárquico dejaron de prestar cobertura a cerca de 5 millones de personas entre titulares y beneficiarios, si se tiene en cuenta la diferencia que registra el padrón de 1985 (13 millones) comparado al de 1997 (8 millones).

Efectuando un análisis particular de la contracción del padrón, en el caso de las empresas privatizadas, la Obra Social de Ferroviarios redujo el número total de beneficiarios un 93,6% y la de Telefónicos un 61,5%. Para la producción industrial, los metalúrgicos vieron reducido el número de sus beneficiarios en un 56,6%, los textiles un 41% y los mecánicos un 45,4%.(ver Cuadro 25)

Para el rubro servicios, los empleados de comercio sufrieron un recorte en su padrón del 48,5%, en tanto los gastronómicos resultaron menos afectados con un 11,4%. En cuanto al segmento de Obras Sociales de Personal de Dirección, de ingresos elevados, si bien la reducción neta de beneficiarios fue del 33.7%, en general su causa obedeció a traspasos al sector de la medicina prepaga. (ver Cuadro ídem)

Según Flood, sobre la base de datos del Banco Mundial, a 1996 el número de beneficiarios era de 8.248.311 personas, correspondiéndoles una masa de fondos de \$ 3.034 millones, es decir un 0.94% del PBI. Sobre la base de esta información, entre 1991 y 1997 la participación del gasto de las Obras Sociales en el porcentaje del PBI se habría reducido del 1,54% al 0,94%, es decir un 45%. (Ver cuadro 26). No obstante, la Superintendencia de Servicios de Salud daba cuenta a 1999 de una cifra más alta de beneficiarios, 11.608.854, que cotizaban por un monto de \$M 3.979.333,01, correspondiendo al 1,19 del PBI, lo que muestra la variabilidad con que se manejan las cifras en Argentina

Un análisis pormenorizado del subsector de obras sociales permite apreciar que junto con la concentración relativa que se observa en cuanto al número de beneficiarios por rama de actividad, existe una distribución absolutamente heterogénea de los recursos disponibles en el sistema. No más del 7% de los agentes del seguro de salud de la Ley 23.661 concentran más del 60% de la masa total de beneficiarios, y cerca del 75% de los ingresos totales del sector, dando lugar a una segmentación entre Obras Sociales financieramente solventes e insolventes que las discrimina según la disparidad en la disponibilidad de recursos, da como resultado una enorme dispersión en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud que poseen los beneficiarios del sistema.

Ciertas variables como la magnitud de las erogaciones que efectúan las Obras Sociales de mayor ingreso por afiliado cotizante, el promedio de consultas anuales y el número de recetas y proporción de cobertura de medicamentos se ubica entre 5 y 10 veces más en las que poseen mayor volumen de recursos y número de beneficiarios.

Desde el punto de vista económico-financiero, haciendo una discriminación particular en función de la estructura de la pirámide salarial argentina, el rango de aporte y contribución por titular al seguro de salud oscila entre \$ 24/mes (piso básico) y \$ 56/mes para los salarios de hasta \$ 700 (un 55% del total de los trabajadores), llegando a superar los \$ 270/ mes de cotización en la punta de la pirámide con salarios superiores a \$ 3.000 (un 5.1% del total de los asalariados). De acuerdo al extenso mapa salarial de los trabajadores del país, formalmente registrados, y según las distintas provincias y actividades, los aportes y contribuciones sobre el salario mostrarían una significativa dispersión en relación al promedio del país. Más allá de esta descripción conocida, el sistema de obras sociales se ha ido transformando en un modelo de aseguramiento y cobertura notablemente heterogéneo.

Según lo señala un trabajo publicado por la Fundación Libertad, presentado en la tabla 2, *“el criterio de considerar solamente al titular dejó de lado el impacto de los distintos tamaños de las familias, que como dimensión numérica afecta la estructura de costos de los financiadores. A partir de la resolución por la cual a cada beneficiario le corresponde un piso financiero de \$ 20, la necesidad de contar en muchos casos con un subsidio compensador significa “poner en práctica un modelo que beneficie aún más a las obras sociales con baja recaudación por beneficiario”*. Tratando de demostrar el impacto de esta medida, los autores crearon un escenario financiero con la aplicación del subsidio que garantiza los \$20 por beneficiario, en los casos que individualmente lo requieran.

Tabla 2. APLICACIÓN DE LOS \$20 POR BENEFICIARIO

Probable Escenario						
		Total Beneficiarios	Cápita de Ingreso	Diferencia \$20	Necesidad de Flujo	% en Subsidios
1	O.S. Personal Rural y Estibadores	890.811	\$ 12.2	\$ 7.8	\$ 6.948.326	38.2%
2	O.S. Construcción	601.938	\$ 16.3	\$ 3.7	\$ 2.227.171	12.3%
3	O.S. UOM	514.355	\$ 19.0	\$ 1.0	\$ 514.355	2.8%
4	O.S. de Choferes de Camiones	174.418	\$ 13.9	\$ 6.1	\$ 1.063.950	5.9%
5	O.S. Seguridad Comercial...	166.050	\$ 14.8	\$ 5.2	\$ 863.460	4.8%
6	O.S. Industria de la Carne...	177.196	\$ 17.5	\$ 2.5	\$ 292.990	1.6%
7	O.S. Transporte Automotor de Cargas	115.185	\$ 16.0	\$ 4.0	\$ 460.740	2.5%
8	O.S. Industria Textil	105.941	\$ 16.2	\$ 3.8	\$ 402.576	2.2%
9	O.S. Actividad Vinicola	91.939	\$ 16.5	\$ 3.5	\$ 321.787	1.8%
10	O.S. Industria Maderera	89.759	\$ 13.3	\$ 6.7	\$ 601.385	3.3%
Sub - Total		2.867.592	\$ 15.2	\$ 4.8	\$ 13.696.739	75.4%
Otras 48 O. Sociales		719.151	\$ 13.8	\$ 6.2	\$ 4.474.833	24.6%
TOTAL		3.586.743	\$ 14.9	\$ 5.1	\$ 18.171.572	100.0%

Fuente: Fundación Libertad sobre la base de datos de la SSS.

Al momento en que se aplique esta condición de piso mínimo de financiamiento individual, solo cuatro obras sociales sobre las casi 240 existentes recibirán el 59% del total de la masa de subsidios, entre ellas: Obra Social del Personal Rural y Estibadores (ex ISSARA), de la Construcción, de la Unión Obrera Metalúrgica y la de Choferes de Camiones. Esto demuestra para los autores que el sistema de Obras Sociales seguirá operando con un sesgo eminentemente concentrador, no sólo por el funcionamiento sino también por la propia naturaleza de la estructura salarial de las obras sociales

En el actual escenario macroeconómico, las proyecciones sobre el número de cotizantes al seguro social apuntan hacia un lento crecimiento del empleo. Si no aumenta el monto de recursos del sistema y se mantiene la tendencia del gasto sanitario a la expansión, se avanzará hacia un déficit financiero del sistema como resultado del fuerte incremento de las erogaciones frente a un crecimiento mas moderado o al amesetamiento del flujo de recursos provenientes de las cotizaciones. De hecho, a esta predicción se incorpora el actual problema del desfinanciamiento de las obras sociales, del orden de los \$M 15.000 y su consecuencia en el incremento de los pasivos prestacionales que oscilan en los \$M 4.000.

Una segunda variable respecto al PMO la predicción de sus valores futuros se basa en el progresivo envejecimiento de la población motivado por los descensos de las tasas de mortalidad y natalidad, provocando un cambio en la estructura de la población, y comprometiendo los gastos futuros del sistema, ya que la transición demográfica y epidemiológica modifican sensiblemente las tasas de uso de la población. Junto al escenario demográfico hay que estudiar inevitablemente el macroeconómico, ya que las tasas de dependencia demográfica no tienen en cuenta el crecimiento o decrecimiento del empleo formal, factor clave en la evolución de la tasa de dependencia del sistema cotizantes/ beneficiarios.

La tercer variable es el escenario macroeconómico. La viabilidad del sistema del seguro social depende altamente de la evolución futura de la economía. Si el número de afiliados cotizantes viene condicionado por el comportamiento del empleo, la masa de

cotizaciones del seguro social está influida tanto por el crecimiento de los salarios y como de la productividad y el empleo.

En un contexto recesivo del cual no es posible salir rápidamente, se estima que el crecimiento del PBI se mantendrá en una tasa del 2 al 3%, los salarios no se recuperaran en lo inmediato y más aún mantendrán una tendencia a la baja relativa (en 1998 el salario promedio del país según el INDEC era de \$ 679, mientras que en marzo del 2001 se redujo a \$ 587, lo que denota una caída del 13.5% en tres años). Más aún, regionalmente se observan a nivel del salario de los trabajadores fuertes disparidades. Mientras en Capital Federal el sueldo promedio es de \$ 929,90, el 50% gana en promedio \$ 500, en tanto en el Gran Buenos Aires el salario promedio es de \$ 575, con el 50% percibiendo menos de \$ 460.

En tanto, en el Noroeste, que constituye la región con salarios mas deprimidos, el promedio es de \$ 397,60, pero el 50% no alcanza los \$ 320. De allí que las cotizaciones al seguro social muestran amplias disparidades, como ya se mencionara a partir del informe de la Fundación Libertad respecto de las Obras Sociales que no alcanzan a garantizar los \$ 20 por beneficiario y por mes.

Las mayores dificultades en efectuar proyecciones financieras de evolución de los recursos del seguro social a futuro, aun en el próximo trienio, se centra en la imprevisibilidad respecto del crecimiento de la tasa de empleo, de la actividad industrial y como consecuencia, del desempleo. Sobre este escenario macroeconómico complejo, las proyecciones sobre el número de afiliados cotizantes y beneficiarios, y el comportamiento del salario, apuntan a un deterioro en la relación aporte + cotización/disponibilidad financiera de los aseguradores.

Por lo tanto, vinculando los aspectos demográficos y económicos, si en la actualidad hay 1 cotizante con un salario promedio de \$ 587 - donde la cotización mas el aporte (8%) conforman un promedio de \$ 46.96- por cada 1.5 beneficiario, la situación de deterioro que viene mostrando el financiamiento del seguro social se expresa en Obras Sociales cuya capacidad financiera se restringe a \$ 25,60 por cotizante, es decir \$ 17 por 1.5 beneficiario.

En principio, la fortaleza del PMO resultaría de garantiza un piso de flujo financiero similar al que establece el Artículo 2° de la reglamentación de los incisos b y c del artículo 24 de la Ley N° 23.661, sustituido por el Decreto N° 446/00 y su modificatorio N° 1140/00 que dice : “ Los Agentes del Seguro de Salud tendrán garantizada una cotización mínima mensual de pesos veinte (\$ 20) por cada beneficiario titular así como también por cada uno de los integrantes de su grupo familiar primario y los beneficiarios familiares”

A la vez, promovería un sentido de equidad al obligar a los aseguradores semi-públicos a garantizar a sus beneficiarios un amplio menú prestacional, que se extendería a la medicina prepaga y sus contratos. Si bien esta política de cobertura garantizada ejerce a su vez un efecto expansivo sobre el gasto en lo inmediato - incluso si el número de beneficiarios se mantiene constante – dado que el objetivo es equiparar cobertura mínima/ financiamiento mínimo a toda la masa de beneficiarios subiendo el piso financiero, a largo plazo el efecto sería menor. La mayor ampliación obligada de la tasa de cobertura, no obstante, viene condicionado por la solvencia financiera de cada Obra Social.

Para lograr la igualdad de oportunidades en el acceso al menú del PMO, el Fondo debiera garantizar así a todas las Obras Sociales que reciban los \$20 por mes y por beneficiario, lo que equivale a \$ 80 para un trabajador con mujer y dos hijos,

especialmente en aquellas cuyos trabajadores ganan menos de \$ 240 de salario mensual y cuyo aporte a las Obras Sociales no alcanza a cubrir la cuarta parte de este monto.

Para ello es necesario contar con el nuevo Fondo de Financiamiento con mayor solvencia de recursos, estableciendo una mayor proporcionalidad en la escala de cotización a partir del descuento del 10% sobre los aportes provenientes de sueldos hasta \$ 700, del 15% para los de \$701 a \$ 1.500 y del 20% sobre los aporte de quienes ganan mas de \$ 1.500. Al momento todo esto ha quedado en suspenso ya que el Gobierno Nacional decidió suspender por Decreto 337/01 la vigencia de lo establecido por el anterior Decreto 466/00.

El transcurso del tiempo ha convertido al seguro solidario de salud de cotización compulsiva en un importante programa cuasi-público, eje central del modelo de Bienestar y cuyas consecuencias sociales en el plano de la salud-enfermedad van mucho más allá de las simples cifras de ingresos y gastos. Dado el volumen de recursos que representa dentro del gasto social, difícilmente pueda pasar inadvertido el peso que el sistema de Obras Sociales como agentes del seguro tiene en la consecución de los objetivos básicos de una reforma del sector público basada en la eficiencia y la equidad. También el sistema de la medicina prepaga, con sus modalidades contractuales voluntarias y mecanismos de financiamiento , y la masa de recursos que moviliza anualmente requiere incorporar parámetros de eficiencia, así como el Estado debe procurar que más allá del lucro se establezcan ciertos requisitos mínimos de equidad entre los ciudadanos, con una mayor flexibilidad que el ortodoxo Optimo Pareto.

De allí que un análisis exhaustivo del sistema de seguros cuasi públicos y privados, sus beneficios así como las falencias que poseen, y los desvíos respecto del objetivo del derecho básico y universal a la atención médica, permitan valorar en forma adecuada el impacto de las regulaciones que como soluciones se propongan

7. EFECTOS DEL P.M.O. SOBRE LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA DEL SECTOR. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

De acuerdo a la teoría económica del bienestar, los costos de atención vinculados a la pérdida de salud son riesgos particulares, frente a los cuales los individuos desean disponer de un seguro de cobertura que los lleve a minimizar su incertidumbre y riesgo. Dado que el bien salud tiene rigidez de sustitución y como cada persona que procura acceder a un bien siempre trata de maximizar el valor esperado de la función de utilidad marginal, para el caso del consumo de unidades de salud frente a la enfermedad, si tal utilidad marginal estuviera en razón directa de la renta, la disponibilidad a pagar por adquirir o consumir una unidad mas de salud estaría naturalmente restringida en virtud del monto de ingresos disponibles, la categoría laboral o profesional, nivel educativo, etc.

Si los costos de atención medica representan un riesgo aleatorio sobre dicha renta o ingreso individual, la tendencia a asegurarse estará en relación directa al grado de aversión al riesgo que presente cada individuo. Un seguro de salud, en cualquiera de sus formas, retira los riesgos financieros del usuario del vínculo oferta/demanda y los traslada a un tercer agente económico (tercer pagador) quien recauda de diferentes formas los recursos necesarios para solventar los gastos de atención de la salud, para luego prestar directa o indirectamente la provisión de servicios asistenciales.

Dadas sus particulares características, los seguros de salud afectan la gestión financiera del mercado sanitario de varias formas, tanto positivas como negativas. Así, se ven obligados a regular y monitorear el comportamiento tanto de los proveedores como de los pacientes, circunstancia que afecta los costos de transacción. Por ejemplo, las variaciones del nivel de cobertura efectiva poblacional (en porcentajes) afectan el propio nivel de relación oferta/demanda de cuidados sanitarios. Algunos analistas atribuyen un importante rol al sinergismo generado entre extensión de cobertura (mayor demanda) por un lado y desarrollo y expansión de tecnología médica de alto costo (oferta diferenciada) por otro, para explicar los incrementos en el costo de la salud a partir de la década del 70 en muchos países (Weisbrod, 1991), algo que también ocurrió en Argentina

La cobertura efectiva resulta menos complicada en un seguro nacional de salud de alcance uniforme para toda la población que en los modelos segmentados pluriinstitucionales. En estos, la medición del alcance real de la cobertura poblacional se enfrenta a problemas vinculados con diferencias en el perfil y calidad de los servicios y en la segura duplicación de la cobertura sobre diferentes segmentos poblacionales, lo cual trae aparejado ineficiencias en la asignación de recursos.

Al mismo tiempo, cierta división del trabajo hace que en el sector estatal, por ejemplo, la financiación de la oferta de servicios como subsidio a la misma no incluye solo la atención médica, sino también la regulación y control de todas aquellas externalidades negativas que puedan llegar a afectar directa o indirectamente a la salud de la población, sin diferencia de sectores sociales. Tal el caso del control epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles, de la contaminación ambiental en sus diversas formas, etc. En este caso, no existen criterios restrictivos para tales servicios. Para el caso del seguro social que cubre a la población en relación de dependencia (asalariados), el criterio de cobertura se orienta exclusivamente a brindar servicios de atención médica, estableciendo una modalidad de gasto ajustado por beneficiario como subsidio a la demanda, sea por cápita, cartera fija, módulo o más raramente por prestación. Por lo general poseen una mejor referencia e integración con diferentes niveles de atención de acuerdo a una complejidad creciente, que puede ser brindada por infraestructura propia o

por el sector privado asistencial. Como modelo de financiación a la demanda, su cobertura resulta más concentrada y eficaz que para el caso de los servicios estatales de acceso universal.

Uno de los factores centrales del análisis de cobertura es la relación que se establece entre las cifras de derecho-habientes o usuarios potenciales de cada seguro, la estimación de sus tasas de uso y el número real de quienes efectivamente utilizan los servicios asistenciales. Esta ecuación permite reflejar, en forma bastante precisa, las circunstancias estructurales y funcionales del propio sistema de salud, a partir de demostrar la presencia de barreras de acceso directas o indirectas y de analizar las circunstancias socioculturales, económicas y de gestión administrativa en que tal sistema se desenvuelve.

¿Cuál es el comportamiento del consumidor frente a la elección de un seguro sanitario? En principio, se parte de la hipótesis de un índice de utilidad asociado a cada alternativa posible de seleccionar por parte del usuario, cuyo comportamiento está regido por la incertidumbre, y donde el nivel de salud se presenta como una variable poco precisa de establecer en cuanto a su conocimiento exacto. Sabiendo que cualquier consumidor no puede predecir mínimamente cual va a ser su estado de salud en el futuro, debe encontrarse un mecanismo para enfrentar el riesgo de una situación negativa que le prive de desarrollar sus actividades con similar calidad de vida.

Estas situaciones pueden ser psíquicas o físicas e impactan en lo económico dado el costo de oportunidad que genera la pérdida productiva. La falta de cobertura frente a la incertidumbre respecto de enfermar lleva a considerar alternativas de aseguramiento en función de la utilidad esperada. La elección en certidumbre se efectúa después de evaluar racionalmente cada alternativa y de haber sopesado las posibles pérdidas que la enfermedad puede determinar, físicas y económicas.

Al desconocer el nivel presente de salud, es decir su estado de naturaleza, y su nivel futuro sumamente aleatorio, el individuo que va a asegurarse voluntariamente debe tener en cuenta el valor esperado de utilidad que se le ofrece frente a las alternativas que pueden ocurrir, sean simples o catastróficas. Y esto es lo que determina diferencias en la dinámica de comportamiento de los usuarios de los seguros, tanto en los cuasi-públicos como especialmente en los privados.

La demanda del consumidor para cobertura de salud es expresión de la magnitud de aseguramiento que se está dispuesto a comprar a diferentes precios (primas de cobertura). Según esto, un 100% de cobertura sería demandada solo si el precio del seguro no supera el costo de oportunidad de adquirirla. Cualquier individuo, como sujeto racional que disponga de suficiente información, estará dispuesto a erogar directa o indirectamente parte de sus ingresos para evitar las pérdidas financieras asociadas a futuros riesgos vitales. Tratará así de equilibrar los riesgos económicos y los beneficios relevantes en razón de su grado de aversión al riesgo.

La demanda del consumidor resultará entonces de la cantidad y calidad de cobertura que este dispuesto a adquirir directamente, o bien proveerse indirectamente a partir de un aporte compulsivo sobre el salario. Como alternativa puede quedarle el seguro del Estado financiado por el universo poblacional a través del pago de impuestos indirectos vía rentas generales, y la provisión pública del bien salud como bien meritorio o tutelar.

Desde el análisis económico, una vez que el consumidor posee una cobertura, y en el punto en que el beneficio marginal de consumir unidades de cobertura adicional iguala el

costo marginal de adquirirla *-ceteris paribus-*, se habrá alcanzado la cantidad adecuada y eficiente de seguro necesario.

En el caso del seguro privado, se trata de una función sustitutoria y no complementaria donde lo que se adquiere es una cobertura variable mediante un pago preestablecido, como mecanismo para neutralizar riesgos. Por su parte, la lógica de la empresa aseguradora pasa por obtener ventajas relacionadas con un menor costo de los servicios en relación a tal pago anticipado, denominado prima, cuyo “precio” guarda escasa relación con los de un mercado competitivo, dada la escasez de transparencia de información que se le brinda al contratante.

Por ejemplo, la dilución de riesgos en el “pool” entre individuos no siempre supone un descenso en el costo de la prima por siniestralidad. Todo lo contrario. Y la diversidad de precios no siempre es expresión de compensación de riesgos, sino la mayoría de las veces de adicionales por ineficiencias de gestión.

En general, el mercado de seguros privados muestra numerosas fallas. Unas son propias de la oferta aseguradora, por ejemplo la denominada selección adversa (aquella situación de exclusión a la admisión por tener un nivel de riesgo sanitario alto o superior al nivel medio) que haría que las pérdidas derivadas de los costos de atención de la enfermedad sean superiores a las primas que pagarían tales individuos por su seguro.

También, como sugiere Stiglitz, los seguros privados muestran costos de transacción elevados por necesidad de información, negociación y garantía de cumplimiento, que determinan pérdidas de eficiencia en la gestión financiera al excederse la disponibilidad a pagar de los individuos para asegurarse. Por otra parte - y más allá de la teoría de elección del consumidor - teniendo en cuenta que en los seguros privados el enfoque prestacional se centra con exclusividad en la atención de la enfermedad, sus características de gestión económico-financiera y de rentabilidad final, establecen una tendencia a segmentar y diferenciar coberturas de acuerdo a riesgo, edad y enfermedades preexistentes (*cream-skimming* o descremado). Esta estrategia asume como preferencia la cobertura de aquellos individuos con menores probabilidades de enfermedad, eludiendo en lo posible a los que poseen alto riesgo y previsiblemente requerirán un mayor volumen de servicios y por ende mayores gastos para cubrirlos.

Por sus características, los seguros privados tienen como particularidad someterse “parcialmente” a las leyes del mercado, dadas las fallas que son naturales del sector salud, de allí la escasa competitividad, la opacidad de información y la existencia de carencia de coberturas no expresamente aclaradas. En cualquier caso, se requiera la intervención del Estado, sea estableciendo ciertas regulaciones que respecto de la exclusión o del exceso de carencias, o proponiendo coberturas más amplias que incluyan los denominados eventos catastróficos (enfermedades de elevado costo de tratamiento), procurando de esta forma asimilar los beneficios a los del seguro social.

En el primer caso, por ejemplo, al hacer extensiva a todos los beneficiarios la canasta básica de prestaciones que proporciona el PMO, se obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir como mínimo en sus planes de cobertura las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las Obras Sociales Nacionales. En el segundo caso procurando evitando las primas diferenciadas según riesgo que excluyen a los pobres, ancianos o enfermos, por ejemplo tomándolos financieramente a su cargo.

Otros aspectos particulares del mercado sanitario del lado de la demanda pueden influir en el mercado de seguros de cobertura. En el sistema de seguros cuasi-públicos (seguro social), la demanda carece de elasticidad respecto del precio, dado que los individuos poseen escasos elementos de juicio para establecer el valor cuali-cuantitativo de la provisión de servicios de salud, tanto por el costo de atención cero como por problemas de información. El resultado es la presencia de efectos colaterales negativos de significación, por ejemplo el fenómeno de azar moral (ver glosario) que se deriva del exceso de uso y la inexistencia de incentivos para contener gastos y costos de atención.

Mediante la denominada relación de agencia incompleta los prestadores pueden inducir a los consumidores a una sobreutilización de servicios asistenciales, no interesando a ninguna de las partes (agente y consumidor) optimizar las prestaciones dando un uso racional de los recursos, dada la presencia de un tercer pagador.

La incorporación de co-pagos directos o tickets moderadores al PMO, tanto en ambulatorio como en internación, fuerza a los beneficiarios a reducir consumos, con lo cual desde el análisis económico se modifican significativamente las condiciones de elasticidad/precio de la demanda. En consecuencia, es más probable que también se requieran más regulaciones del lado de la oferta para controlar ineficiencias -como el fenómeno del “azar moral”- que solamente del lado de la demanda (Musgrove, 1996).

Los problemas mencionados, y otros como la escasez de análisis respecto al costo marginal de los servicios sanitarios o a los costos indirectos e intangibles en que incurren los individuos por problemas de cobertura y acceso a la atención médica, pueden generar dificultades a la hora de establecer evaluaciones vinculadas a la disponibilidad de indicadores de costo/efectividad y costo/utilidad en la financiación, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Volvamos por un momento al análisis microeconómico de los aseguradores-financiadores. El tema de la demanda real de seguros de salud debe ser examinada bajo tres condiciones.

La primera de ellas es que la magnitud de demanda a partir de la cual habría que efectuar pagos por la atención médica es completamente inelástica, de tal forma que las personas no pueden variar en menos el monto de su erogación económica una vez que están enfermos, dados los costos crecientes que resultan de la reposición del estado de salud hasta su curación.

La elasticidad es un concepto que refiere a la relación de cambio entre dos términos. Mide como cambia una magnitud cuando otra lo ha hecho. Así la elasticidad precio (E_p) de la demanda por atención médica, es la razón del cambio porcentual en la cantidad demandada debido al cambio porcentual en el precio. La elasticidad ingreso (E_i), es el cambio porcentual en la cantidad demandada dividida por el cambio porcentual en el ingreso.

La segunda condición se vincula al hecho que, ignorando una persona cuando se enfermará, los gastos que resulten de la pérdida de salud serán aquellos que le permitan maximizar la utilidad esperada (curación), una circunstancia que a su vez resultará función de la disponibilidad económica posible, y de la probabilidad actuarial de ocurrencia del evento

En tercer término, la demanda en salud, al mismo tiempo, parece variar positivamente con la calidad de la atención, ligada a la capacidad adquisitiva del acceso. Los atributos de la calidad son evaluados subjetivamente por el consumidor. Dos de ellos son centrales: en primer lugar, el nivel de la excelencia médica que se asocia con la precisión del diagnóstico y la efectividad del tratamiento en restaurar la salud, y segundo, el confort y el lujo asociado a los modales del médico, las amenidades, etc.

Un mayor nivel de calidad aumenta la importancia del cuidado médico con relación a otros servicios de consumo habitual. Más calidad desplaza la curva de la demanda hacia la izquierda. La excepción a esta regla es que si la baja calidad resulta en más enfermedad, también habrá mayor nivel de demanda, pero por una cuestión no de aumento del bienestar, sino por deterioro de la calidad de vida.

Establecer la demanda de seguro de cobertura requiere combinar cuatro factores: grado de aversión al riesgo, probabilidad que un evento de enfermedad ocurra (valor actuarial), magnitud de pérdida que la misma puede ocasionar (curación “ad integrum”, % de discapacidad o minusvalía o muerte) e información respecto del costo de la prima total del seguro (costo de transacción). Tales factores se identifican en función de las siguientes cinco variables:

- El grado de aversión de los individuos al riesgo, resultado de tener que asumir el eventual costo de atención, a su vez expresión de la utilidad marginal decreciente de la renta.
- La probabilidad de ocurrencia de enfermedad, cuyo valor actuarial podrá ser alto o bajo, de acuerdo al riesgo individual y a los patrones de morbimortalidad.
- La magnitud cuali/cuantitativa de la pérdida de salud sobre el individuo, y su impacto económico.
- El costo del seguro, como magnitud del aporte necesario para su adquisición respecto al salario o renta individual.
- La inseguridad respecto del ingreso individual, que afecta la disponibilidad a pagar por posibles incrementos de cobertura (eventos catastróficos) o consumo de unidades adicionales de salud.

7.1.- Impacto del PMO sobre el modelo prestador. El ajuste por riesgo

La aplicación del PMO sobre el modelo prestador y su vinculación con la cápita como incentivo financiero para reducir riesgos del financiador obliga a las empresas de salud del sector prestador a aplicar instrumentos de contención de costos, y en la medida que se organizan en redes, a la gestión de riesgos.

Bajo el sistema capitado, dados los fuertes incentivos a la subprestación que permitía la presencia de un techo financiero por pago prospectivo, el modelo prestador encontraba la manera de “ajustar” las prestaciones previniendo el uso de los servicios asistenciales, y en caso de desvíos por sobre éste empleaban el método del “índice” para “acomodar” el gasto, sin perder rentabilidad. Con el PMO, se incorpora un incentivo regulador para proveer adecuados niveles de atención médica, que en principio evite a los pacientes ser sub-asistidos. La vinculación de la cápita con el PMO crea así un incentivo del lado de la oferta para restringir los desvíos en la atención médica actuando sobre los costos,

especialmente la reducción de la internación innecesaria, tal vez la más costosa actividad de la cual los médicos tienen exclusivo control, pero al mismo tiempo pone una barrera al intento de racionamiento de las prestaciones .

Básicamente, la necesidad de contener costos sin excluir prestaciones obliga a los prestadores y sus redes a

- reducir el número de servicios médicos y por lo tanto su volumen de facturación (ajustar las tasas de uso)
- reducir el gasto reembolsado por los servicios proporcionados (pagos por “índice”)
- ajustar la provisión de servicios en base a procedimientos más costo/efectivos

Las medidas de contención de costos se centran así básicamente en dos componentes:

- mecanismos para control y utilización de los servicios asistenciales
- técnicas de revisión de uso y calidad de los servicios

¿Cuáles son los posibles aspectos instrumentales vinculados a la modalidad de su financiamiento actual y futuro que requiere la actividad de los prestadores en términos de cumplir con las normas del PMO y a la vez ajustarse al valor de la cápita? En principio, la necesidad de aplicar ciertas metodologías en función de programas que incluyan como objetivos potenciales la armonización de costo y calidad de los servicios médicos que prestan. Básicamente, actividades centradas en

- Reducir la duración de la estancia (revisión concurrente, normatización de la estancia esperada, planificación del alta, etc.)
- Identificar procedimientos alternativos nuevos y aceptados para procedimientos hospitalarios de baja incidencia y alto costo procurando diferenciar productos a la vez de procurar nuevos “nichos de mercado”.
- Promover atención médica en un entorno menos costoso (priorización de la cirugía ambulatoria, Hospital de Día)
- Proporcionar servicios completos y normatizados para pacientes con patologías de alto costo, incluyendo el tratamiento del SIDA
- Identificar los desvíos profesionales que demuestran elevado e innecesario uso de servicios de hospitalización (revisión de uso de servicios)

Nada de esto es posible si no se aplican sistemas de información “ just in time” que permitan analizar detalladamente los gastos y patrones de actividad en que incurre la práctica asistencial de los médicos. Dentro de los procedimientos para lograr los objetivos de gestión del riesgo a nivel del prestador o de las redes, se incluye la revisión de la utilización de los servicios, la normatización mínima de las actividades asistenciales, la comparación de la actividad profesional, la participación de los médicos en la definición de los estándares de producción y resultado, y la definición de incentivos financieros.

Otros métodos, que incluyen la participación de los aseguradores-financiadores incluye la educación del usuario (por ejemplo corregir el uso de visitas al especialista por propia iniciativa, o el salto entre especialistas en los casos que no hay Medico Referencial), la incorporación del co-pago con índice creciente según niveles de uso salvo previa autorización, o formas leves de limitación de consumos, como el diseño de cita previa y selección .

El segundo instrumento se centra en una redefinición de la transferencia de riesgos hacia riesgos compartidos. Esto se consigue mediante el método de pago de incentivos. Lo habitual de la etapa pre-PMO ha sido la transferencia de riesgo a partir del pago de una suma fija capitativa por afiliado y por mes, pero si el asegurador entiende que el piso de financiamiento del PMO es el valor básico de cápita por beneficiario determinado por el artículo 2do de la Reglamentación del Decreto 446/00, entonces podría ajustar el valor histórico de la cápita tratando de acercarla a tal piso. En ese caso, la tarifa capitativa podría estar significativamente por debajo de los costos esperados por la actividad asistencial, con lo cual el 100% del riesgo de exceso de costos se traslada al grupo médico. En tal caso, el riesgo podría compartirse e introducir un incentivo financiero anual en función de la adecuación entre el valor concertado de la cápita, el gasto final de la actividad asistencial ajustada y los resultados esperados en términos de calidad.

Un aspecto a evaluar a mediano plazo es el grado de efectividad en el cumplimiento de uno de los aspectos regulatorios del PMO, basado en la incorporación de un instrumento ordenador del sistema como es la incorporación de la figura del Médico Referencial (MR) y del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP). Este modelo, que permite establecer un componente adicional al riesgo compartido por parte de los financiadores, tiene la característica de conformar subgrupos de provisión médica (atención primaria vs. especialistas), y potenciar a los MR individualmente ya que cada uno tiene un pool de riesgo de 1000 beneficiarios del cuales responsable y al que tiene que mantener bajo cobertura, dar respuesta a su demanda y derivar al 2do nivel cuando sea necesario.

Si bien los acuerdos clásicos en materia de financiamiento a los MR de los EBAP, definidos como barrera con responsabilidad sobre la atención especializada y la hospitalización se centran en el pago de una sub-cápita, podrían incorporar un tercer aspecto, como ser el establecimiento de un incentivo financiero bajo el criterio de utilización de servicios (por ejemplo días de estada por mil asegurados/ año), de modo que los MR compartan tal incentivo si logran el objetivo previsto

En principio, los intentos de reducir el riesgo financiero sea por transferencia, limitación o eliminación, tienen como límite la existencia de una cantidad sustancial de riesgo residual propio de las ineficiencias de gestión que arrastra el modelo prestador, y detectable por los datos históricos de la incidencia de pérdidas (su frecuencia) y la severidad de las mismas (costo de la siniestralidad). En tal caso, dentro de las redes y aún para el caso de los prestadores individualmente, los riesgos numerosos pero de bajo costo, y predictibles (con una media conocida y baja variabilidad), deben ser asumidos como riesgos normales o habituales a cualquier negocio. Pero para los riesgos infrecuentes, con pérdidas financieras elevadas y de difícil predictibilidad, debe buscarse algún otro nivel de reaseguro para garantizar cierta protección frente a las pérdidas que no puede gestionar y que pueden ser catastróficas para la viabilidad institucional (*stop-loss*, por ejemplo).

Es probable que en razón de los diferentes niveles de transferencia de riesgo, los modelos contractuales se vuelvan cada vez más complejos, como consecuencia de la necesidad de determinar el equilibrio adecuado entre los incentivos económicos y la participación en el riesgo financiero que deben articular las partes componentes del contrato. Esto es especialmente válido en el caso de regiones geográficas donde, dadas las disparidades en el riesgo por el tipo de población, perfil epidemiológico, enfermedades prevalentes, etc. puede ser difícil establecer un programa eficaz de equilibrio entre gestión de riesgos/contención de costos, que a la vez permita lograr el efecto deseado sobre la

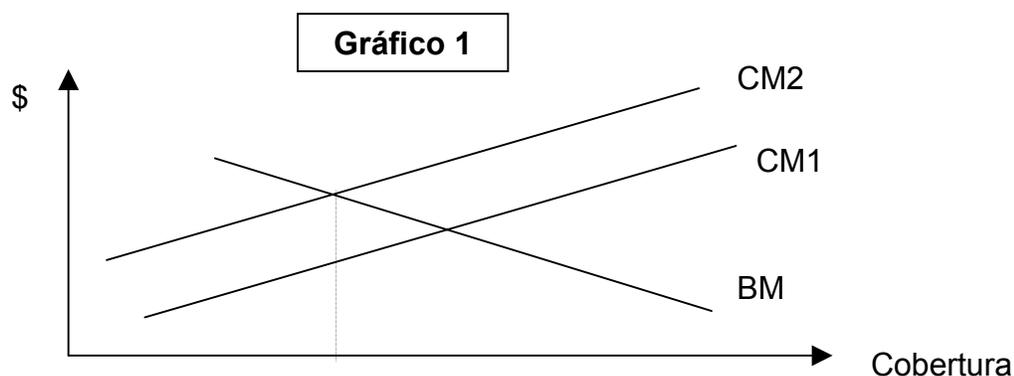
manera en que los profesionales realizan su práctica médica individual o colectiva.

7.2. Desregulación, PMO e incentivos sobre modalidades de contratación y pagos

Para definir un marco de análisis consistente, solamente se analizarán los comportamientos de los agentes del mercado de salud. No obstante, es bien sabido que el subsector de la atención médica es solo uno de los componentes del sistema de salud de una población. Respecto de esta observación, se adhiere a las reflexiones de Tobar (2000b) en el sentido que *"En primer lugar, la salud en Argentina será función de la dinámica de integración social.(...) En segundo lugar, será función del rol que el Estado adquiera en salud"*

Es en este contexto planteado que se analizarán las realidades del subsistema de provisión de servicios de salud argentino.

- ✓ Existen segmentos de la población con doble cobertura, que incurren por ello en duplicación de costos. En el Gráfico 1 se puede observar la ineficiencia generada por la doble cobertura: el equilibrio de mercado se da en la intersección de CM2 con BM. En ese punto, la valoración marginal de la cobertura se iguala con el gasto marginal en salud. La cobertura de la que dispone el beneficiario no es la suma de las coberturas ofrecidas por ambos sistemas, sino que es una sola cobertura por la cual se realizan dos erogaciones.



CM1: Costo Marginal de la cobertura privada
CM2: Costo Marginal de la cobertura privada más aporte a OS

- ✓ Al existir un elevado número de obras sociales nacionales, provinciales y sindicales (alrededor de 250) con una clientela fija o incluso que se viene reduciendo en el tiempo, el tamaño del mercado al cual se enfrenta cada una de ellas no es el adecuado para el aprovechamiento de economías de escala ni para la dilución del riesgo en el cálculo actuarial a través del pool de afiliados. La escala de producción es inferior a la óptima, por lo que incurren en ineficiencias productivas.
- ✓ Existen ineficiencias asignativas (precio mayor al costo marginal) generadas por monopolios legales y barreras a la entrada.

- ✓ En los sectores de las Obras Sociales y de los Hospitales Públicos, la demanda de atención sanitaria que no es posible de ser satisfecha (por escasez de recursos) se raciona a través de las colas de espera. Esto genera problemas de calidad en el servicio. En el Gráfico N° 2 se puede observar que cuando la atención es gratuita, la cantidad demandada es q . Dado que la máxima capacidad de atención sanitaria del Hospital es k , el racionamiento ineludible se da en el segmento kq .

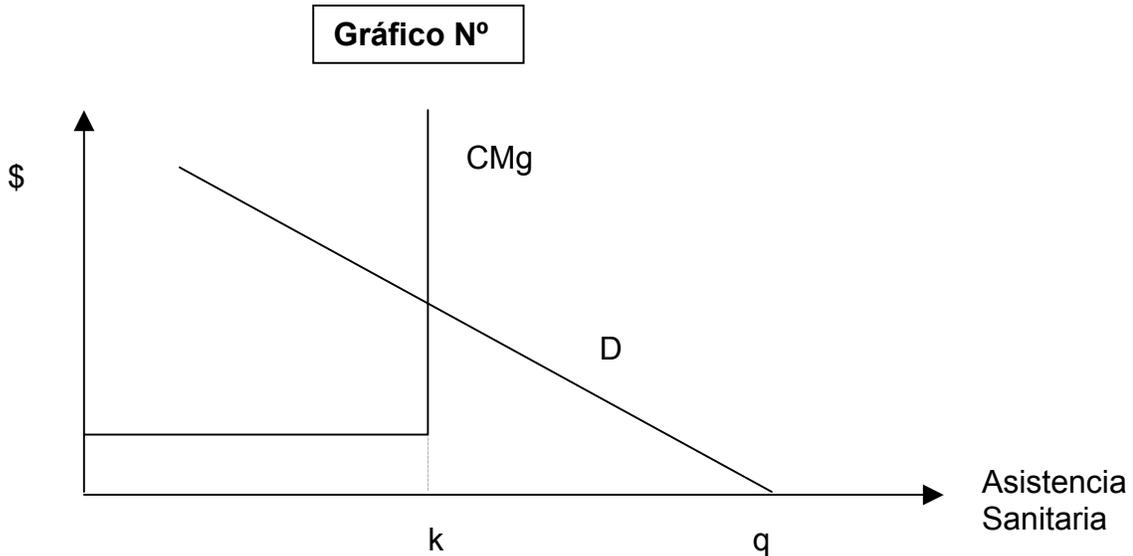


Gráfico 2 :Demanda y racionamiento

- ✓ Se está produciendo actualmente un cambio cultural en la sociedad hacia la explicitación de las demandas de cobertura de salud como un derecho constitucional adquirido.
- ✓ Se observan inequidades de acceso, ya que la calidad de los servicios viene dada por la disponibilidad de recursos de cada asegurador dentro del subsistema financiador de las prestaciones.
- ✓ Existe una notoria escasez de recursos humanos capacitados para la operativización del PMO (médicos de cabeceras "superhombres").

A partir de esta situación inicial diagnosticada, se presentarán dos escenarios posibles para los actores del sector salud luego de la implementación de la desregulación. Cada escenario se caracterizará por el tipo de agentes implicados en la competencia, y su relación con la aplicación del Programa Médico Obligatorio.

Escenario 1: Libre movilidad de afiliados entre obras sociales, pero no hacia la medicina prepaga.

En este caso, los comportamientos esperados de los agentes del mercado, son los siguientes:

1. *Empresas de medicina prepaga*: continuarían captando a los individuos de mayor renta, y a aquellas personas que se perciban de alto riesgo.
2. *Afiliados y beneficiarios*: se los clasificará según su capacidad de pago, en:
 - Capacidad de pago mínima: dentro de esta categoría se encontrarán individuos con la demanda satisfecha por el sistema de obra social, y los habrá con demanda insatisfecha. En ambos casos, permanecerán dentro del sistema de obra social, a pesar que la permanencia estará generada por distintas motivaciones (satisfacción y nivel de ingresos respectivamente).
 - Capacidad de pago media o alta: dentro de esta categoría se supone que todos los individuos se encontrarán satisfechos con su cobertura de salud, sea porque su OS lo satisface, o porque contratará una cobertura privada para complementar las prestaciones de la OS. Se debe resaltar que esta última categoría de individuos pagará dos veces por el mismo servicio.
3. *Población sin cobertura de salud*: continuará representando la casi totalidad de la demanda de atención hospitalaria.
4. *Obras Sociales*: la configuración actual sobredimensionada del sistema de obras sociales, determinada por la evolución histórica del movimiento sindical, y la inexistencia de fuerzas de mercado, se verá modificada por las nuevas reglas de juego. Con objeto de aprovechar economías de escala y disminuir riesgos a través del pooling, se observarán fusiones, alianzas estratégicas y adquisiciones de obras sociales por parte de otras mayores. En este escenario planteado, el nivel de ingreso global de las obras sociales, no variará, aunque sí lo hará su distribución entre las obras sociales sobrevivientes.

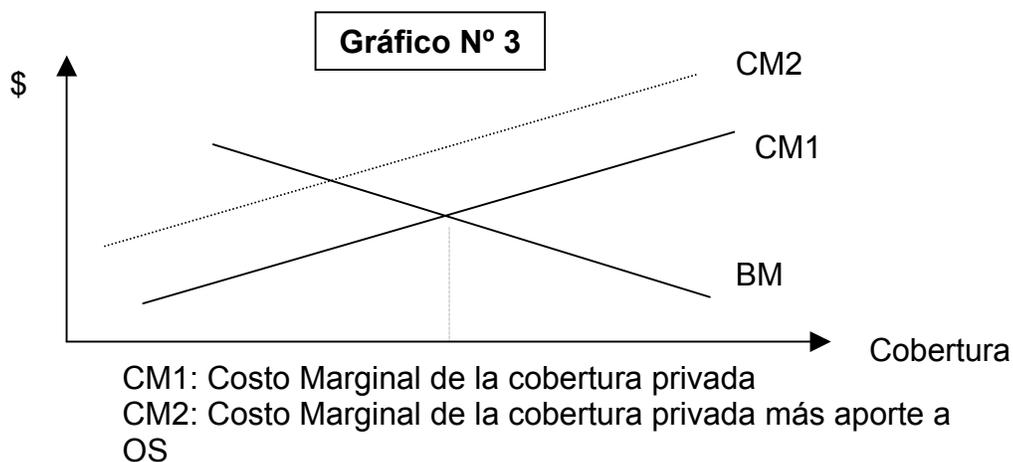
Las economías de costos logradas a través de la concentración, manteniéndose el número de beneficiarios constante, como así también el monto de ingresos a distribuir, redundarán en mayores coberturas en los servicios de salud, o en servicios adicionales externos al subsistema de salud (turismo, créditos, etc.). En el mediano plazo, las mayores coberturas permitidas por los ahorros de costos, reducirán la cantidad de individuos con demanda insatisfecha en el sistema de obras sociales. Un caso extremo se presentaría si estas coberturas adicionales generaran un vuelco de los algunos afiliados (especialmente aquellos con bajo riesgo de salud, y capacidad de pago media o alta) desde las empresas de medicina prepaga hacia el sistema de obras sociales.

5. *Hospitales Públicos*: continuarán recibiendo toda la demanda sin cobertura de salud, así como a una proporción pequeña pero creciente de personas con cobertura de salud de obras sociales. Como la mayoría de los recursos son fijos (físicos, económicos y humanos), la demanda excedente se raciona por cantidad. Cabe aclarar que para el análisis se supone que los Hospitales Públicos de Autogestión no se comportarán como maximizadores de ingresos, priorizando la atención de aquellos individuos con cobertura (de obra social)

Escenario 2: libre movilidad de afiliados entre todos los actores del sistema.

En este caso, los comportamientos esperados de los agentes del mercado, son los siguientes:

1. *Empresas de medicina prepaga*: al no poder rechazar a los individuos de menores ingresos, se observará en el segmento de medicina prepaga una gran variedad de planes con precios crecientes atados a coberturas crecientes. Continuarían captando a los individuos de mayor renta, y a aquellas personas que se perciban de alto riesgo.
2. *Afiliados y beneficiarios*: se los clasificarán según la combinación resultante de su capacidad de pago y su riesgo percibido, en:
 - Capacidad de pago mínima y/o riesgo bajo: estos individuos son los de mayor elasticidad de demanda. Dado que para ellos las coberturas prestadas por obras sociales y prepagas (planes básicos) serán sustitutos cercanos, se espera que en presencia de diferenciación de productos las firmas no puedan extraer beneficios altos de esta afiliaciones, ya que seleccionaran el plan de menor precio para el PMO.
 - Capacidad de pago alta y/o alto riesgo: estas personas son las de menor elasticidad de demanda. Se espera que busquen los planes más completos, y por lo tanto, las coberturas uniformes del sistema solidario no se presentarán como una opción. Se prevé, por lo tanto, que este segmento del mercado les genere rentas extraordinarias a las empresas de medicina prepaga, que cargarán precios fuertemente por encima de los Costos Marginales.
 - A su vez, esta elección eliminará la doble cobertura de salud, generando un paso hacia la eficiencia asignativa. Como se puede observar en el Gráfico N° 3, la eliminación de la doble cobertura generará un aumento en el ingreso disponible en las personas con doble cobertura de igual monto a la eliminación del aporte, y esto generaría, dado que la salud es un bien normal, un incremento en la contratación de cobertura, aunque por un monto menor al total de la transferencia inicial. El resultado global al eliminarse la obligatoriedad de aporte al sistema de obras sociales, será un incremento en la cobertura de salud de este tipo de beneficiarios, junto con una clara reducción de gastos en el sector.

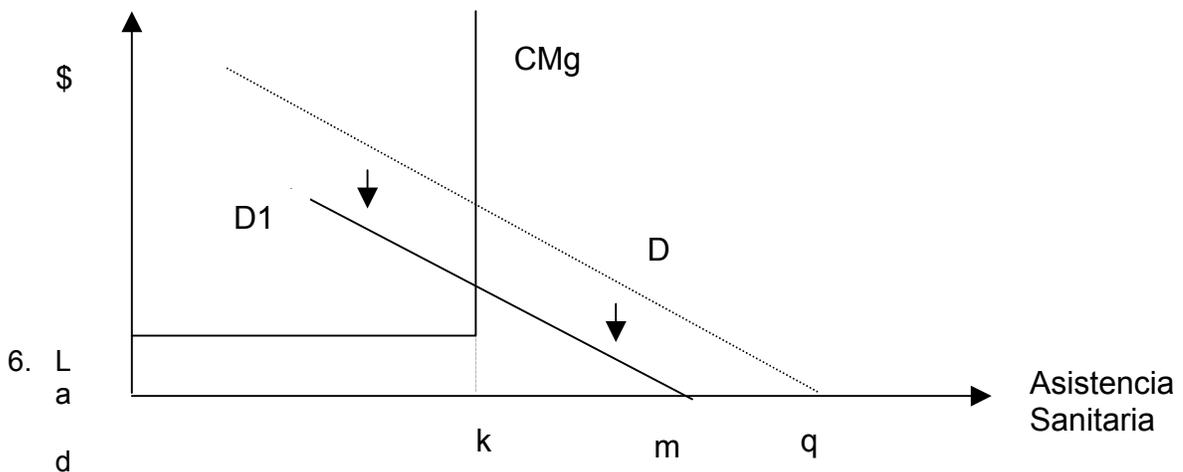


- Combinaciones intermedias de capacidad de pago y riesgo: esta categoría es la que presenta mayores problemas para el análisis, y a su vez la más voluminosa en términos de afiliados. Aquí la elasticidad de la demanda crecerá en relación inversa al riesgo y a los ingresos de los individuos. Dentro de esta categoría, aquellos individuos con mayor riesgo, valorarán la reducción del costo marginal (producto de la no duplicación de costos) de traspaso al sistema de medicina prepaga, y por lo tanto, optarán por este tipo de financiadores.

Por el contrario, los individuos de menor riesgo ponderarán en mayor medida el aumento de la cobertura de salud que se pudiera originar con motivo de la concentración en el sistema de obras sociales, y permanecerán en este subsistema. Cabe aclarar que las mejoras en calidad o en las coberturas provistas por las obras sociales, son sustitutos cercanos de la reducción del precio del aporte, y por lo tanto, generan respuestas en la misma dirección.

3. *Población sin cobertura de salud*: continuará representando la casi totalidad de la demanda de atención hospitalaria, pero se beneficiará de la reducción de las colas en el Hospital Público.
4. *Obras Sociales*: se supone que mantendrán la concepción solidaria de la financiación, y por lo tanto, ofrecerá cada una un único plan de salud. La evolución de los actores de este subsistema, será idéntica a la descrita en el escenario anterior, aunque la velocidad del ajuste será mayor debido a que la competencia las enfrentará con firmas que ya operan bajo las reglas del mercado. Y, por lo tanto, corren con la ventaja del *learning-by-doing* (se refiere al ahorro de costos por especialización operativa a través de la acumulación de experiencia). Cabe aclarar que la configuración última del sector de obras sociales dependerá de la capacidad de management del mismo, ya que se tornará indispensable combinar insumos de producción de manera eficiente para no quedar fuera del mercado de salud.
5. *Hospitales Públicos*: continuarán recibiendo toda la demanda sin cobertura de salud. Pero debido al aumento de la cobertura ofrecida por las obras sociales y las prepagas como respuesta a la competencia, se espera que las personas con cobertura de salud

Gráfico N° 4



ejen de formar parte de la demanda residual asistida por el hospital. Esto mejoraría la eficiencia del hospital, reduciendo las colas. (Ver Gráfico 4)

La demanda de atención sanitaria en el Hospital se desplazará hacia abajo y hacia atrás. El racionamiento por colas, en este caso, pasará de ser kq a km , menor que kq . Se mantiene el supuesto de igual trato a personas sin cobertura de salud y a las que la poseen.

Uno de los resultados de este escenario a tener en cuenta es el efecto positivo sobre el bienestar derivado de la mayor variedad de contratos de seguros de salud, entendidos como distintos productos disponibles. Esto genera un resultado Pareto superior en el sector salud.

Es importante aclarar que los escenarios han sido construidos suponiendo que ya ha sido desregulado el mercado de la salud recientemente. Las conclusiones a las que se arribarían en cada escenario en el caso de que no hubiera existido la desregulación previa serían distintas y dependerían fundamentalmente del grado de credibilidad que poseyeran las amenazas de desregulación. En un extremo, si la credibilidad de la amenaza de desregulación fuera nula, se mantendría el *status quo*, ya que no se generarían incentivos creíbles para el cambio. En el otro extremo, si la credibilidad de la amenaza de desregulación fuera del 100%, los agentes se comportarían como si efectivamente se hubiera desregulado el mercado. En el intermedio, existe toda una gama de posibilidades que exceden el objetivo de este trabajo, pero que merecen ser nombradas.

Entendemos que, dada la capacidad de lobby de los conductores de las Obras Sociales, el Escenario más probable es el N° 1. Es en este sentido que parecen direccionarse las presiones de distintas obras sociales al realizar presentaciones ante el Poder Judicial para evitar la desregulación total. Por otro lado, pareciera no existir en el sector de la medicina prepaga incentivo alguno para ingresar al sistema de competencia regulada, ya que ninguna financiadora se empadronó al presente.

7.2.a.- Incentivos generados por el modo de financiación del sistema: consorcios y publicidad

Según lo que se ha venido desarrollando en el cuerpo del presente trabajo, el PMO fija un piso a las prestaciones a cubrir por cualquier financiadora que desee entrar al sistema. De esta manera, se asegura una canasta básica de servicios de salud a la población con cobertura. Esta canasta de servicios es "comprada" por los financiadores en nombre de los beneficiarios a los prestadores, a través de un proceso de negociación.

Los financiadores disponen del poder de mercado que emana del manejo de las compras en grandes volúmenes. Cabe esperar que, con el objetivo de contrarrestar tal poder de mercado, se generalice la conducta actual de ciertos prestadores que se aglutinan formando *consorcios* o "*redes*" de prestadores, para de esta manera crear poder de negociación por la venta de grandes volúmenes de prestaciones.

Dependiendo del poder relativo que ostente cada parte involucrada en la negociación se podrá inferir el resultado de la misma, la que suponemos vendrá expresada en términos de un valor de cápita por afiliado. Tal configuración del mercado impide que el mecanismo de precios genere la información eficiente para la asignación de los recursos. Ahora, como la diferencia entre recaudación de los financiadores y las cápitadas pagadas para la adquisición de servicios representa beneficios brutos para la financiadora, esta última posee fuertes incentivos a reducir al mínimo posible la cápita, por lo que, *finalmente, el valor de la capita dependerá del poder de negociación de la red de*

prestadores. Pero este poder de negociación también se verá influenciado por la configuración de la oferta, es decir, el número y poder de las redes contra las que compete. En el caso de existir varias redes medianas o pequeñas, *ceteris paribus*, la cápita negociada será inferior a la cápita que se podría negociar ante una estructura oligopólica de redes de salud (pocas y con poder de mercado).

Desde el aspecto de la captación de afiliados por las aseguradoras-financiadoras, es muy probable que ante la existencia de asimetrías de información, la *publicidad* juegue un rol relevante en la estrategia de captación de afiliados. Si sostenemos que la *publicidad* no agrega valor a los servicios sanitarios, en un extremo podría suceder que las campañas publicitarias de los financiadores operasen en detrimento de la calidad de los servicios sanitarios, ya que se incrementarían los “costos administrativos” y se reduciría por lo tanto la cápita neta (cápita del sistema menos costos administrativos y beneficio de los financiadores) destinada a adquirir los servicios de salud a los prestadores.

Por su parte, la asimetría de información respecto a la calidad del servicio sanitario permitirá, a las empresas financiadoras, “esconder” ineficiencias productivas marginales a través de deterioros en la calidad de los servicios sin posibilidad (debido a la falta de identificación de la calidad) de ser penalizadas por sus clientes con el cambio de firma. La falta de percepción de la calidad brindada por los financiadores puede limitar los incentivos a ofrecer calidades mayores como variable de decisión para llevar adelante la captación de afiliados.

7.2 b. - El valor agregado del PMO: la Prevención de la salud como contención de costos a futuro

Como ya se ha mencionado, a diferencia del PMO 1996, el PMO 2000 incorpora específicamente dentro del menú prestacional la descripción de actividades de prevención en salud, que deberá ser realizada en parte por el médico de cabecera de acuerdo a los grupos etáreos y según una periodicidad preestablecida. La incorporación de la prevención puede ser un mecanismo que ayude a contener los costos del sistema en el largo plazo, especialmente en aquellos casos en los que esta práctica es costo/efectiva respecto a otros tratamientos. Pero así como puede generar efectos positivos en el largo plazo, dará lugar a un mayor gasto a valor presente para su implementación.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención debe ser analizada como un tratamiento más para una patología determinada, es decir deberá hacerse un análisis de costo/efectividad que la enfrente con tratamientos tipo “ex post” alternativos. Aquellas prácticas preventivas que no son costo/efectivas no deberían ser llevadas adelante por el sistema, especialmente las que generen, además de costos monetarios, desutilidad para los individuos.

La obligatoriedad de la prevención va en la dirección correcta. Pero el sistema, tal como está diseñado, no genera los incentivos correctos para que el nivel de prestación en actividades de prevención sea el óptimo, salvo que sea visto como un incentivo para aumentar ingresos. En un sistema de obras sociales y prepagas de libre elección y libre movilidad, las empresas se enfrentarán con la incertidumbre respecto a la internalización (apropiación) de los beneficios esperados (ahorro de costos de asistencia futura) producto de las acciones preventivas. La incertidumbre de apropiación de los beneficios generará en las empresas un nivel de esfuerzo (uso de recursos) menor al óptimo en las tareas de prevención desde el punto de vista del sistema como un todo; ya que el valor agregado se

disfrutará en la disminución de costos futuros por la prevención realizada. La firma individual destinará recursos a la prevención hasta el punto en el que el beneficio marginal esperado de tal práctica se iguale con los costos marginales que esta origine. La probabilidad que tiene la firma de apropiarse de los beneficios es menor a uno, por ello el nivel de prevención va a ser menor al óptimo social (beneficio marginal de la prevención = costo marginal de la prevención).

Por lo tanto, se observará que el sesgo del sistema hacia las prestaciones asistenciales en detrimento de las de prevención que existe en la actualidad, no será corregido con las nuevas reglas del juego. A su vez, los incentivos económicos de los prestadores juegan a favor de la tendencia antes mencionada.

7.3. Costos y calidad. La nebulosa del PMO

Uno de los principales problemas a resolver respecto de la demanda, el ajuste de costos y la *eficiencia* con relación a un PMO que no mide resultados, es que puede traer aparejado bajos e inaceptables niveles de calidad de atención médica. Existe una preocupación manifiesta respecto a que las regulaciones en este aspecto puedan dar lugar al efecto denominado *piso-techo*, donde el intento de fijar un piso de estándar mínimo básico de cobertura pueda transformarse en el propio techo asistencial del mercado sanitario. Dado que ese mismo mercado puede desarrollar selección adversa y diferencias por riesgo, si solo se aplica una variante de regulación de volumen prestacional y costo que fije tal estándar mínimo, entonces el bienestar de todos los usuarios puede reducirse. Tomemos el ejemplo del PMO que requiere el control de las tasas de uso para mantener su costo en equilibrio. Si el mínimo estándar permite dar prestaciones con un nivel de resultados moderadamente bajo, puede inducir a los prestadores a disminuir la calidad por debajo de ciertos estándares previstos por ellos mismos, aun cuando sus parámetros de calidad inicial se encontraban por encima de tal nivel. Esta es la demostración del *efecto piso-techo*. En tal circunstancia, el piso obligado de prestación se transforma en un techo impuesto a la calidad, lo que deberá ser contemplado a la hora de supervisar el cumplimiento del PMO.

En términos de *equidad*, el PMO asegura igualdad de oportunidades asistenciales desde dos ópticas: en primer lugar al evitar la selección virtual por riesgos en cada asegurador garantizando que el *pool* de riesgos de los beneficiarios se encuentre en equilibrio con la oferta de prestaciones, más allá de la aleatoriedad de la enfermedad y de los costos que esta genera. La necesidad de ajustar las tasas de consumos para optimizar la disponibilidad de recursos permite aumentar el bienestar total de los asegurados así como garantizar los resultados del proceso de atención médica. El traslado de riesgo al prestador bajo el sistema capitado también actúa como disciplinador de consumos, a pesar de la posibilidad latente de subprestaciones compensatorias a la pérdida de rentabilidad.

El PMO no representa un instrumento para racionar servicios a nivel de los prestadores, sino, por el contrario, una indicación a éstos sobre lo que deben proveer a los beneficiarios del seguro. Por lo tanto su principal uso es la definición de prioridades (amplia en el caso de Argentina) y la asignación de recursos en el nivel agregado. De esta forma y en relación al principio de equidad, el PMO no se usa para excluir prestaciones sino para incluir personas, garantizando el acceso a las mismas para toda la población asegurada. Permite, por un lado, establecer en forma transparente las prioridades de acción para el control de los principales problemas de salud. Por el otro, constituye un elemento clave al financiamiento del sistema al permitir estimar los costos de atención al

tiempo de establecer los beneficios concretos que quedan cubiertos por el seguro tanto cuasi público como privado de salud. A pesar de tratarse de un menú indicativo, requiere no obstante incorporar variantes regionales dadas las particulares características epidemiológicas del país en sus diferentes latitudes, así como valuaciones de costo de acuerdo a tales perfiles.

¿Es posible lograr mediante una regulación como el PMO que las empresas privadas que ingresan al campo del seguro social en el contexto de la desregulación puedan tener un fin público no lucrativo? Es difícil pensar que esto se logre fácilmente, ya que lo habitual resulta ser un intento de apropiación privada del Estado con fines de lucro. Pero es evidente que lo que se busca es reformar el espacio de gobierno en cuanto a la economía de mercado, acentuando la esfera de la privacidad personal y de la acción individual, pero manteniendo el criterio que el problema de la salud es que debe atenderse la necesidad individual sin dejar de pensar en la necesidad colectiva.

Ahora bien. Nadie parece ser tan absolutista en sus ideas como para plantear que todo sea privado, más en el caso de lo sanitario, como tampoco que el Estado debe volver a ser el eje de la cuestión. Tal como establece Wolfe, ninguna sociedad puede acordar efectivamente un valor moral para lo privado sin acordar la acción protectora a lo colectivo. No se trata de una visión paternalista, sino una necesidad de que el Estado replantee su rol y sus nuevas responsabilidades en el campo sanitario, y que a la vez de promover equidad se complemente con el sector privado a fin de garantizar los derechos de los ciudadanos a la accesibilidad, la eficacia y la calidad de la atención médica.

Lo importante es destacar que existen dos problemas que corresponde tener en cuenta al hablar de una reforma sectorial con componente de mercado. En primer lugar que el Estado exhibe una debilidad histórica a la hora de aplicar regulaciones sobre las fallas del mercado, especialmente significativas en el campo de la salud, sea por carencia de instrumentos efectivos o de recursos humanos capacitados para ello. El sistema de medicina prepaga es un buen argumento para ello.

En segundo lugar, que una virtual privatización de la salud, mas allá de los desajustes que puede causar en cuanto a la selección de beneficiarios según riesgo o capacidad de compra, dicotomiza la cobertura en segmentos de diferente poder adquisitivo y pone en serio peligro la mínima equidad en el acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable. Al imponerles una carga financiera adicional a las cotizaciones de los trabajadores, como ocurre con las ISAPRES, la expansión de los seguros privados en lugar de mejorar los problemas de cobertura los agrava. Y si a ello se suma el problema de la desocupación y sub-ocupación que hace que quien no puede ofrecer su fuerza de trabajo está privado de la capacidad de compra y no participa del mercado, tenemos un elemento de exclusión económica de la sociedad que da lugar a una alternativa de hierro entre equidad o exclusión.

Es evidente que las reformas deben apuntar en dos sentidos. En primer lugar a garantizar los derechos del ciudadano. Ese es uno de los objetivos al que apunta el PMO como herramienta. En segundo lugar, a resolver los problemas de eficiencia microeconómica y de eficacia y equidad del gasto del seguro social, y este es el segundo componente clave del PMO. Analicemos en este caso el tema del seguro social de salud como herramienta de financiación solidaria. Considerando a la salud un derecho que forma parte del bienestar colectivo y de las posibilidades de equilibrio social, mejorar el sistema sanitario debe partir de articular una diferente relación entre Estado, mercado y sociedad que permita garantizar la inclusión social, optimizar el nivel de cobertura y promover una redistribución más equitativa de los recursos hacia los sectores mas

necesitados. Dadas las circunstancias por las que atraviesa el mercado laboral, el seguro social parece ser ineficaz para mantener la cobertura del trabajador. Ahora bien. ¿Puede un monopolio público como el Estado, con su propia capacidad instalada, hacer frente con eficiencia y calidad a la mayor presión asistencial que ejerce la demanda de los considerados nuevos pobres, una nueva clientela procedente de segmentos medios pauperizados cuya magnitud resulta del orden del 14% adicional sobre el volumen teórico de cobertura estimado para la población en situación de pobreza?

¿No es cuestionable que el propio Estado deba destinar recursos escasos bajo la forma de subsidios cruzados para dar cobertura a los trabajadores informales que perdieron sus Obras Sociales por la evasión impositiva que beneficia con una rentabilidad extraordinaria al sector empresarial? Más allá que sea obligación del Estado asistir a la población sin otra posibilidad de acceso a los servicios de salud, la persistencia de esta conducta rentística muestra un déficit severo del rol regulador del propio Estado, que además coloca barreras financieras a la posibilidad de brindar servicios de mejor calidad para los más pobres.

La crisis financiera del sector salud devuelve el conflicto del lado de la sociedad. El caso del seguro social muestra el punto de inflexión del sistema sanitario de la década del 90. Su disponibilidad de fondos se configuró durante veinte años como una poderosa herramienta que permitió garantizar cobertura a la población asimilada a la estructura productiva, en una etapa histórica de pleno empleo y condición de producción mano de obra intensiva. En tanto, el esquema público asistencial quedó así para quienes se encontraban excluidos del mercado laboral y en condición de pobreza. Diez años después de haberse alcanzado la máxima extensión de cobertura, comenzó a advertirse una reducción significativa del número de beneficiarios del seguro respecto del total de la población, coincidente con las oscilaciones de las tasas de actividad económica y el crecimiento progresivo del subempleo y la precarización laboral.

Tal vez resulte problemático en el futuro inmediato resolver el escenario más complejo que es la crisis de disponibilidad de nuevos recursos económicos, un factor que se constituye en barrera importante para acceder a una financiación equitativa de la salud, y a la vez un problema que se agrava por el desempleo y la precarización laboral que obliga a nuevas coberturas no previstas. Lo que no puede obviarse es que el gasto en salud resultará siempre una inversión de efecto positivo sobre el crecimiento económico y el desarrollo social.

Más aún, cuando lo que se procura es financiar sin desequilibrios una prestación básica de servicios esenciales. Más allá del problema de la disponibilidad de fondos, una tarea afín a los economistas pero también común a la economía de la salud, es que el desafío de la transformación no se remitía solo al problema cuantitativo de oferta/demanda, sino que de su reconocimiento y eventual resolución, se procure resolver desde el sector salud una mejora cualitativa en el uso y aplicación de las finanzas, orientándolas a la promoción y prevención de la salud.

8. LA ECUACIÓN COSTO/CALIDAD Y EL PMO. UNA REFLEXIÓN FINAL SOBRE LA INEFECTIVIDAD DE LAS REGULACIONES QUE NO INVOLUCREN A LA MICROGESTIÓN

Desde 1993, los enfoques de intervención en el sistema sanitario argentino se han orientado en el sentido de una **reforma silenciosa**, segmentada y orientada principalmente a producir cambios sobre la macroeconomía del componente seguro social solidario (las Obras Sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) básicamente en el modelo de atención médica.

Por el contrario, poco es lo que se ha avanzado en la transformación del sector estatal de servicios de salud, fundamentalmente por la pertenencia de estos a cada provincia lo que obliga a consensuar políticas afines, y también sobre la regulación del sector de la medicina aseguradora privada, si bien existe aun no aprobado por el Congreso Nacional una legislación al efecto. Puede decirse que tanto las Obras Sociales como el INSSJyP representan ámbitos de intervención directa del gobierno nacional, de allí la importancia estratégica que adquiere su reforma.

La profundización del proceso de transformación del sector del seguro social cuasi-público a punto de partida del Decreto 450/00 procura una concentración de las Obras Sociales a partir de la promoción de fusiones y conformación de consorcios entre estas, como estrategia de gestión eficiente. Al mismo tiempo extiende el modelo de la capita – ponderada o no- como herramienta financiera de contención de costos y promueve la oligopolización y dispersión de la oferta prestacional como intento de resolver la “captura privada” de los financiadores por parte de los prestadores, y a la vez provocar una *lógica* natural de adaptación al proceso transformador.

Paralelamente, la regulación de las empresas de seguro privado (también llamadas pre-pagas) previo a la apertura a la libertad de contratación y elección consciente del seguro por parte de los usuarios apunta a establecer el marco adecuado para la conformación de un cuasi-mercado competitivo entre organizaciones aseguradoras solidarias y de pago privado.

Por su parte, la reforma del INSSJyP-PAMI se han basado en una ingeniería contractual centrada en la fijación de un valor capita de referencia, mas un proceso licitatorio segmentado por regiones geográficas y servicios de atención que atomiza la oferta prestacional en unidades de gestión/provisión de la atención médica de sus beneficiarios.

El modelo adoptado se asemeja a la denominada “competencia gestionada”, basada en el traslado de riesgos asociado a una financiación fija preestablecida a partir de un monto determinado y destinado a cubrir una canasta básica de prestaciones denominada Programa Médico Obligatorio, que comprende prácticamente la totalidad de la atención de la salud. Se caracteriza por organizarse “ en cascada” desde los financiadores/compradores de atención médica a intermediarias que comparten gestión de riesgos y provisión de servicios, mediante prestadores asociados para capturar mayores cuotas de mercado. Estos grupos prestadores convierten los incentivos económicos en un elemento clave de la Gestión Clínica.

El pago capitado, una herramienta considerada clave para adecuar un *techo de gasto*, en teoría procura introducir un incentivo de organización de la asistencia sanitaria en torno al mantenimiento de la salud reduciendo los costos de producirla. A la vez que controla el

incentivo negativo de la sobreprestación por una mayor demanda inducida derivada del tercer pagador, no esta exenta de subprestación como mecanismo de maximización de ingresos del proveedor de atención medica, mas aun si la redistribución de beneficios se efectúa sobre la base de un índice promedio, si bien reduce los pagos por sobre los costos marginales excedentes de los servicios prestados. Por su parte, el traslado de riesgos al núcleo gerencial/prestador que se asocia al pago capitado obliga a este a establecer regulaciones del paquete de prestaciones y promover el análisis costo/efectivo de las decisiones clínicas, así como a tratar de incrementar la proporción de población afiliada en función de “licuar” riesgos y mejorar sus economías de escala.

De esta forma, el seguro solidario (de hecho los privados lo hacen) se transforma de pagador en comprador, siendo ambas acciones diferentes ya que lo que se va a decidir en el nuevo modelo es que se recibirá como contraprestación del dinero que se paga (función de compra) aunque más en resultados cuantitativos que cualitativos.

Las expectativas de los seguros solidarios pasa de trabajar “en el margen” o evitando “catástrofes financieras” por azar moral, a tomar el control del proceso de gestión sanitaria entre aseguradores y proveedores. Se procura de esta forma limitar el control monopólico que ejercían estos últimos en la fijación de “precios de compra” (honorarios médicos y derechos sanatoriales) evitando así la tradicional captura privada de los financiadores, pasando ahora a comprar servicios de acuerdo a las necesidades, demandas y preferencias supuestas de la población. De esta forma se posicionan para responder a la libertad de contratación del asegurado (dada la perdida de cautividad que históricamente lo ligaba a su Obra social por rama de actividad) apuntando a dominar el proceso de financiación/compra/provisión.

Este modelo, promovido en la ultima década, no surge como instrumento de reforma sino que se convierte en un fin en sí mismo, alumbrado en el contexto de una filosofía que apunta a que la competencia moviliza el sistema hacia la eficiencia, condición que si bien ocurre en el mercado tradicional no parece trasladarse automáticamente al mercado sanitario. En si no es este un argumento ideológicamente neutro, sino intencionalmente incorporado al sector como parte de las reformas económicas macroestructurales.

En tanto sistema “regulado” a punto de partida de un organismo gubernamental responsable de establecer las reglas de juego (la Superintendencia de Servicios de Salud), el avance hacia un *mercado interno* si bien tiene el encanto ideológico de la construcción teórica, también posee el desencanto real de que ni los pacientes/usuarios son quienes compran o deciden por elección consciente – salvo en aspectos menores no relacionados con la gestión clínica- como tampoco la competencia entre seguros cuasi públicos y privados obliga a sus gestores a ser más condescendientes con la equidad o mas conscientes de los costos y la calidad.

La demanda de servicios de salud, por su parte, tiende a un crecimiento constante por las razones que ya fueron explicadas, que se acompaña de una espiral de costos en proporción a tal asistencia. Esto hace que no sea fácil de cumplir en la práctica lo que en teoría forma los tres ejes del sistema sanitario: accesibilidad con igualdad de cobertura, costos razonables y adecuada calidad de atención. Para alcanzar el equilibrio, la gestión sanitaria solo puede conseguirse en un entorno regulado por el PMO, si los tres elementos centrales de todo sistema de salud, asegurado, asegurador y proveedor, se ponen de acuerdo en algún punto para compartir el riesgo individual que les corresponda

y puedan asumir, más el riesgo colectivo del funcionamiento y financiamiento del Sistema.

La asimetría entre los acuerdos que habitualmente gobiernan las relaciones entre los agentes del sistema dificulta alcanzar en forma adecuada la situación de equilibrio y un funcionamiento eficiente tanto en lo micro como en lo macroeconómico.

Así planteado, la gestión de riesgo desde la perspectiva de los prestadores se basa ahora en la necesidad de proveer el menú del PMO con un piso básico de \$ 20, sin que ello ocasione una pérdida financiera. La empresa de salud debe así identificar, evaluar y planificar cuales son los riesgos a asumir, reduciendo tanto la exposición al riesgo derivado de determinadas responsabilidades a que queda obligada, y la probabilidad de un resultado negativo especialmente en aquellas situaciones con pérdidas financieras extremas, como en el caso de enfermedades catastróficas.

Dentro de las modalidades de contratación, una definición cuidadosa del costo de los servicios obligados a cubrir, el impacto de los co-pagos en la utilización de servicios y la calidad de la asistencia a ser provista, figuran como aspectos centrales a la operatoria de las empresas prestadoras, ya que sobre ingresos en general fijos por una cápita, se hace necesario en primer término reducir el uso innecesario de los servicios asistenciales. Más aún en el caso de redes, donde la selección cuidadosa de los principales proveedores (médicos de primer nivel de atención, especialistas en segundo nivel ambulatorio, establecimientos privados y públicos, laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes y farmacias) son claves para configurar un modelo de distribución del trabajo de bajo costo y alta calidad, mediante el control de las tasas de utilización asistencial y un entorno financiero de costos predeterminados compartidos. Estas capacidades requieren de la disponibilidad de datos en tiempo real, tanto financieros como de utilización de servicios, demográficos, epidemiológicos, etc., que permitan establecer las iniciativas de contención de costos.

8.1.- Luz amarilla para la Reforma sobre la macrogestión sanitaria

¿Cuales son los riesgos de este modelo de reforma macroeconómica orientado a la concentración financiera de los aseguradores, que pretende combinar dudosamente eficiencia con equidad? En primer termino, la posibilidad de la empresarización del sistema, tanto del componente cuasi publico como del privado sin fines de lucro, ya que el proceso de transformación requiere el ingreso de capitales al sector para sostener la gestión financiera en el “cuasi-mercado” en función de marketing y administración y para cubrir los costos de transacción, similar a lo ocurrido con las ISAPRES chilenas.

En segundo termino, la descapitalización del seguro solidario por el trasvasamiento preferencial al privado de los trabajadores asegurados con menores riesgos y mayores ingresos (el ya mencionado “*descreme*”). En tercer termino la integración progresiva vertical y horizontal de los proveedores por una parte y de los aseguradores por otra, o de ambos entre sí. Esto favorece la concentración, crea barreras de entrada que restringen la competitividad y suma conflicto de intereses. Finalmente, la transformación del beneficiario/paciente en un usuario/consumidor y la limitación de su capacidad de elección frente a la profundización de la asimetría de información por una parte, sumado al control de la autonomía medica a partir de la selección profesional, el establecimiento de programas preestablecidos de atención diferenciada y la incorporación creciente de incentivos económicos.

¿Es posible sostener seriamente que esta reforma que se pretende hoy profundizar conducirá simultáneamente a la eficiencia, calidad y equidad que se pretenden? *He aquí la duda hamletiana*

En principio, los modelos de “competencia gestionada” o sus aproximaciones han dado lugar a un incremento del costo directo de los asegurados/usuarios en la financiación de la atención médica en la mayoría de los países donde se ha avanzado en su aplicación. Y esto es una condición por cierto francamente regresiva. El sistema financiador basado en una capita preestablecida requiere a su vez disuadir el uso de los servicios asistenciales, con lo cual la aplicación de pagos adicionales como tickets moderadores disminuyen el acceso a los servicios a la vez que reducen la calidad de atención. Paralelamente, el modelo chileno muestra que por cada dólar gastado, 30 centavos (30%) se destina a cubrir gastos de administración, en tanto 24 centavos (24%) es rentabilidad de las empresas. Solo queda para atención efectiva de la salud 46 centavos. (Molina, OPS, 1999)

8.2.- El árbol no deja ver el bosque

Sin duda, Argentina ha optado por profundizar este modelo ultrasegmentado de reforma, como parte de las obligaciones contraídas con los organismos supranacionales de crédito, aun a costa de los riesgos que el mismo trae consigo, y a contramano de su historia afín al principio bismarckiano del seguro solidario particularista de los trabajadores. Los argumentos esgrimidos por las autoridades sanitarias para hacerlo basados en el quiebre de la financiación solidaria dado el ocaso del mercado laboral tradicional de ocupación plena, y la necesidad de introducir reformas para elevar la equidad son contradictorias con lo que sobrevendrá a la atomización del seguro social de salud y la apertura al juego del mercado.

¿Cómo sostener seriamente esta propuesta en un contexto donde la economía se ha estancado en el valle del ciclo económico, el trabajo se ha precarizado hasta límites inimaginados en la geografía del país, el salario declina proporcionalmente a la pérdida de productividad y los fondos evadidos ilegalmente del seguro social son irre recuperables?

La mimetización de las ideas, basadas en amplia bibliografía y documentos sin un análisis estratégico en cuanto a las diferencias culturales, económicas y sociales entre países de distintas latitudes puede ser catastrófico para el sistema de salud que en teoría se pretende reformar, y casi con certeza lo será para una amplia mayoría de ciudadanos a quienes paradójicamente se pretende beneficiar. Sin embargo, y muy a pesar de las recientes declaraciones favorables a un replanteo de sus políticas en el campo social, el pensamiento dominante hegemónico de los organismos de crédito ha convertido a este modelo en la panacea y el basamento estructural para avanzar en iniciativas de reforma en tal sentido.

El dogma reformador (el árbol) no deja ver el contexto en que esta debe desarrollarse (el bosque). Argentina posee casi 4.000.000 de trabajadores asalariados (el 30% de su Población Económicamente Activa) precarizados y excluidos del mercado laboral formal y por ende del seguro social de salud, contra su voluntad o al menos sin su “*consentimiento efectivo*”. Los restantes penden del hilo de la recesión y la contracción productiva. No parece ser este el mejor escenario para la reforma del seguro social, si los indicadores macroeconómicos no auguran una pronta recuperación del crecimiento que movilice las fuerzas del trabajo y la producción hacia una mayor formalización de la mano de obra. ¿A

quien beneficia entonces esta profundización de lo tíbiamente iniciado con el Decreto 9/93 y sus modificatorias?

Tal vez sea hora de replantear el modelo de reforma sanitaria en Argentina, o tal vez comenzar el debate lógico de *la reforma de la reforma* para el siglo XXI, al menos para equilibrar costo y calidad, si no es posible compatibilizar eficiencia con equidad. Elaborar un planteo mas alejado de la lógica del mercado y más próximo a las intervenciones posibles de incorporar rápidamente, sin volver al pasado, aplicando para ello medidas que supongan una prueba de madurez política y técnica.

8.3.-Gestionando lo esencial. La otra forma de la Reforma desde la microgestión

Del proceso de cambio orientado por las reformas ha surgido de un elemento común a los sistemas de salud: la necesidad de involucrar a los profesionales en la misma, principalmente los médicos, en la utilización adecuada de los recursos disponibles, y en la incorporación progresiva de financiamiento e incentivos para lograrlo. Mas allá de la importancia que adquiere la macro y mesogestión en el sistema de salud, lo esencial del proceso de gestión sanitaria subyace en la practica profesional, y adquiere la trascendencia de un **punto estratégico de cambio y de consenso** entre financiadores, aseguradores, médicos y políticos.

Precisamente porque siendo el medico quien asigna mas del 80% de los recursos del sector salud en millares de decisiones diagnosticas y terapéuticas tomadas diariamente en condiciones de incertidumbre, para lo cual gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo, su involucramiento en la reforma es un aspecto central (Ortún, 1996). No hay otra figura del sistema de salud que a través de su natural y permanente *toma de decisiones* orientada a maximizar el beneficio del paciente pueda convertirse en el agente del cambio del modelo asistencial.

Para esto es necesario que incorpore la necesidad de lograr tal utilidad en el **tiempo justo** (en el momento que el paciente lo requiere y no cuando puede el proveedor), con los **recursos adecuados** (aquellos que poseen una optima relación costo/efectiva demostrada) y con la **calidad necesaria** (entendida como el mejor resultado clínico en función de la demanda inicial)

Sin una medicina efectiva no puede haber servicios sanitarios eficientes (Ortún, 1996. El proceso de reforma basado en la *gestión clínica* requiere así un **actor** (el decisor) y un **instrumento** (un sistema de información adecuado) que permita evaluar sistemáticamente proceso/resultado/costos o lo que es mas preciso *eficiencia con efectividad*. Si el principal problema del sistema de salud, salvando el componente equidad como objeto esencial de mejora, es el crecimiento progresivo de los costos que a su vez no se acompañan de los resultados esperados en términos de salud colectiva (costo/efectividad) o de satisfacción de las personas (costo/calidad), no puede ignorarse ni mucho menos soslayarse que el gasto sanitario en su mayor proporción es resultado directo de los actos médicos, y por ende de la *Gestión Clínica*.

Ahora bien. Existen problemas centrales en este núcleo critico de gestión de la dinámica sanitaria. El primero se basa en la *incertidumbre* , la *ausencia de patrones confiables de comparación de alternativas y resultados* y en *el abuso de la “ experiencia”* en la practica medica. La segunda remite a una elevada incidencia de la *variabilidad* del resultado final como consecuencia de las decisiones clínicas, función de lo expresado como primer problema. De allí la necesidad de no pretender equivocadamente la

uniformidad de criterios sobre la base de análisis costo/efectivos excluyentemente, sino de aplicar estos para orientar la gestión clínica, conocer la medida de resultados y la eficiencia técnica adecuada en la combinación de recursos para lograrlos. Todo ello en un contexto que permita establecer comparaciones tanto por parte del financiador (el seguro) como por parte del gestor del proceso (el médico), acotando con ello la dinámica natural de la relación de agencia incompleta.

La regulación de la variabilidad del proceso de atención medica en la aplicación de recursos y obtención de resultados adecuados, si bien actúa sobre un componente central (el médico) a la vez formador de conocimiento, de experiencia y a su vez núcleo central del proceso sanitario, parte de la posibilidad efectiva de establecer parámetros adecuados de combinación de recursos y logro de resultados esperados, así como costos de tales intervenciones. La amplitud de la variabilidad, a su vez, no responde solo a la identidad biológica de la persona o al genio epidemiológico de la enfermedad, sino a una gestión de lo incierto (la enfermedad y su curso evolutivo a partir del proceso de atención) no basada en la evidencia o en la propia comparación de resultados.

La *causa* de tal variabilidad reside en la diferente aplicación de los recursos en pacientes similares, en el uso de técnicas diagnostico/terapéuticas basadas en la “ experiencia”, y su *consecuencia* es la presencia de pacientes o grupos de ellos similares o con procesos de atención similares y notables disparidades en el costo/calidad en términos de resultados. Estos dependerán de la calidad de la evidencia en que se basan, del grado de implicación de los médicos en su elaboración y de la intención de informar – y no obligar- respecto de la mejor decisión clínica.

8.4.- Reformar desde el centro a la periferia del sistema

Cada vez se hace más evidente que sin una intervención racional y razonable en el ámbito de la microgestión sanitaria, los resultados de cualquier reforma del sistema de salud a mediano plazo se tornan impredecibles, relativizándose rápidamente

Ya se cito a la variabilidad y su adecuada gestión como el nuevo planteo para **reformular la reforma**. Decidirlo requiere volcar la atención sobre los factores sensibles de ser modificados por el proceso de toma de decisiones: el propio funcionamiento de los proveedores en la mesogestión y la relación de agencia bilateral entre la organización sanitaria (el principal) y el medico (el agente), y a su vez entre este y el paciente (el otro principal) como causa de la variabilidad de acuerdo al conflicto de intereses. Al mismo tiempo, minimizar el rol que asumen las características individuales de los usuarios, al tratarse de un componente no modificable por quienes gestionan el proceso de decisión (el azar, el genero, la edad, el quintil social de pertenencia, etc.,)

¿Cómo controlar la variabilidad que permita equilibrar los términos de la ecuación costo/calidad, es decir eficiencia económica con resultados sanitarios, como instrumento central a la reforma sectorial? En principio, a través de la aplicación de cuatro elementos:

- Capita ponderada por riesgo
- Información sistematizada sobre costos y resultados
- Garantía de confiabilidad de la información
- Incentivos laborales (capacitación) y económicos (retribución ligada al desempeño)

Dado que la magnitud de las variables que derivan de la relación de agencia se vincula con la incertidumbre que acompaña a la decisión clínica, la presencia de parámetros comparables sobre la mejor practica posible en términos de costo/calidad

basada en la evidencia, y consensuada como instrumento de gestión científica, permite avanzar en una mejora de la eficiencia y la efectividad de la atención médica. Como tal, posibilita la contención de costos como un proceso natural, y no una imposición “economicista”.

Tal vez el problema más complejo de resolver para iniciar en forma rápida la reforma desde la microgestión en Argentina reside en la falta de información adecuada y confiable que permita analizar costos y resultados de múltiples procesos asistenciales, para llegar a establecer los parámetros de comparación, con el costo asociado de generarla. Y que por ende tal situación de lugar a una pérdida de incentivos para primero elaborar y más tarde aceptar tales indicadores de referencia como válidos. Al mismo tiempo, que surja una oposición crítica desde el componente profesional, a partir de sostener estos que la variabilidad es parte del proceso natural de atención médica, y por lo tanto queda sujeta a la autonomía de decisión en función de los conocimientos y rol del agente técnico que maximiza el beneficio o utilidad del paciente frente a la enfermedad.

En ambos casos, la posibilidad de avanzar al consenso surge de aceptar dentro del criterio de variabilidad o margen de resultado y su regulación a la ética profesional, que permita garantizar no-desvíos en el sentido del control excluyente de la autonomía profesional a partir de la minimización de costos.

La contraparte del proceso de reforma, el traslado de riesgos a proveedores (médicos) para resolver la dinámica agente/principal y la incorporación de incentivos económicos para adecuar los intereses del agente a su otro principal (el seguro/ financiador) que los obliga a asumir un riesgo incremental si se desvía de patrones no científicamente preestablecidos, se asocia excluyentemente a la obtención de mejores rendimientos económicos independientemente de los resultados (desequilibrio entre el denominador **costo** y el numerador **calidad** de la ecuación eficiencia/efectividad).

Esta situación además de entrar en franca contradicción con tal alternativa, no deriva tampoco en un marco de consenso basado en la convergencia de intereses, obligando a los financiadores/ aseguradores a incorporar complejos soportes informáticos para control y frecuentes negociaciones por conflictos de intereses, que derivan en mayores costos de transacción los que finalmente se cargaran en el bolsillo de los usuarios.

La reforma sanitaria, tal como se va dibujando en Argentina, parece deslizarse por un estrecho desfiladero, donde las externalidades derivadas del contexto económico, social y político no auguran un futuro promisorio. La alternativa del mercado mas la introducción de la “competencia gestionada” como instrumentos de la macrogestión muestran en los países en que fue introducida no solo la ruptura del modelo solidario sino la profundización de las inequidades, de donde sus posibles resultados en cuanto a creación de un “ nuevo orden” sanitario no permiten justificar tales perjuicios colectivos, en aras de un abaratamiento de la asistencia sanitaria, y una contención efectiva del gasto, como parecen ser sus objetivos, ya alejados de las declamaciones optimistas sobre calidad y equidad.

Los datos disponibles que surgen del análisis de los procesos de Reforma en América Latina, dados a conocer por la OPS en su última publicación, no favorecen el optimismo inicial, y por cierto merecen una profunda reflexión dada la contradicción entre lo planteado en la teoría y lo visto en la práctica. De allí la necesidad de plantear ya una *reforma de la reforma*, en sus aspectos instrumentales.

Gran parte de las dificultades para contener el creciente gasto sanitario tienen que ver con la incapacidad de regular la velocidad de innovación y difusión de la tecnología médica, el precio del medicamento y la presión de la industria farmacéutica, ambos sujetos a la autonomía clínica en cuanto a la particular decisión del profesional en el proceso de atención médica. También aquí el médico encuentra dos “principales” que condicionan más aun la relación de agencia para hacerla más incompleta.

Por tal motivo, resulta estratégicamente adecuado plantear la necesidad de analizar si es posible encontrar en la *microgestión* el nudo clave de la reforma sanitaria, a través de la optimización de la gestión profesional que como instrumento para equilibrar la ecuación costo/calidad avance en el sentido de un mayor involucramiento de los profesionales, principalmente los médicos, en la asignación eficiente de recursos. El desafío es poder controlar la variabilidad de los procesos asistenciales a partir de disponer de una información adecuada y confiable de los mismos respecto de su costo/calidad, a fin de igualar la importancia de la eficiencia económica con la efectividad clínica, en el contexto de la Economía de la Salud.

9. CONCLUSIONES

En la presente investigación se ha procurado efectuar una evaluación económica del Programa Médico Obligatorio (PMO) desde la visión financiera, las fortalezas y debilidades que conlleva la aplicación del mismo sobre el mercado asegurador y proveedor de servicios de salud, los efectos sobre modalidades de contratación, incentivos y la necesidad de replantear la reforma desde la microgestión como forma de involucrar la gestión clínica en el logro de los objetivos de contención de costos, utilización racional de servicios y garantía de calidad de los resultados. Como principales conclusiones pueden exhibirse

⇒ El PMO es una herramienta regulatoria aislada, dentro de los tantos instrumentos de que dispone la Economía de la Salud, para avanzar en el camino de la eficiencia y la equidad. No está planteado dentro del mismo el nivel de calidad deseada, que pareciera formar parte de otro capítulo regulatorio del Estado, que es el Programa de Garantía de Calidad, aún limitado al sector público. Su principal fortaleza es garantizar en base a un piso financiero obligado para cada beneficiario, un menú prestacional lo suficientemente amplio como para no restringir accesibilidad a la atención médica. La amplitud de las coberturas habla a favor de ello, aunque la duda reside en la capacidad de financiarla con un piso de financiamiento tan bajo.

Por su parte, la principal debilidad radica en la relatividad de la fortaleza de aplicación. En principio no es un cuerpo de Ley, sino que está contenido en sendos Decretos del PEN, el primero del año 1994, y su amplitud de cobertura forma parte de la potestad resolutoria del Ministerio de Salud de la Nación. Con lo cual dada la insuficiencia del marco jurídico es factible de incumplimientos por parte de los aseguradores o los prestadores, dado el insuficiente poder de policía por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, o de control por parte de los propios usuarios. No obstante, una serie de fallos judiciales vinculados a tratamiento del SIDA, que ponían en conflicto a la cobertura del PMO con los aseguradores habla a favor de la posibilidad de control social de este instrumento regulatorio, en la medida que se reduzca la falta de información de los beneficiarios. Esto puede transformar una debilidad de origen en una fortaleza.

⇒ Otra fortaleza, también relativa, es el intento de ordenar la atención de la salud por niveles de complejidad, modificando la oferta de servicios en el primer nivel e incorporando la figura del Médico de Cabecera o Referencial, dentro de un Equipo Básico de Atención Primaria, como primer acceso al sistema. La debilidad de origen es que en un sistema muy orientado al especialista y superespecialista, altamente tecnologizado y hegemónico, no existe la suficiente cantidad de médicos de referencia generalistas con conocimientos de salud social y medicina preventiva, que permitan incorporar 20% del padrón de beneficiarios por año a este sistema. Además, en principio resultaría cerrado en el primer nivel, lo que va en contra de la opinión de las corporaciones del sector defensoras de la libre elección.

Lo mismo sucede con la incorporación del capítulo destinado a la medicina preventiva, un aspecto clave para la eficiencia en la asignación de recursos en el mediano y largo plazo. Más allá de su necesidad no solo para una mejor salud sino para garantizar cierta lógica sanitaria en la reducción de los gastos futuros -atento a la transición demográfica y epidemiológica por la que atraviesa nuestro país- es difícil pensar que solo una Resolución Ministerial que parte de un poder ordenador de bajo protagonismo y con una función rectora devaluada podrá modificar décadas de

distorsión del modelo sanitario hacia la medicina curativa, cuya oferta ilimitada requiere una demanda creciente.

- ⇒ La definición del piso financiero que valora el PMO, si fuera equiparable al piso de cotización por beneficiario establecido en la Reglamentación del Decreto 446/00, no tiene por el momento en cuenta las disparidades geográficas de aplicación, la demografía y el perfil epidemiológico de la población beneficiaria. Todo ello redundaría en la capacidad de financiamiento efectiva de cada asegurador, principalmente de aquellos cuya dimensión nacional y rama de actividad se vincula con los mayores niveles de depreciación del salario.
- ⇒ Existe la posibilidad que el PMO genere incentivos para reducir artificialmente los gastos a nivel de los prestadores, ya sea por subprestación, generando nuevas barreras de acceso inadvertidas por el usuario, o directamente disminuyendo la calidad con que se prestan los servicios, principalmente a nivel de resultados que es el componente “opaco” de valoración de la producción sanitaria que actualmente está fuera de control de los aseguradores, sea por falta de trazadores o por deformación hacia la auditoría de procesos.
- ⇒ El PMO puede incidir en forma significativa sobre las actuales modalidades de contratación y pago entre aseguradores y prestadores, en tanto el financiamiento siga siendo la cápita con traslado de riesgo, lo que obliga a ajustar este último. Uno de los aspectos centrales a esto es la necesidad de los proveedores, y de sus redes, de compartir información sobre tasas de uso y riesgos de la población, ya que para lograr un equilibrio entre ingresos prospectivos y gastos es necesario introducir aspectos claves de supervisión de gestión funcional que vinculen los ingresos percibidos con los criterios de riesgo, para lograr mayores niveles de eficacia.
- ⇒ En lo que respecta al pago entre prestadores, una de las posibilidades es la desagregación por subcápitales de acuerdo a una división de trabajo preestablecida, o bien incorporando la figura del “*reverse gatekeeping*”, opuesto al tradicional “*gatekeeper*” o “*abrepuertas*” de la figura del médico de cabecera o referencial. Bajo este sistema, la cápita se asigna a médicos especialistas que soportan los riesgos, por ejemplo endocrinólogos que reciben capitación para diabetes, gastroenterólogos o nefrólogos que reciben capitación para grupos de diagnóstico de patologías digestivas o urológicas, etc. Esta capitación no se calibra solo por miembro y por mes, sino por paciente enfermo.

El valor de la cápita surge del porcentaje de los costos anuales de tratar cada patología o grupos asociados de patologías, con el promedio de pacientes en consulta efectiva. Esto representa una responsabilidad adicional para el especialista en la contención de costos, para ajustar la cápita global o para pagar como subcapitación a otros miembros de una red asistencial (sea desde la propia gestión de la red o bien por contrato desde un tercer pagador). Al mismo tiempo, permite registrar la calidad de resultados en función de la sobrevivencia de los pacientes, la calidad de vida, la adaptación a su enfermedad y los resultados alejados del tratamiento. El “*reverse gatekeeping*” es una estrategia que ayuda a minimizar los riesgos corrientes y futuros en un sistema capitado, en un área donde los médicos de referencia no están acostumbrados a manejar adecuadamente.

⇒ Finalmente, si bien el PMO se presenta como una doble estrategia de la Reforma sectorial desde la macrogestión para equilibrar eficiencia y equidad, se insiste en la necesidad de replantear la Reforma desde la microgestión, que constituye el núcleo de funcionamiento del sistema de salud. Solo con el involucramiento de los profesionales en términos de acotar la variabilidad de sus procedimientos en razón de su autonomía de decisión, y el avance en el consenso sobre la aceptación dentro del criterio de variabilidad o margen de resultado y su regulación a la ética profesional, podrán lograr avances en la posibilidad de garantizar el mínimo de desvíos en las tasas de utilización de los servicios y la minimización de los costos del proceso de producción de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

1. Decreto 1269/92 de Políticas de Salud. Gobierno de la Nación Argentina
2. Decreto 9/93. Incorporación al régimen de la seguridad social del derecho a la libre elección de las obras sociales. Gobierno de la Nación Argentina
3. Decreto 576/93. Reglamentación de la Ley 23.660. Gobierno de la Nación Argentina
4. Decretos 292/95 y 492/95. Modificatorias de normas de la seguridad social respecto de cotizaciones mínimas e incorporación del PMO. Gobierno de la Nación Argentina
5. Decreto 1141/96 de libertad de elección de OS. Gobierno de la Nación Argentina
6. Resolución 633/96 del Ministerio de Salud de la nación. Obligación de dar el PMO para OS receptoras de traspasos
7. Resolución 247/96 del Ministerio de Salud de la Nación. Reglamenta el menú del PMO y los co-pagos
8. Ley 24.754. Extiende el PMO a la medicina prepaga. PEN
9. Decretos 446/00 y 1140/00. Nueva reglamentación de la desregulación. Gobierno de la Nación Argentina
10. Decreto 939/00. Nueva reglamentación del PMO, incorporando Programas de prevención y normas de diagnóstico y tratamiento. Gobierno de la Nación Argentina
11. Ortún Rubio, Vicente, La contribución de la economía de la salud a la reforma y gestión de los sistemas de salud. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España, 1996
12. Ortún Rubio, Vicente, Innovación organizativa en sanidad, en Política y Gestión sanitaria, la agenda explícita, Pag. 157, AES España, Barcelona, 1996
13. Arredondo, Armando, Economía de la salud para América Latina. Un marco para el análisis y la acción en Sistemas de Salud. Edición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 1999
14. Pan American Journal of Public Health. Special Issue on Health Care Reform Vol. 8. Nros 1 y 2. Julio-agosto 2000
15. Ferrándiz Manjavacas, Francisco. Algunas cuestiones relativas a la eficiencia del Sistema Sanitario Público en España. Documentos de trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. BUCM. Madrid.
16. Nyman, John. The economics of moral hazard revisited. Journal of Health Economics. 18 (1999) 811-824 España. 1998
17. Encinosa, William. The economics of regulatory mandates on the HMO market. Journal of Health Economics 20 (2000) 85-107
18. Enthoven, A.C. The history and principles of Managed competition. Health Affairs, Supplement, pag.24, 1993
19. Hillman, A.L. Managing the physician. Rules versus Incentives., Health Affairs, 10, pag. 138, 1991
20. Samuels, David. Capitation. New opportunities in Healthcare delivery. Cap. IV Understanding and minimizing current capitation risk. 78:104. Ed Mc Graw Hill. 1996
21. Phelps, Charles. Health Economics. 2nd Edition. Ed Addison-Wesley. 1997
22. Stiglitz, J. La economía del sector público. Segunda edición. Ed Antoni Bosh. Barcelona. 1998
23. Folland, S., Goodman, A. and Stano, M. The economics of health and health care. Cap. 10. 213:227. Ed. Simon and Schuster Company, 1997
24. Torche, A, y Aedo, C. Canastas básicas en Salud. De la estandarización de los costos a la incorporación de la calidad de vida. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1999
25. FUNSALUD. Economía y salud. Informe final. Capítulo VII. El nivel programático: las prioridades del sistema. 249:269, México D.F. 1994
26. Seedhouse, David. Reforming health care. The philosophy and practice of international health reform. Cap. 11; 149:161; Ed Wiley; England; 1995

27. OMS. Series de informes técnicos. Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud. Informe de Grupo de Estudios de la OMS. 40:49 Ginebra. Suiza; 1993
28. Fundación Libertad. Análisis del Sistema de Obras Sociales. Paper de trabajo. Rosario. Octubre de 2000
29. Eddy, D.M. et al. The quality of medical evidence. Implications for quality of care. Health Affairs, pag. 19, 1988