

El debate público - privado
en las políticas de salud

VIII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD
IX JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD

El debate público - privado en las políticas de salud

VIII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD
IX JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Buenos Aires, Argentina
22 y 23 de Abril de 1999

Ediciones ISALUD

(Ediciones ISALUD
Diciembre de 1999
Venezuela 931 (1095) Buenos Aires
Argentina
Te: 4334-7766 Fax:: 4334-0710
E-mail: correo@isalud.com
Página Web: <http://www.isalud.com>

Corrección: Matilde Sellanes y José Acosta
Transcripción: Amira Laura Santillán y María Evangelina Artigas
Editor: Ginés González García

I.S.B.N:

PROLOGO

El debate entre las cuestiones de orden público y las de índole privada han sido y son el centro de la atención internacional. Por octava vez estamos ante la publicación de las Jornadas Internacionales de la Asociación de Economía de la Salud, nuestras IX Nacionales y X Internacionales.

Hemos intentado –creemos que con éxito– que el debate público/privado, que ha superado en intensidad y hegemonía política al clásico de gran parte de este siglo de "capital versus trabajo" esté reflejado por los principales protagonistas del campo sanitario y económico de nuestro país. La presencia de los principales candidatos nominados a responsables del área económica por los principales partidos políticos junto con protagonistas sectoriales de los seguros privados, la industria farmacéutica y las clínicas y sanatorios privados, contribuyen en gran parte para intentar alcanzar este objetivo.

Estamos convencidos de seguir construyendo la convicción que la salud es un proyecto con objetivos individuales y colectivos en donde se potencian y se incluyen lo público y lo privado.

Disminuir las inequidades, aumentar las satisfacciones y mejorar los resultados siguen siendo nuestros objetivos.

Agradecemos el continuo apoyo que nos brinda la Oficina Panamericana de la Salud, en particular por haber financiado la publicación de esta edición.

Los esperamos en el 2000.

GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA
Editor

ACTO DE APERTURA

José Manuel Corchuelo Blasco*

Quiero expresarles a los ciudadanos argentinos que están hoy acá y a los extranjeros que nos visitan, que esta Comisión de Salud y Acción Social de la Cámara de Diputados está permanentemente en este debate que aquí propone la Asociación de Economía de la Salud. El debate entre lo público y lo privado, la síntesis y la diferencia, el recuerdo de lo que todos tenemos cuando comenzamos las primeras lecturas de los aspectos sanitarios de los famosos círculos de lo privado. Recuerdo los círculos de la pobreza y la enfermedad, la eficiencia, la equidad, la eficacia en los marcos de los sistemas sanitarios. Cuando hay un marco solidario estatal hay un marco distinto, sobre todo apuntalando lo privado. Gracias.

Roberto Peluso**

Buenos días a todos los amigos y autoridades. Antes que nada vine a traer el saludo del Ministro que está en reunión de gabinete, por lo que no pudo estar presente, y yo en parte vengo a representarlo para darles la bienvenida. No puedo dejar de aprovechar el estar en este lugar para hacer algunas reflexiones a propósito de la economía de la salud.

Cuando Ginés empezó a desarrollar el tema de la economía de la salud, los que tuvimos una intensa actividad en el sector público no creíamos que como concepto la economía y las áreas sociales podían tener un desarrollo tan cercano. Esto se debía a que estábamos influidos por la vieja idea que para las áreas sociales lo económico le está subordinado. Tuve la suerte también a través de Ginés de pasar por la Confederación Médica, donde conocí cómo se desarrollaba la relación de lo público con el desarrollo de todos los representantes en el sector médico. Me entusiasmó mucho trabajar una idea de armar la CGT de los médicos pero no se pudo. Es una idea que creo que todavía está en deuda y que se va a ir acercando en la medida en que el desarrollo de la profesión liberal sea de alguna manera limitada.

Posteriormente empecé a cursar un Master en Economía, cuando tuve un lapsus después de haber pasado como secretario de salud de la Capital, y entendí algo que realmente me mar-

* Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación.

** Médico. Subsecretario de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación.

có: el principio de la ley económica. El principio de la ley económica es que los recursos son limitados y las necesidades no tienen límites. Un principio que creo es el eje de la discusión. Una de las cosas más difíciles es la relación entre los que manejamos áreas sociales con los que manejan el área del financiamiento. Yo aprendí con Saúl Bouer que el presupuesto no es nada más que una intención de gasto, pero no tiene nada que ver si no está el dinero después. Digo esto porque pareciera que cuando uno defiende el presupuesto es para los economistas exigirles que se cumpla lo que está presupuestado, y para ellos eso no tiene mayor importancia. Si no hay caja, el presupuesto queda como una intención.

Uno de los temas centrales donde los economistas tienen un gran desarrollo es el tema del mercado. Es en las áreas sociales es donde el mercado está profundamente cuestionado. Está cuestionado por las áreas sociales y está cuestionado también por los líderes del mundo. Lo cuestiona Tony Blair, Francia, Alemania, lo baja Clinton. Nosotros somos cada vez más liberales, cuando todo el mundo ya se bajó de esa posición. Hablamos de libre mercado en las áreas sociales cuando todo el mundo ya pasó o superó esa experiencia.

En medio de esa lucha, este lugar es el ámbito donde creo que hay que desarrollar esta discusión de ideas. Hay además conceptos que a medida que uno transita la vida los va aprovechando mejor, porque hay que manejar bien el recurso económico, hay que ser eficientes. Estamos trabajando un tema, que empecé en Capital y después abandoné porque no pude llevar adelante, que es el tema del mal llamado seguro de los carenciados, es mejor referirnos a él como cobertura de los carenciados. Y en este tema se enlaza la idea de que el sector público tampoco debe comprar todo lo que se ofrece en el mercado: alta tecnología, equipamiento, cuando puede hacer convenios y utilizar al máximo todo aquello que tiene un alto costo en cuanto a la atención y a la alta tecnología.

También, por otro lado, tenemos la suerte de poder medirlo porque los programas de alta complejidad y los programas de alto costo nosotros los financiamos para las obras sociales de una dirección que hoy depende de mí directamente. Ahí se ve cómo aumenta el costo, lo cual es más visible al contrastarlo con la meseta que hay en los salarios. Aún cuesta más cuando se incorpora discapacitados, el tema de la insulina para diabéticos, etc. Realmente hay que ser buen administrador. Bueno, muchas gracias.

Carlos Garavelli*

En primer término había pensado no aburrirlos más en este panel de inauguración. A medida que se desarrollaron las charlas me fui acordando de una anécdota que creo que vale la pena compartir hoy aquí. En el año 1990 me tocó compartir una reunión con Ginés y con un grupo de amigos, que están la mayoría de ellos sentados en el auditorio. A la noche, parados frente a un semáforo, salió la idea de ir creando una Asociación que nucleara a las distintas corrientes de opinión, a los distintos estudiosos del tema de la economía de la salud. Hoy, casi diez años después, ver este resultado, esta secuencia de reuniones que sin duda van marcando el crecimiento de este tema y de este grupo de gente, no tengo menos que recordar

* Representante de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.

aquellos momentos y compartir con ustedes cómo fue el comienzo y lo acertado que estuvo Ginés en desarrollar esta idea. Por eso, hoy lo que quería compartir con ustedes era el acierto y el beneplácito de esta idea. Gracias.

Héctor Lombardo*

Buenos días. Gracias por invitarnos a la inauguración de estas jornadas dedicadas a una temática, que creo que tiene que pasar a ser central en la discusión en el seno de la sociedad argentina. Desde hace algunas décadas, dos o tres quizás, se incorporó el hecho económico como el hecho trascendente de la comunidad de nuestro país y de muchas comunidades del mundo, se tecnificó el uso del lenguaje corriente de la gente de las comunidades. Entonces empezamos a hablar de disponibilidad de fondos, de balanzas comerciales, de intereses de la deuda y una cantidad de terminología técnica del área económica, que de alguna manera fue trascendiendo en la preocupación de las comunidades y generó una deuda social que hoy está totalmente oculta.

Quizás esta tarde leamos en algún diario que se abandonó un chico y esto será noticia de los titulares. O tendremos un accidente en el cual muera un niño y será un hecho conmovedor. Todos los medios irán a ver qué pasó con este niño. O se realizará un trasplante y será el titular de las páginas de algunos de los periódicos de nuestro país. Pero hoy, van a morir cincuenta y cinco chicos porque no hicimos bien las cosas. Ayer se murieron cincuenta y cinco chicos y mañana, de seguir así, morirán otros tantos porque no hicimos bien las cosas. Podríamos agregar a esto cifras de mortalidad materna, siempre usamos la mortalidad infantil porque es un indicador muy sensible para tratar la problemática social.

Pero indudablemente las respuestas no son sencillas y creo que estamos tomando atajos que nos están desviando de la discusión seria de la utilización de los recursos. En principio estamos hablando de un sector que es el que menos dificultades tiene para solucionar los problemas porque estamos hablando de un sector que gasta, esto es off the record porque no sabemos realmente cuánto gasta, entre 21 y 24 mil millones de pesos. Esto significa que cada habitante de nuestro país dispone de 60 pesos diarios para solucionar sus problemas de salud, y esto sería una cifra más que suficiente para asegurar muy buenos resultados. Sin embargo, aquí no eso claramente no ocurre. ¿Qué es lo que pasa? ¿Dónde están los recursos? ¿Dónde se desvían los fondos que podrían y deberían solucionar los innumerables problemas de salud en un país que tiene el mapa sanitario del Medioevo, donde enfermedades que creíamos deserradas asumen una conducta floreciente y permanecen?

Como un solo ejemplo voy a decir que en el año 1957 por primera vez entré en un hospital en calidad de estudiante. El primer caso que nos tocó estudiar en semiología en el hospital Durand era un enfermo que tenía toda la sintomatología florida de un chagásico. Cuando terminamos de ver todos los síntomas que tenía el paciente, él nos dijo que recordáramos que esta enfermedad se cura con DDT. Hoy tenemos la misma cantidad de chagásicos, seguimos en la misma situación y realmente hemos organizado una enorme cantidad de elementos de

* Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

discusión de la fisiopatología del Chagas, de la anatomía patológica del Chagas y tratamos de investigar los medicamentos que se usan para el Chagas. Creo que hemos equivocado el camino y hemos transitado andariveles que no nos podemos permitir el lujo de recorrer.

Tenemos recursos suficientes, y todos sabemos que hay recursos que no llegan ni a la cama del enfermo ni a la vacuna preventiva. Esto es un elemento que tenemos que sacar a la discusión porque cuando alguien roba en el área de salud, lo que se metió en el bolsillo es la vida de un chico, son las consultas de la embarazada que no se realizaron para que tenga un parto lo más normal posible, es el infarto de miocardio que no tuvo la protección porque no se trabajó sobre los factores de riesgo, es la enferma que se murió de un cáncer de cuello uterino porque no hicimos las campañas masivas de prevención, es el cáncer de mama o el cáncer de colon que se nos murió, y podríamos seguir con todas las patologías que muchos de ustedes conocen mejor que yo. Esto es lo que tiene que aflorar en la discusión de la sociedad.

Creo que la obligación que tenemos los integrantes del equipo de salud es que esta discusión vaya al seno de la sociedad, y empecemos a transparentar no solamente las acciones de gobierno que deben ser transparentes, sino que debemos transparentar la discusión. Porque cuando se habla de los aspectos técnicos que nosotros anunciamos: desregulación de obras sociales, complementación de servicios, etc., estamos diciendo qué es lo que le va a pasar a la gente de nuestro país. Entonces me parece que esto merece una discusión mucho más amplia y debemos ser honestos para llevar a la comunidad la discusión de esta temática, porque de lo que estamos discutiendo y de lo que estamos hablando es de si van a vivir o van a morir. Ese es el eje de toda discusión en la materia. La discusión para los que estamos adentro pasa por la complementación de sus sectores, la discusión para los que están afuera pasa por la vida y la muerte, que en muchos casos depende de una vacuna que vale un dólar y en otros casos depende de que planifiquemos bien las cosas y que usemos bien los recursos. Por eso, aquí estamos en un momento que debe ser fundacional para la discusión de la temática de la salud. Hablar de economía es importante, porque debemos entender y decir que estos usos racionales de los recursos tienen que llevar a una mejor utilización.

En lugares donde se creía que era imposible mejorar, creo que vale el ejemplo de la Ciudad de Buenos Aires, podemos mencionar que hemos bajado los costos en un 47%. Vale la pena decir que nuestro modelo de gestión es usado por el Banco Mundial como el modelo anticorrupción para América Latina. Además el BID nos seleccionó para hacer un trabajo de transparencia y de revisión de cuentas en los hospitales públicos, que se está haciendo en seis países de Latinoamérica. Es la primera vez que el BID selecciona a un sector para hacer un estudio.

Todo esto significa que se puede modificar la historia y se puede mejorar la utilización de los recursos. Hace falta más concepción ideológica que manifieste que el criterio de equidad que mucho anunciamos no es ejercido, y que el derecho inalienable a la salud no es ejercido en nuestro país como otros derechos que sí en general lo son, como la libertad de prensa, el derecho al voto y otra cantidad de derechos que tenemos los argentinos.

Esto no sucede con el derecho a la salud. Estamos condenando a la morbi-mortalidad a gente que podría vivir mucho mejor. Esto debe pesar en nuestra conciencia porque no hablamos de metas imposibles sino de cosas posibles. Si hay un sector que puede solucionar este problema eficazmente es el sector salud. Lógicamente, tendremos que luchar contra los intereses sectoriales, contra los intereses empresariales, un país que tiene gastos del 35% del gas-

to en salud en medicamentos, cifra intolerable en cualquier economía mundial, está diciendo a las claras que algunas cosas tenemos que empezar a corregir.

Decíamos hace poco en la Confederación Médica que si ahorráramos el 6% del gasto en medicamentos podríamos tener a diez mil profesionales del área de la salud a un sueldo de tres mil pesos con aguinaldo incluido, que es una oferta de cincuenta millones de consultas, para lo que significan cuatro consultas para cada uno de los desprotegidos de nuestro país. Saber que el 2% del ahorro del gasto en medicamentos llevaría el agua potable al 60% de la población del Chaco. Digo el Chaco porque tiene un alto índice de mortalidad infantil y, como todos sabemos, la mortalidad infantil no se cura en los hospitales ni con medicamentos sino con una cantidad de acciones previas.

Por eso creo que es fundamental la discusión de la economía y la salud. Qué recursos necesitamos, cómo los vamos a volcar, cómo avanzaremos en la transparencia de la gestión, porque esto significará sin lugar a dudas la posibilidad que en algún momento logremos aquel objetivo que hace treinta años surgía en Alma Ata de Salud para todos en el año 2000. Si seguimos haciendo las cosas de esta manera tendremos salud para todos pero dentro de dos mil años. Nuestra pretensión es que lleguemos a alcanzar estas realidades en el corto plazo, porque para esto hace falta una definición filosófica, una decisión política y actitudes administrativas que signifiquen que lo que estamos diciendo lo respaldamos con la acción. Por eso es imprescindible que cuando llevemos una propuesta presupuestaria, llevemos como hemos hecho en la ciudad el incremento del presupuesto de salud al más alto que conoce la historia de la Ciudad de Buenos Aires. Esto junto con una utilización racional de los recursos, creo que nos puede llevar a lo que todos deseamos y que tenemos en nuestro corazón. Hoy es el momento de actuar conjuntamente los integrantes del equipo de salud y la comunidad toda, porque el cuidado de la salud es una cuestión de todos los habitantes, para encontrar las respuestas que todos deseamos necesitamos y para tener el cuidado y la calidad de vida que nuestro país se merece. Muchas gracias.

EL DEBATE PÚBLICO PRIVADO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Ginés González García*

Introducción

A modo de introducción quisiera hacer brevemente algunas reflexiones sobre el tema de estas Jornadas. La relación entre lo público y lo privado, se enmarca en la relación entre el Estado y el Mercado, y de hecho tiene muchas áreas muy comunes con los Estados-Nación y la crisis que están teniendo éstos en función de las nuevas realidades. Podríamos decir que la relación entre lo público y lo privado ha sido el gran escenario de la organización de los gobiernos, de lo que han sido, de su futuro y de lo que son todavía

Y al hablar de los Estados-Nación, un primer punto de apoyo para el análisis es que la crisis del Estado Nación es política, técnica, fiscal e ideológica. Técnicamente no sabe cómo garantizar las necesidades básicas o la provisión de servicios sociales. En lo político las instituciones y los partidos se encuentran con una gran pérdida de prestigio y por ende de consenso. Las crisis fiscales son parte de la mayoría de los estados modernos, aún de los más opulentos, e ideológicamente hay una enorme pérdida de legitimidad por no poder garantizar necesidades básicas como la salud o la seguridad y una disminución del compromiso de los ciudadanos con sus fines. Pese al enorme avance de los derechos civiles y políticos, estamos retrocediendo en los derechos sociales. Hay Estados que han sido más eficaces, el caso de los Estados asiáticos es un ejemplo muy claro de lo público como motor importante del desarrollo del conjunto de la sociedad. Pero no se puede decir lo mismo desde la perspectiva de lo que han sido otros tipos de Estado todavía más absolutos. El caso del derrumbe del Imperio Soviético es un ejemplo muy concreto de cómo un Estado no ha sido eficaz, dicho esto más allá de toda consideración ideológica. De hecho, el derrumbe del Imperio Soviético fue al pensamiento colectivo de lo público, un golpe tan duro como lo fue la crisis del '29 para el Mercado. La idea de lo público con sentido absoluto en el Estado alcanzó su punto más alto en los tiempos modernos.

Si bien esta cuestión tiene un insoslayable marco ideológico, está estrechamente ligada a otra cuestión mucho más concreta, como son los enormes cambios que en el modo de producción y en el modo de ejercicio del trabajo que se están produciendo en la sociedad. Siempre los cambios en la forma de producción han generado cambios en el trabajo y en las relaciones sociales, pero lo que nunca había pasado es que se dieran a esta velocidad, en esta magnitud y con esta prepotencia. Y una probable consecuencia de ello es que acaso nadie los entienda cabalmente, y hoy día no tenemos liderazgos claros en el mundo que puedan interpretar estos cambios. No obstante ello, podríamos decir al escuchar el debate global, que los lí-

* Presidente de la Asociación de Economía de la Salud en Argentina. Rector del Instituto Universitario de la Fundación ISALUD. Ex Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

deres mundiales tienen bastante coincidencia en el diagnóstico. De hecho, quienes participamos de la Cumbre Social de Copenhague, vimos que había una gran coincidencia de diagnóstico: el discurso de un líder europeo acerca de la exclusión no difiere mayormente de lo que dice Clinton o un líder latinoamericano.

¿Cuál es el estado del debate en este tema? ¿Qué aportan y sostienen los partidos desde el punto de vista de las ideologías? Una primera reflexión es que parte del escenario de crisis se está dando sin que exista una polarización del pensamiento, una lucha de ideas. Todos los partidos políticos se van acercando al centro. Y vemos así que la izquierda se acerca al centro y también la derecha lo hace, la sensación es que hay una cierta disputa por situarse todos en ese centro y adoptar las caracterizaciones generales como eje del discurso. La idea económica del desarrollo de la sociedad es bastante compartida por lo que ya la tenían de antes, que serían los partidos de derecha, y por los partidos de centro-izquierda que en alguna medida han asimilado también el discurso económico y se han puesto más amistosos con el gran capital internacional, que es el otro fenómeno que está pasando. Asistimos a un enorme desarrollo del capital internacional y de los flujos transnacionales de esos capitales, que todos sabemos tiene distintos nombres: globalización, mundalización, pero que más allá de los nombres con que busquemos identificarlos, señalan una nueva realidad del mundo, que junto con los cambios tecnológicos –con especial énfasis en las comunicaciones– se desarrollan situaciones sociales inéditas donde comienzan a aparecer fenómenos que nunca antes se habían visto.

Cuando avanzamos a considerar la interpretación de estos fenómenos, vemos que allí sí se identifican distintos pensamientos. Algunos son más optimistas, es el caso de los conservadores más modernos y quizás algunos sectores de la nueva izquierda. En este juego, estos grupos dicen que este crecimiento es bueno, que es muy importante, que se da con el crecimiento de la democracia a un nivel nunca visto (esto es cierto, la democracia planetaria no ha tenido jamás el desarrollo que tiene ahora), que se da con un crecimiento de la libertad individual mayor de lo que ha tenido cualquier otra época de la humanidad.

Paralelamente, las social-democracias por decirlo de alguna manera, sostienen que en algunos casos hay consecuencias graves a partir de este enorme crecimiento económico que ha tenido el mundo, que no se acompaña de un fenómeno redistributivo similar y que está generando además en algunos casos, que no son pocos, fenómenos de exclusión. Es decir, hay una cantidad muy importantes de personas que no entran dentro de lo que son las nuevas realidades económicas. Su fuerza de trabajo, que finalmente es lo único que pueden poner en el mercado porque es lo único que tienen, parece no ser necesaria ni necesitada, acaso porque las relaciones sociales o las organizaciones sociales no han sabido asimilarlas.

Los partidos más afines al nacionalismo y al bienestar social, que podrían representar algunos sectores conservadores más clásicos y lo que serían también la izquierda post socialista aceptan que hay un desarrollo económico muy importante y una serie de mejoras generales para la humanidad, pero señalan que a la vez estamos yendo hacia una situación que verdaderamente empieza a adquirir y exhibir características complicadas. El pensamiento del fin del milenio, sobre todo el europeo, se caracteriza por un cierto pesimismo.

Desarrollo económico versus exclusión social

Si bien la relación entre el capitalismo y la democracia, o el capitalismo y la libertad en verdad ha sido positivo, muchos pensadores dicen que es la expresión mundial del capitalismo

lo que ha permitido también esta democracia planetaria, porque son dos sistemas que coexisten inexorablemente. Sin embargo, no pocos teóricos afirman que en el fondo la posibilidad de esta enorme cantidad de desarrollo de la economía junto con esta nueva aparición de las exclusiones empieza a complicar primero al desarrollo de la economía en sí misma, pero finalmente va a terminar complicando la viabilidad de la democracia. Y aquí no hace falta forzar mucho la imaginación para percibir que, como argumentación, tiene una razón de ser bastante concreta. Si alguien está excluido económicamente de una sociedad, entonces como no tiene dinero no vota en el mercado, no compra, no puede ofrecer su fuerza de trabajo que es su capacidad para ingresar en ese mercado. Y a nivel social, como integrante de esa sociedad que lo niega y lo excluye, naturalmente comienza por no votar como pasa en Estados Unidos, por no mandar a sus hijos a la escuela, como pasa en muchos países del mundo, y a adquirir una marginalidad creciente, que tarde o temprano trasciende los planos individuales o privados impactando en lo que es netamente público, y se vuelve en contra de la viabilidad de la misma democracia.

Gran Estado, pequeño Estado

En este juego entre lo público y lo privado, se discuten también otro tipo de valores centrales que no son del tipo abstracto y filosófico, sino que la discusión que se da tiene mucho que ver con aspectos más concretos como son los sistemas sociales, dentro de los cuales están los sistemas de salud. Y aparecen cuestiones como estudiar cuál es el tamaño del Estado, cuáles son sus límites, hasta dónde deber llegar y cuáles son sus funciones.

Y sobre este tema, los teóricos liberales afirman que el tamaño del Estado ha crecido brutalmente en este siglo. No era más del 10% del PBI a principios del mismo y ha llegado en la década del '80 en algunos Estados, que han sido paradigmas del Estado de Bienestar como el caso de Suecia, a superar el 70% de su PBI. Esto en realidad fue una distorsión que complicó la propia viabilidad del capitalismo y la propia viabilidad de la sociedad, porque era tal la carga y la presión fiscal y regulatoria, tanto individual como colectiva, que impedía el desarrollo a futuro de esas sociedades. Otros dicen que si bien están todos de acuerdo con la reducción del Estado, porque es claro que más allá del maquillaje político este achicamiento del Estado ha sido el objetivo político de casi todas las democracias mundiales en los últimos años. Sin embargo, el Estado no se ha achicado tanto como mucha gente cree y en realidad lo que se ha logrado es muy poco. Un ejemplo de esto es el caso de Margaret Thatcher, que después de años de tener esto como paradigma de su política, tanto en el Reino Unido como a nivel internacional, en realidad bajó tan sólo un punto la participación del Estado en el PBI de su país después de años tantos años de control del gobierno.

Esto, en principio, traza una suerte de divisoria y hace que los gobiernos se dividan en gobiernos con un gran Estado, y ahí hay algún intento de juzgar cómo cumplen con sus obligaciones hacia el conjunto de la comunidad, y gobiernos en pequeña escala. Pero la diferencia opera siempre desde una base muy alta. Los gobiernos de pequeña escala, que son muy pocos en el mundo de las democracias occidentales, son aquellos donde el Estado tiene menos del 35% de participación en el PBI. Este es el caso de Suiza, Estados Unidos y no hay muchos otros países que se puedan citar. El resto de los gobiernos tienen participaciones crecientes, hasta llegar algunos en que el gobierno participa en casi dos tercios de la formación del PBI, como es el caso de Francia y todavía también el de Suecia, aunque en este último disminuyó notablemente.

Teniendo en cuenta las razones por las que se dice que la economía mundial se está convirtiendo en excluyente, intentemos en este encuentro vincular la economía con la salud tal como lo venimos haciendo desde hace mucho tiempo en la Asociación, aceptando que acaso la unión entre ambas no es un matrimonio de amor sino un matrimonio por conveniencia, con todos los inconvenientes e infelicidades que esto trae consigo.

Y en tal contexto, mencionemos que algunos otros teóricos están pensando que la razón central de toda esta marginalidad es la falta de apuesta al futuro. Esto se ve claramente en Europa donde se habla muy claramente sobre por qué la idea del futuro está desapareciendo de las sociedades, pero curiosamente sus interpretaciones sobre por qué se produce esta idea de pérdida del futuro son distintas. Una de las cosas que más nos impresionó hace poco en París fue un cartel que estaba puesto cerca de la Sorbona que decía “Devuélvannos el alma”. La falta de ilusión en el futuro, que en el fondo es lo que construye una nación, un destino, un proyecto, un sistema social como el sistema de salud, está complicándose bastante. Algunos teóricos como Fitoussi, dicen que básicamente esto está creado porque la tasa de interés real, es decir la diferencia entre lo que es la tasa nominal de intereses por ejemplo de las deudas versus la inflación, es tan fuertemente positiva que eso hace que haya preeminencia de los acreedores sobre los deudores. Los acreedores son el pasado, los deudores son los que construyen el porvenir, los que toman las deudas para hacer. Esta idea es central, pero hay por cierto otras ideas-fuerza señalando que se privilegia más la lucha contra la inflación que la lucha contra la desocupación, siendo esta última por cierto mucho más grave.

Si bien la Argentina se ha beneficiado bastante porque ha tenido una incorporación muy fuerte de capitales, esta forma de construcción de las sociedades, de organización de la economía, donde el excedente económico muy grande que está teniendo el mundo desde hace muchos años se combina con tasas que en verdad hacen muy difícil la construcción a futuro, es uno de los puntos de reflexión y de debate que mantienen plena vigencia. Y esto hay que contextualizarlo con la idea de que en las funciones centrales de los propios Estados, lo público siempre tiene que ver con el destino común. Los Estados se han convertido en competidores de una economía donde todo es competencia. Dentro de esta competencia se empieza a sacrificar desde la financiación de los sistemas sociales hasta la conciliación del primer objetivo de un Estado, que es conseguir el bien común.

Estado, Economía y Salud

Dentro de la crisis que también tienen los Estados, en estos lo público representa muchas cosas. Representa seguridad, difícilmente mantenida. Representa armonía social, aunque cada vez les cuesta más a los Estados mantener el equilibrio social, por las inequidades terribles que están generando la construcción de la nueva riqueza con la nueva pobreza. Representa también algunas otras cosas que se están perdiendo en función de los acuerdos internacionales. La moneda, símbolo histórico de soberanía, está desapareciendo en función de acuerdos supranacionales, que hacen que se esté redefiniendo el concepto de soberanía y el objetivo de un Estado-Nación, que ha sido el gran protagonista de lo público en las cuestiones centrales como la salud y la educación, se desdibuje un poco.

Vayamos más concretamente al campo de la salud. En primer lugar ningún teórico por más fundamentalista que sea, de un lado o de otro, plantea posiciones absolutistas. No hay nadie que piense que lo privado es todo en salud y no hay nadie que piense que lo público es

todo en salud. Finalmente, la salud de uno es un proyecto de su cuerpo, de tener una forma de cuidarlo, de tener un estilo de vida, y esto es un proyecto personal, es un proyecto privado. Lo mismo las enfermedades son privadas, absolutamente individuales e íntimas de la gente. Indudablemente, desde este tipo de concepciones, estas cuestiones son de índole privada.

Intentemos entonces plantear cuánto es lo que de público, tienen que tener cada una de las funciones que hace el Estado.

Los bienes públicos

Desde la economía convencional creemos que no hay discusión en la presencia del Estado en lo que se consideran los bienes públicos porque son bienes que se producen para el conjunto, la utilización por alguien no causa ningún perjuicio ni desmedro hacia otros, y además por razones de eficiencia es muy difícil producir bienes públicos, aunque se pudiera, en forma individual. Es decir, es muy difícil hacer el control bromatológico de a uno cuando la bromatología sirve para todos, como sirve para todos el control de la contaminación del agua o del aire. En esto no hay discusión sobre que el gran productor, el gran proveedor, el gran financiador, y el responsable único es el Estado.

Además estos bienes no se pueden vender de manera tal que ningún interés privado va a producir este tipo de bienes públicos, salvo alguna organización que quiera hacer beneficencia. En este aspecto no hay discusión, estos son bienes públicos, algunos de los cuales no son enteramente públicos como el caso de las vacunas, pero es tal su beneficio público, su externalidad, que en principio corresponde básicamente que sea el Estado quien las provea. Desde ya, esto no necesariamente tiene que ser enteramente así, por ejemplo en Estados Unidos, la provisión de las vacunas no es pública, y allí hubo algunos teóricos que han mostrado como conviene más que este tipo de cuestiones sean de índole pública. Pero aún en las inmunizaciones hay también un hecho que es público y privado, porque frente a una epidemia aquel a quien se le da la vacuna tiene una inmunidad que los otros no tienen, un beneficio para su salud. Pero a la vez desde lo colectivo, hay un punto de la cobertura, en el porcentaje de gente inmunizada en una sociedad que impide que se desarrolle la epidemia, entonces se convierte en un bien público como es hoy el caso de la viruela. En la medida en que estamos todos vacunados hoy no hay más viruela, y el bien público se ha concretado en la desaparición de la viruela.

Los bienes privados

La salud, la educación y las jubilaciones son rubros centrales del gasto público y los tres son, centralmente, bienes privados.

Las razones que fundamentan que bienes privados sean financiados públicamente son de otra índole que las que sustentan la clásica economía pública-bienes públicos y externalidades.

Las fallas del mercado, los bienes meritorios o preferentes basados en valores de la sociedad y la redistribución del ingreso como estrategia central de la cohesión social, son las razones centrales que fundamentan la financiación pública de bienes esencialmente privados.

Con la producción de bienes privados, la justificación comienza a tener más inconvenientes porque si uno lo que va a hacer es personal, no surge por qué debería de responsabi-

lizarse el conjunto, vale decir lo público, de cosas que son privadas. Por un lado son ampliamente conocidas las enormes imperfecciones que hay, aún siendo bienes privados que se compran en el mercado privado, para la compra de los bienes y servicios del mercado de salud. Siendo un mercado tan imperfecto, con asimetría de la información, con selección adversa, con selección de riesgos, exige que haya un marco desde lo público para que este mercado funcione mejor. Esto es aceptado por todas las sociedades del mundo, aún las más liberales, y genera las regulaciones o las distintas formas para tratar de mejorar el imperfecto funcionamiento del mercado de la salud desde lo público.

Otra cosa que tampoco tiene discusión es atender no sólo a la eficiencia sino a la equidad en las sociedades, sus valores, los bienes considerados meritorios. Esto es, cómo pagar entre todos la cuenta de los que no tienen cómo acceder a los servicios de salud. Esta idea, ya sea haciéndolo directamente, como podría ser a través de servicios –a nivel nacional nuestros hospitales públicos– o como en otros países que tienen servicios nacionales de salud, o indirectamente a través de la financiación, como pueden ser los seguros públicos de salud para los pobres como en Estados Unidos o para todos como sucede en Canadá. En general, ya sea proveerles servicios o darles el dinero para que puedan comprar esos servicios en el mercado, son ideas aceptadas por las sociedades.

Sea para que el Estado funcione mejor, para que tenga equidad o para que produzca bienes públicos, para que se haga cargo de bienes privados que sean valores sociales e mérito, estas son razones donde la presencia de lo público como representante del conjunto de la sociedad está muy marcada.

Entonces, ¿qué queda para lo privado? Aquí está el debate y la sabiduría que deberíamos tener los argentinos para ver cómo hacemos las mezclas más justas. Estas mezclas tienen que ver con nuestra realidad cultural, con nuestro modelo preexistente que tiene además características de coexistencia de lo público y lo privado en varios aspectos. Hasta nosotros, que como individuos tenemos historia de vida de trabajar a la mañana en el hospital público y a la tarde en el consultorio privado, somos en cierta forma ejemplos de coexistencia de lo público y lo privado que en términos generales, se da en cada uno de los temas que hoy podríamos tratar.

Mundialmente, la crisis de la financiación está en todos los sistemas públicos del mundo. El sistema de salud quizás está sufriendo menos las consecuencias en términos internacionales de lo que lo está sufriendo el sistema jubilatorio. Pero seguramente y entrando inevitablemente entonces en el campo de las especulaciones, salud y educación van a ser los próximos rubros que van a sufrir todo este reordenamiento global que hay de la idea del Estado y su presencia.

La idea de lo público, o dicho de otra manera, que todos paguemos para que todos tengamos servicios, en verdad ha sido trastocada de lo que fue su origen. Su origen fue una finalidad solidaria, fue cambiar lo que era un derecho privado de algunos y una posibilidad de acceder a servicios simplemente por beneficencia o por caridad para el resto, a que se constituya en un derecho de todos. Esta es la idea de la justicia social y esta es la idea central del Estado de Bienestar.

El Estado de Bienestar dio derecho al acceso a este tipo de bienes que unos tenían y otros no. Si bien hay algunos que todavía siguen con la vieja ideología, como es el caso de Estados Unidos, no lo tienen porque no lo consideran un derecho. Los teóricos que están discutiendo esto y que de alguna manera justifican que los márgenes de lo público y lo privado

se incrementen en favor de que más cosas sean de financiación privada, dicen que el Estado de Bienestar terminó con uno de los principios fundamentales de las sociedades libres, porque estas se manejan en base a la responsabilidad individual. En la medida en que le damos todo a todos, y en la medida en que los sistemas son universales y gratuitos empieza a decaer la responsabilidad individual, empieza a haber especulaciones, a surgir comportamientos oportunistas por parte del usuario, quien en lo posible va a dejar de cumplir inclusive con la responsabilidad central, que es la de contribuir en la medida de sus posibilidades. La idea de no pagar impuestos, porque igual aunque no se paguen se pueden tener todos los servicios, es muy generalizada en nuestro país y en el mundo. La diferencia es que quizás en otros países hay un poco más de responsabilidad y de represión, por eso se cumple un poco más con las obligaciones ciudadanas. Además, en esto han contribuido algunos economistas que se han dedicado a la salud y que han hecho estudios muy duros.

La idea de por qué pagar si total y/o igual recibo los servicios públicos es una idea bastante generalizada. Además, en el análisis de algunos resultados del Estado de Bienestar, algunos economistas que se han dedicado bastante a la salud han hecho estudios que se caracterizan por pensar en ideas de equidad. Estoy hablando de Legrand, por ejemplo, que claramente muestra cómo se puede tener en un país la idea de lo público y lo privado como forma de subsidio a los más pobres, en salud y en otros ítems. Legrand estudió muy bien cómo eran estos subsidios y claramente en salud, la distribución de los servicios era injusta, siendo más utilizada por los más ricos que por los más pobres, pero aún así era el lugar donde había menos diferencias. Había mucho más diferencias en educación secundaria. En educación universitaria la diferencia era de cinco a uno. Y éste es un debate pendiente de la Argentina, que por supuesto trae muy mala prensa política. Pero es un debate clarísimo, los subsidios a la educación universitaria, se dirigen estrictamente a los sectores medios y altos de la población. O por ejemplo los subsidios que hay a otro tipo de cosas como por ejemplo la ópera, el subsidio cruzado que tiene el teatro Colón, está totalmente direccionado para los ricos. Es uno de los mayores ejemplos de inequidad en la financiación pública.

Estado, Salud y Reasignación Social

Esta idea de organizar el Estado de una forma global implica que no sólo sea injusta la curva de ingresos sino la curva de impuestos, que ya de hecho está siendo injusta como consecuencia del desarrollo de la economía mundial. Hay mucha dificultad en recaudar y esta dificultad se está resolviendo de dos o tres maneras. Primero, cobrando muchos más impuestos directos, segundo poniéndole muchos más impuestos a los bienes no trasladables que son el trabajo y el capital físico, pero en definitiva el capital financiero tiene menos impuestos directos porque es difícil cobrárselos y porque además si esto ocurriera migraría hacia otros países.

La idea de cómo se está reformando, de dónde sacamos la plata para pagar el conjunto también está cambiando. Entonces, hay dificultades para conseguir el dinero y además empieza a haber inequidades en la forma en que se consigue desde el punto de vista de lo que cada uno tiene. Pero, por sobre todo, tenemos inequidad en cómo distribuimos lo que se recaudó públicamente para el conjunto, y esto lleva a un doble cruce de equidad en países que tienen como objetivo la misma, como son muchos países europeos.

Legrand, Green y otros dicen cosas durísimas. Entre ellas, que se han apropiado del Estado de Bienestar los sectores medios de la sociedad, que además son muy voto activos. De manera tal que el principio por el cual habían sido creados, que era una responsabilidad de los individuos con el todo social, se está convirtiendo en algo irresponsable y sobre todo no contribuyente a la equidad. Esta es la razón por la cual están cambiando los subsidios a las universidades en Inglaterra, por ejemplo. Con el cambio de gobierno inglés, si bien este gobierno es más progresista que el anterior desde el punto de vista ideológico global, claramente se están haciendo este tipo de cambios.

En salud, por más imperfecto que sea el mercado, seguimos siendo los mejores reasignadores sociales. En ningún otro rubro el dinero que juntamos, que recaudamos entre todos se destina a los que más lo necesitan como sucede en el campo de la salud. Esto no quiere decir que seamos buenos o lo hagamos de modo perfecto. Reconocemos plenamente que hay muchas cosas que hacer y mejorar todavía.

¿Cómo se está definiendo esto?

A grandes rasgos, siempre surgen primero las consideraciones y discusiones respecto a la financiación. Pero también el debate está presente en otros aspectos. Quizás hay mucha menos discusión en el tema de la provisión de servicios que claramente ha tenido internacionalmente un cambio. El Estado fabricante ha desaparecido en el mundo. Quedan algunos lugares, Francia tiene todavía todas las industrias públicas, pero el Estado fabricante de bienes en general en el mundo ha desaparecido. Lo que no está desapareciendo es el Estado productor de servicios sociales, entre los cuales está salud. Pero si bien está la tendencia que la producción sea más privada que pública, uno debe convenir que la producción pública está tendiendo a tomar forma de gestión privada. Se está intentando incorporar conceptos de productividad, de beneficio social, de resultados, de costos y compromisos con los resultados, por ejemplo en el caso de los contratos programa

Otro tema pasa por entender que hay un principio de regulación que es también público-privado. Creemos que debe ser incentivado junto con lo que nos falta hacer de regulación pública, que es también mucho. Además de lo público es claro que la relación médico/paciente necesita siempre de una fuerte autorregulación privada de las partes.

Desde el punto de vista del aseguramiento, en términos generales ha habido un cambio de poder. Hay una tendencia de cambio, a depositar más poder, que estaba antes en los proveedores directos de servicios, en los aseguradores de servicios. Esto también se da en Argentina y se está dando claramente en el nivel internacional. Es decir, la idea de cómo conseguir que los proveedores tengan estímulos y participación pública-privada.

Otro tema a considerar es el gasto. Todos quieren controlar el gasto. Lo que está variando es la receta de cómo lo controlan. Algunos toman como una responsabilidad pública el control del gasto. Este tipo de sistemas hacen un control del gasto pero incluyen una participación privada de este control, lo hacen compartiendo el gasto. Hay determinados gastos que empiezan a ser compartidos entre el sector público y privado. Esto se ve muy claro en los medicamentos. Asignar el gasto mejor es un desafío público y privado. En algunos casos estableciendo prioridades, y esta sí es una complicación porque la idea de los sistemas es que todo no se puede hacer, la responsabilidad política de decidir qué se hace y qué no, no es fácil.

En algunos casos, el liderazgo y la responsabilidad lo han asumido los gobiernos. Por ejemplo en el caso de Holanda o España. En otros no lo ha asumido el gobierno sino que han preferido que fueran formas sociales más comunitarias, aunque son formas públicas, el caso de Alemania, donde se trata que las prioridades tengan un consenso social. Porque finalmente es muy difícil dar una racionalidad técnica a un sistema de prioridades ya que responde a un sistema de valores, no es solamente una cuenta costo-beneficio sobre qué hacemos y qué no hacemos. En este juego, las sociedades están intentando que haya una presencia de lo público, sea comunitaria o sea representada por el gobierno.

Reflexiones finales

En toda esta idea de lo público o lo privado, ¿cómo se encuentra la receta? No hay receta sino que lo que hay son experiencias de cómo las sociedades construyen inteligentemente una mezcla de financiación pública y privada que sea equilibrada y de cómo construyen una mezcla de organización pública y privada que tenga coincidencias con los objetivos. El problema de esto es que hay mucha discusión de objetivos de tipo intermedios y se pierde la sensación y visión de los objetivos finales. Entonces, la rigidez de los objetivos intermedios hace que los objetivos finales no se cumplan.

Otra de las cosas muy claras de lo que nos pasa en nuestro país es la falta de un debate sostenido. No hay un debate sostenido. Las plataformas de los partidos políticos son tan poco leídas que han terminado por ser escritas sin convicción ni propuestas. No hay debate político. Hay sólo artillería sanitaria preelectoral. Por eso nadie las tiene en cuenta ni las lee. Si uno tuviera un gran secreto sanitario, un plan tres veces mejor por ejemplo, que el de nuestro amigo Aldo Neri, la forma de tenerlo escondido hasta las elecciones sería ponerlo en la plataforma política de algún partido, porque lamentablemente pensamos que nadie está leyendo las plataformas. Y esto no es nada risueño. Esta idea de perder el apasionamiento, o tener resignación o inercia por estos temas no es bueno para una sociedad. Es perder o evitar un compromiso. Deberíamos buscar con mucha más ganas la discusión de estos temas centrales, saliendo de las polarizaciones de si es todo público o todo privado.

En esta polarización nos hemos entretenido por bastante tiempo en Argentina. Si lo privado es la única solución y lo público no sirve para nada como dicen los fundamentalistas del Mercado o, en el otro extremo, los fundamentalistas del Estado dicen que todo lo que pasa por el Estado es bueno y el resto es malo, es una discusión estéril que no nos conduce a nada. La inteligencia de las sociedades no es más Mercado o más Estado, sino mejor Mercado, mejor Estado pero, por sobre todo, más Sociedad. En este sentido creo que deberíamos aprender de la enfermedad y la salud.

La salud finalmente es el proyecto del cuerpo de uno, la autogestión del mismo, y por eso cada uno hace su propio estilo de vida, lo cual es un hecho privado. La enfermedad también nos da una gran enseñanza. No debe haber nada más privado para una persona que la enfermedad. No creemos que haya nada más interno, más propio, más íntimo, que la enfermedad. Sin embargo, en algún momento de la enfermedad empezamos a conversarla con los amigos, a socializarla, a necesitar que alguien nos atienda, a trabajarla en equipo. Y si la enfermedad tiene complicaciones o es crónica, la realidad es que se torna un hecho público tanto en su atención como en la cantidad de personas que intervinieron.

Entonces, nos parece que la sabiduría está en no polarizarnos, aprender de la enfermedad o de la vida misma. Salir de la dialéctica estéril del blanco y el negro y de los purismos excesivos. En definitiva, transitar el trabajoso camino de la muy amplia gama de los grises, buscar el consenso, la coincidencia y la suma como un ejercicio cotidiano para construir sociedades más saludables. Toda la política sanitaria es un establecimiento de prioridades.

ESTADO DEL DEBATE EN ARGENTINA

Expositores: Armando Reale, Sergio Del Prete, Aldo Neri

Coordinador: Manuel Alvarez

Armando Reale*

La equidad y la eficiencia como objetivos centrales

Pensamos que no se ha producido un debate público privado y menos en las políticas de salud. Pero, sí han sucedido una serie de cambios, nuevos actores y posicionamientos de los organismos que prestan servicios de salud, de modo que se podría intentar una lectura de algunos comportamientos y cuánto peso o intervención de lo privado hay respecto a lo público.

Como punto de referencia podríamos tomar lo que sucede en otros países, en otros sistemas de salud, que plantean reformas pero con otros objetivos. Esos objetivos son centralmente la equidad y la eficiencia. En nuestro país todavía parece que los objetivos son los coyunturales más que los finales. Los objetivos de equidad y eficiencia están instalados ya en un proceso dinámico. Ya hay algunos países que están revisando la reforma cuando no alcanzan los resultados que esperaban obtener.

La introducción de mecanismos o incentivos de competencia, procesos descentralizados, fortalecimiento de la función de compra, separación de la financiación de la provisión, hacen que todos estos sistemas en su estructuración tiendan a tener cierta similitud. Pero la diferencia se encuentra en las fuentes de financiación, que son estatales o solidarias –ambas públicas. Parecería ser que estos sistemas son más gobernables y tienen mayor capacidad de distribuir el recurso, determinar un régimen de prioridades y atender las necesidades por encima de las demandas. En estos sistemas, en todo caso lo que se discute es cómo utilizar lo privado dentro del sistema, cómo mejorar la eficiencia del sistema utilizando técnicas o aportes de lo privado.

Esta introducción sirve para señalar que nosotros no tenemos un modelo dominante sino que tenemos muchos modelos que están en competencia. Por lo tanto son poco gobernables y muy sensibles a los cambios de las políticas sociales, económicas, etc. Es decir, son sensibles a los cambios de los escenarios en el marco total en el que se desenvuelven. De modo que su desarrollo depende más de decisiones y sucesos del contexto, que de lo que ellos por sí mismos puedan hacer. Esto lleva a una situación de inestabilidad que hace que estos organismos piensen más en cómo salvarse, que en los objetivos por los cuales fueron creados. En esta situación, el debate público-privado debe entenderse como Estado público-privado.

* Gerente de Prestaciones Médicas y Sociales IOSME. Especialista en Salud Pública. Profesor del Instituto Universitario de la Fundación ISALUD.

La competencia en nuestro sistema de salud

Este sistema compuesto además está fragmentado y tiene algunas características adicionales, entre las que interesa señalar que las financiaciones son cautivas. Esto hace que de alguna manera las instituciones traten de conservar su supervivencia dentro del concierto del sistema de salud en competencia. Estas organizaciones subsisten al torbellino que desencadena todo el tema de la desregulación. Las obras sociales sindicales están, las empresariales están, las provinciales, el PAMI está, los hospitales están, los prepagos existen, incluso crecen. Es decir, que desde ese punto de vista general, de la composición del conjunto de actores no hay modificaciones, pero si hay modificaciones en su estructuración y en sus comportamientos.

Hay dos antecedentes que resulta importante señalar:

- El primero es que el tipo de provisión de servicios de las obras sociales siempre conformó un mercado a nivel de los prestadores. De alguna manera, la oferta estaba concentrada y la demanda también por la suma de obras sociales. Con lo cual, había casi una suerte de integración donde acaso se discutieran otras cosas, pero no el sistema de salud. Es decir, un modelo de provisión de tipo liberal. Libre elección, libre acceso de la oferta, oferta no regulada, libre prescripción, libertad de cambio, todo una serie de libertades en el comportamiento del modelo de provisión.
- El otro antecedente es el artículo segundo de la Ley 23.660. Allí las obras sociales sindicales se definen como que tienen carácter de sujeto de derecho privado. Y hay que recordar que esto fue un pedido muy especial y muy sostenido por la CGT cuando el proyecto del Dr. Neri se divide en dos leyes, 23.660 y 23.661. Este carácter de sujeto privado se ve luego confirmado en el decreto 492/95 en los considerandos donde dice, tomando una parte de la frase, "...procede a la transferencia de los institutos al ámbito privado". Se hizo el inciso h, para ubicar a los agentes de seguro que no son sindicales. A partir del nuevo marco económico aparecen una serie de decretos. Hay varios tipos de decretos y resoluciones. Hay un paquete de decretos, por ejemplo el de reglamentación de la ley, que en nuestra opinión cambia sustancialmente el espíritu de la ley. Luego hay otros que introducen mecanismos desregulatorios en el sistema. Por último, hay una serie de resoluciones que tratan de resolver los hechos que se produjeron por los actos desregulatorios, convalidando hechos ya sucedidos más que previendo cuestiones que van a suceder. *En este sentido, la contención del gasto resulta una prioridad en las organizaciones, apareciendo estrategias de distinto tipo, que redefinen a las obras sociales como prepagos de aporte obligatorio.*

El caso de los hospitales: el Hospital de Autogestión

Respecto de los hospitales, vemos que aparece el hospital de autogestión. Los antecedentes de arancelamientos datan de 1976. El componente de descentralización no aparece claro, o bien no se concreta. Hablando en general, puede haber excepciones, siguen siendo esta-

blecimientos con un cierto grado de ineficiencia. Pero lo cierto es que se incorporan algunas cuestiones privadas a través de los mecanismos de tercerización de algunos servicios. Sin embargo esto no disminuye el gasto porque mantiene los servicios o el personal que involucra este producto hospitalario. Quizás puede ser que haya una reducción al largo plazo. Pero en realidad agrega un gasto, si bien en la mayoría de los casos mejora algunos servicios.

Introduce también un sistema de concesiones. Es decir, aparece alguna actualización en el tema de oferta tecnológica de servicios a través de la inversión de privados que equipan hospitales, y el hospital compra una cuota de esos servicios.

Aparecen una serie de incentivos recaudatorios cuyo peligro está en medir en cuánto desplazan a la gente sin cobertura, que es la que está creciendo porque ya está llegando al 40%. En los hospitales se empiezan a orientar hacia la competencia de servicios. Pero cuando hay una competencia de servicios, en general se olvidan de los servicios que necesitan para alcanzar metas u objetivos en las políticas de salud. Es decir, la salud va a depender de los servicios.

Aparecen también otras conductas recaudatorias como por ejemplo la triangulación, donde un privado factura a través de un hospital aprovechando el régimen de facturación y recupero de costos. Pero el recupero de costos tampoco da buenos resultados, a pesar de que hay facilidades para ello. Esto se debe a varias razones. En primer lugar porque el recupero de costos a nivel del sistema de presentación de factura por el ANSES y descuento del presupuesto de obras sociales, se ve dificultado porque no todos son del sistema regulado por el ANSES. Hay obras sociales que no están dentro del sistema. Hay coberturas que corresponden a otra jurisdicción. Pero, además hay coberturas que en verdad se han brindado a un intermediario y no a una obra social, y esa es la que no se puede pasar. Entonces, si bien en teoría parecería que puede favorecerse el recupero, esto en la práctica no sucede.

Conclusiones

Dentro de los distintos modelos que tenemos hay algunos controlados y otros no controlados, que es donde se ejerce la actividad regulatoria.

- Las obras sociales del inciso a y del inciso h son controladas. Esto es del 25 al 28% de la población y sobre esto se estructura todo un aparato de control.
- Después hay modelos no controlados: prepagos, otras obras sociales independientes y las obras sociales provinciales, que resuelven localmente la relación con la provisión de servicios o con las autoridades jurisdiccionales.
- Aparecen oligopsomios que hacen que el tradicional oferente, proveedor de servicios, se empiece a disgregar y se ordene a través de los intereses que puede brindar un contrato.
- Lo otro que aparece es el tema que asume la implementación de la Ley 23.661, de la cual mencionaremos sólo un artículo. Dice que por servicios diferenciales se pueden cobrar también cuotas diferenciales. Esto ya marca una diferencia, el que paga tiene un servicio, el que paga menos tiene otro servicio.
- Además incorpora esta reglamentación el Decreto 9. Tres cosas de este decreto. La primera es la opción, no la libre elección sino la opción de obra social. Se cambia la libre elección de los profesionales por la opción de la obra social. Sea por defecto de

información, falta de previsiones respecto a selección adversa, etc., se produce una reacción que es la confección de planes. Si bien hay un PMO, éste tiene un margen interpretativo que en la práctica hace que sea elástico según quien lo interpreta. Si es la Superintendencia de Salud entra todo, pero si es un proveedor o una persona que no tiene capacidad de reclamo entonces aparecen otras interpretaciones bien distintas. Pero además dentro del PMO hay interpretaciones restrictivas, por ejemplo en medicamentos. Cualquiera puede cumplir la cobertura de medicamentos gastando poca plata porque dice 40% con banda terapéutica. Entonces seleccionamos 50 productos, decimos que su cobertura es del 40% y el resto nada. Conclusión: cumplimos con la ley. Esta poca definición normativa afecta el resultado, hay una diferenciación de producto que tiene que ver con los distintos valores de planes que se van creando.

- Pero las obras sociales tienen una estructura burocrática bastante acostumbrada al bienestarismo y la beneficencia. Entonces, hay que reducir las preocupaciones económicas. Aparecen mercados de gerenciadoras, intermediarios y diferencias que tienen que ver con el tipo de cartilla: número de profesionales, número de especialidades, ordenamientos, etc. A posteriori viene el tema de ver cómo se regulan estos nuevos actores. Ya al problema de definir quiénes son los prestadores, que la ley dice una cosa y las resoluciones dicen otras, aparece ahora el registro de gerenciadoras, el registro de consultoras, etc. Pero hay que notar que todo esto viene después, convalidando hechos que ya habían sucedido.

Finalmente, la estructura de control también se separa en tres grandes paquetes.

- Un área normativa, el Ministerio Nacional; un área de control, la Superintendencia; y un área que maneja el fondo de distribución, que forma parte del presupuesto del Ministerio, que asigna subsidios pero sin compromiso de financiar de las necesidades de lo que va a subsidiar.
- El avance de la tecnología está cercenado por la Resolución 001, que dice qué es lo que cubre. También hay otra, que para dar subsidio exige comprometerse a que si el presupuesto se acaba tiene que resolverse de alguna otra manera. Pero lo cierto es que las exigencias de cobertura son cada vez mayores. Así aparecen ahora, que se incorpora al Programa Médico todo el tema de la Ley de Rehabilitación. Pero conceptualmente no se trata de una prestación básica, mas bien diríamos que es una prestación máxima, a lo cual dentro de poco se va a sumar todo lo referente a la insulina.
- Lo definitivo, es que el interés se centra obviamente en la gente sana. Si la proporción entre sanos y enfermos es buena, la financiación mejora. No obstante, copia el proyecto de regulación de los prepagos y lo incorpora a las obras sociales para regular la propaganda, y es muy difícil que una obra social con aporte obligatorio y aceptación haga propaganda de que tiene mejores servicios. Pero si esto lo traslado al proyecto en relación a los prepagos, entonces veremos que estos prepagos se van a parecer mucho a una obra social pero con pago de cuota voluntaria.

La macrogestión como marco del debate

Sergio Del Prete*

El objetivo de este panel es poner en discusión aspectos de lo público y lo privado en Argentina. Creo que uno de los temas más importantes es que nuestro país tiene muchas Argentinas dentro de su geografía, y en cada una hay a su vez muchos y diferentes componentes públicos y privados. En cada provincia existe una composición particular de público (definámoslo estatal) y privado, de allí que analizar cada uno en particular resulte bastante difícil tanto en lo que hace a financiación como en aseguramiento y provisión de servicios. No es lo mismo la realidad sanitaria de Buenos Aires que la de Neuquén o Entre Ríos, Jujuy o Formosa.

Habitualmente, cuando hacemos un estudio de ambos componentes (estatal y privado) quienes vivimos cerca del Río de La Plata lo vemos con una visión muy centralista, muy capitalina. Hace poco leía un artículo en una de las Jornadas de Economía de la Salud de España, que incluía un cuento respecto de un personaje llamado el conde Bobby, aparentemente un personaje muy conocido en Austria. Una noche, habiendo salido de un bar, bastante entrado en copas, al pasar unos transeúntes lo ven debajo de un farol buscando algo aparentemente perdido. Le preguntan qué es lo que estaba buscando y el conde les responde: “busco las llaves que perdí a la salida del bar, pero como aquí hay mas luz las estoy buscando en este lugar”. La moraleja es que siempre buscamos los problemas donde esta la luz, esto es en lo más fácil, y no nos ponemos a bucear en la oscuridad de la problemática sanitaria, que es por cierto lo más difícil de hacer. Yo creo que la luz son los instrumentos de gestión que definimos para el modelo prestador de Buenos Aires o de la Ciudad del mismo nombre, que son visibles por todos. Lo que no tenemos muy visible –de hecho bastante oscuro–, es la realidad del interior y el marco político que pueda darle contenido en función de esa realidad a una articulación real y efectiva público-privada. Aquí viene como anillo al dedo una frase de José Martí, que sostiene que “en política, lo real es lo que no se ve”. Yo lo escuchaba a Ginés en su magnífica exposición, y él también insiste en que lo que falta es una política. Nos encerramos demasiado en la discusión de la coyuntura y como resolverla y no vamos al gran tema que es buscar un marco político adecuado para que un debate de estas características tenga solidez a partir de ideas-fuerza concretas y además concretables. Y que sirva a todo el país y a toda su gente.

¿Qué muestra la realidad? Que es más fácil articular una red de proveedores público-privada que debatir en profundidad respecto de temas básicos de la macro y mesogestión sanitaria. Y no hablemos de peso que tiene la microgestión en el modelo prestador. Falta debate por ejemplo en la combinación de gestión público-privada. Otro problema asociado es que

* Doctor en Medicina. Magister en Administración de Servicios de Salud (UCES). Ex Subsecretario de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ex Secretario de Salud de la Municipalidad de La Plata. Miembro de AES Argentina.

no todo se puede limitar a grandes enunciados sobre lo que queremos lograr con el sistema de salud, algo bastante difícil si paralelamente no disponemos del marco político de referencia. Lo difícil es sincerar cuánta solidaridad, equidad, eficiencia y calidad queremos realmente y cuanto podemos lograr. Cuánto de cada una no solo como objetivo sino como decisión concreta. Por ejemplo ¿Más o menos equidad? ¿Más o menos eficiencia? ¿Más o menos calidad? ¿Porque? Porque evidentemente “todo de todo” es imposible lograr, mucho menos en el corto plazo. Tal vez sea posible en el mediano plazo llegar con más eficiencia a tener un poco más de equidad, pero lo que no podemos decir es que vamos a lograr equidad o calidad en lo inmediato con el sistema de salud que tenemos, porque eso es auto-mentirnos. Es prácticamente imposible de alcanzar sin una profunda reforma del sector. Además, pareciera ser que no estamos trabajando mucho y seriamente, en lograr ninguno de tales objetivos.

En este debate creo que también hay mucho juicio de valor y poco de objetividad. Está muy cargado de preconceptos. Por ejemplo, discutimos respecto a si hay cobertura y accesibilidad para todos, pero lo hacemos desde el punto de vista teórico. La realidad –única verdad– nos dice que puede haber máxima cobertura, porque siempre hay un compensador que es el hospital público, y que también hay amplia accesibilidad porque existe idéntico compensador. Pero esta cobertura y accesibilidad ¿Cuánto tienen de equidad y además de distribución justa en términos de cantidad y calidad? También quedan otras preguntas. Por ejemplo: ¿Hay debate abierto sobre la posibilidad de elegir provisión o seguros por parte de la gente, independientemente de su condición social? Si decimos que el problema es la asimetría de información. ¿No se vuelve una trampa dialéctica sostener que no se pueda elegir quien lo va a atender cuando al mismo tiempo se facilitan conductas monopólicas tanto de aseguradores como de proveedores, que no permiten a la gente escapar a este contexto de asimetría? ¿Acaso no llega a tener en otros casos la gente información suficiente como para –frente a otros servicios erigidos en monopolios privados– cuestionarlos sabiendo que no están haciendo las cosas adecuadamente, sea desde los precios o de la calidad de los bienes provistos? El problema concreto de las personas es que en este caso no tienen opción para elegir, porque el monopolio además asume características regionales. Pero para el caso de los servicios de salud, seguramente si pudieran elegir su provisión de unidades de salud tanto en lo estatal como en lo privado, disponiendo de un seguro y un mix de oferta público-privada, la utilidad marginal del uso de los servicios, esto es el beneficio marginal, mejoraría muchísimo. Especialmente en el caso de aquellas personas más pobres que no tienen otra alternativa que la cautividad del monopolio estatal, en muchos casos muy bueno o excelente, pero otras veces un calco de lo que decía Richard Tittmus respecto que “los servicios para pobres terminan siendo pobres servicios”.

La influencia de la reforma económica

Volvamos al problema de lo público-privado de la salud en Argentina, en su contexto económico, social y político. Desde la reforma económica nada es igual. Una batería legislativa cambió el Estado, su rol en la economía y en la producción de bienes y servicios. En lo macroeconómico se registro un crecimiento del PBI, pero paralelamente creció la brecha social. El mercado laboral también cambió profundamente, se flexibilizó espontáneamente y de hecho encontramos más trabajadores asalariados y precarizados sin beneficios sociales. Me-

nos en salud, los cambios han sido bastante profundos. Y en el contexto sanitario aún están las herramientas ahí latentes, pero todavía sin haber sido aplicadas en profundidad, por muchas variables y causas.

Pensamos que sería útil mencionar en este debate cuatro aspectos importantes como parte de una discusión:

- *¿Cuánto de ajuste del gasto y de expansión del gasto privado soporta el sistema sin profundizar inequidades?* La respuesta es que no soporta mucho. Es decir, es un punto de equilibrio bastante inestable. Pero hay problemas de financiamiento que merecen bastante atención, sobre todo cuando empezamos a trabajar este tema de lo público-privado. Por ejemplo, mirando la crisis fiscal del Estado Nacional y los Estados Provinciales, el déficit está en alrededor de los seis mil millones de dólares, donde las provincias contribuyen con dos mil millones de dólares. Ahora las provincias tienen el 73% del gasto total puro, en salud es aproximadamente tres mil seiscientos millones, pero sienten que tienen una mayor presión de demanda porque no hay cobertura en otro sector y hay traslado de demanda de uno al otro lado. El problema es que ya no cuentan con la posibilidad de financiar más salud con el mismo dinero, sino financiar más salud con menos dinero por un problema de necesidad de equilibrio fiscal y de ajuste de caja.
- *Entonces, otra cuestión es que la Nación avanza sobre un proyecto de concentrar el tema de la coparticipación.* Hay un proyecto de sistema único de transferencia de fondos coparticipables y de convertibilidad fiscal, que se ha negociado con el Fondo Monetario, con lo cual las provincias van a tener que ajustar su gasto y volver a un menor déficit fiscal. Esto es complicado desde el punto de vista de las finanzas públicas destinadas a salud.
- *En el tema del gasto público social,* los seguros cuasi-públicos se han contraído por pérdida de afiliados debido a evasión empresarial y cambios en la modalidad de trabajo que avanza hacia la precarización, lo que ha llevado a la pérdida de aporte sobre cuatro millones de trabajadores. El volumen de cotizaciones ha pasado del 1.54 al 1.10 del PBI entre 1991 y 1998. Por su parte, el P.A.M.I. ha fijado un valor nacional de capita para su licitación que si se lo multiplica por la cantidad de afiliados contrae bastante el volumen de erogación financiera que venía teniendo históricamente. Frente a esta situación, es lógico que vaya aumentando el gasto privado. El último análisis estadístico de hogares del INDEC así lo evidencia. Si profundizamos el análisis del gasto privado, en parte su incremento puede estar vinculado a los seguros privados con esta incorporación del IVA, pero el otro componente es que hay más pagos directos a los profesionales, más coseguros, gasto no cubierto en medicamentos, pagos a otras empresas del sector por ejemplo de emergencias, etc. Entonces los gastos directos de consumo de salud de una familia se incrementan, aproximándose en promedio al 9,54% del total de sus ingresos (\$9,54 sobre cada 100 de ingreso) con la variable que los asalariados gastan un poco menos, el 6.5% y los desempleados a su vez lo hacen en un 14%. Otra vez se demuestra la regresividad del gasto de bolsillo. La mayor erogación la soportan aquellos que no tienen cobertura y son más pobres. Obviamente el riesgo del incremento relativo del gasto de bol-

sillo favorece la inequidad, al restringirse toda otra posibilidad de cobertura y accesibilidad efectiva.

- *También es importante analizar cuánto de seguro público y privado se requiere para mejorar la cobertura del seguro público de salud.* Acá un se plantea un problema de debate en cuanto a cómo atender la salud de aquellos que tenían seguro y no lo tienen más. Para algunos, la estrategia pasa por incorporar más seguro privado pero bajando los precios. Para otros, la alternativa es el seguro público de salud pero teniendo en cuenta la restricción fiscal. Entonces lo que cambia en el eje del debate del seguro social es el nuevo mercado, la flexibilización espontánea y los trabajadores asalariados que no tienen cobertura social. Esto no es poco porque sobre más de ocho millones novecientos mil asalariados que tiene la población económicamente activa, es decir el 87%, cuatro millones novecientos mil están dentro del mercado formal y con aporte a la obra social por rama de actividad y tres millones ochocientos mil son informales “en negro” sin cotización al seguro social por la alta evasión empresarial, no solo de las PYMES sino también de algunas grandes. El “salario sombra” de los informales oscila en torno a los \$400/mes y el promedio de trabajo en negro del país ha llegado al 46,6% con cifras máximas en el norte. Esto implica una masa de fondos perdidos para el seguro solidario cercana a los 1.600 millones de pesos.
- *¿Cuánto de gestión pública y privada puede permitir mejorar la eficiencia del sistema?* Nos falta un profundo debate sobre ventajas y desventajas de la desregulación y desmonopolización. Si el objetivo es eficiencia de gestión, será adecuado definir *de qué hablamos cuando hablamos de desregulación*. Por ejemplo si lo que se procura es reducir costos de organización del Estado aplicando como contracara la lógica del mercado, hay que tener en cuenta que también los costos de transacción del mercado son elevados. ¿Es técnicamente viable combinar financiación y regulación pública con gestión privada? Sí, pero no es sencillo es combinarlas políticamente. Por ejemplo, para que pueda concretarse esta hipótesis se necesita un marco político de discusión respecto de cómo diseñar una regulación adecuada y precisa que permita definir y transparentar las reglas de juego entre lo público y lo privado, y a su vez ponga límites a cualquier intención de separar asegurados por riesgo generando distorsiones en el aseguramiento. Al mismo tiempo es necesario definir los incentivos positivos y negativos entre financiadores y proveedores públicos y privados que permitan avanzar hacia una mayor eficiencia de gestión. Técnicamente, esta alternativa de vinculación público-privada no pone en juego la transferencia del patrimonio financiero ni los aspectos regulatorios, ya que lo único que se concede a terceros es la gestión de compra de servicios y su provisión. Seguramente ustedes podrían cuestionar la posibilidad de lograr una regulación efectiva y poder controlar eventuales fallas del mercado como inequidades, suboptimalidades y baja calidad de resultados. Para que esto no ocurra hay que evitar situaciones oligopólicas que permitan rentas extraordinarias, y hacer que el Estado genere y disemine información a los eventuales “consumidores” que permita atenuar la asimetría natural del mercado sanitario. Es útil que remarque respecto a esta idea de reforma de gestión que es aceptada por el pensamiento social europeo, bastante distante del neoliberalismo y pensada en el contexto de la propia reforma del Estado de Bienestar.

- Por último, *¿cuánto de compra público-privada sería posible obtener racionalmente a partir de la actual capacidad disponible de oferta prestacional?* Si analizamos los establecimientos de salud públicos y privados destinados a atender la enfermedad a lo largo de la Argentina encontraríamos que no todos están en iguales condiciones para articular una red mixta integrada en el uso de los recursos, y eficaz en sus resultados. La oferta prestacional creció en nuestro país en forma totalmente inorgánica. El mercado de servicios no solo careció de autorregulación, como ocurre en otros mercados, sino que además la permanente intencionalidad de diferenciar productos como herramienta competitiva más la búsqueda de “nichos” vía tecnología que atenuaran la progresiva “erosión” de la renta innovativa llevaron a profundizar la puja distributiva, aun entre lo estatal y lo privado. Sabemos que no hay nada peor para la lógica financiera del sistema que la ineficiencia económica que surge de la sobreoferta de tecnología, recursos humanos y medicamentos entre otros, una situación que tampoco se refleja en mejores resultados de atención.

Por lo tanto, no habrá reconversión del sistema financiador, sea público o privado si no se da paralelamente una transformación profunda del sistema prestador. Lo que precisan los proveedores de servicios de salud es mayor eficiencia de gestión en el sector estatal, mejor gerenciamiento del sector privado y una acreditación y categorización adecuada para ambos sin distinciones. Si no, veamos el tema de las redes asistenciales en los últimos años. Muchas nacieron de parto distócico. Es decir, fueron el resultado de una respuesta de coyuntura a un nuevo modelo de compra de servicios, en aquellos lugares donde había mercados prestadores bastante desarrollados. Es el caso de las UPIs, de las redes de CORES, etc. Pero el objetivo de armarlas fue principalmente la necesidad de obtener economías de escala y poder de compra frente a la distribución de capitas, con una particular división del trabajo entre hospitales estatales y sanatorios privados, y no una lógica racional que permitiera articular racionalmente niveles de acceso, complementar tecnologías de atención médica y de gestión, mejorar los resultados sanitarios y básicamente buscar optimizar la calidad asistencial. En realidad, muchos de ustedes también saben que así como hubo ciertas redes perfectamente estructuradas y funcionalmente efectivas, también se dio el caso de otras donde se juntaron “la Biblia y el calefón”.

Reflexiones finales

En el contexto histórico en donde se ha desenvuelto la relación público-privada, esta especie de cohabitación natural, ha habido muchas etapas de avances y de retrocesos, en algunos casos más bien de acercamiento y de divorcio. Es posible que esta cuestión de Estado-Mercado en el último tiempo haya profundizado este debate que hoy estamos transitando, pero también esto se ha teñido con mucha carga ideológica y mucho juicio de valor. Lo que deberíamos hacer es despojarnos de esta carga ideológica y analizarlo más desde el punto de vista técnico-político, que es desde donde quizás podamos encontrar más coincidencias que diferencias. No creemos que las posturas dogmáticas contribuyan a un debate sino que por el contrario, pensamos que lo esterilizan y eso excluye toda posibilidad de cooperación. Si creemos que buscando una estrategia de acercamiento técnico-político, sobre la base de una política de Estado un poco más acordada en el tema de salud y buscando fortalezas y debilidades

de lo público y lo privado, así como amenazas y oportunidades, tendremos oportunidad de confluir y podremos establecer una relación influyente y complementaria entre lo mejor de cada uno, cuyo beneficiario final sea la gente.

Por último, rescatando el cuento del amigo Bobby: *Tal vez sea el momento de buscar la llave donde verdaderamente es posible encontrarla y la solución para eso no es otra cosa que llevar la luz a la oscuridad.*

Aldo Neri*

El debate en el marco nacional

Quisiera aprovechar que me dejaron poquito tiempo para hacer algunos comentarios de índole sencilla y general pero creo que esencial, apoyándome en las muy buenas intervenciones anteriores. Después de la excelente reseña que hizo Ginés sobre el estado de esta discusión a nivel nacional e internacional, me gustaría aterrizarla a nuestro medio.

Yo diría que hoy por hoy en Argentina, tratando de despejar algunos de los equívocos que a veces cargan a las palabras y a los conceptos, hay una identificación implícita e inconsciente de la idea de lo público con lo estatal. Por otro lado, yo diría que crecientemente en Argentina hay una identificación de lo privado con lo comercial, en términos de mercado, en términos de lucro de empresa, cuando estamos hablando del campo de la salud. Esta es una cuestión que vale la pena discutir. Lo público de ninguna manera es solamente lo estatal, sino que es un ámbito de interés compartido por la sociedad, de interés privilegiado, primordial, prioritario, que por su propia índole requiere una intervención mayor del Estado pero de ninguna manera presupone que el Estado es el protagonista excluyente de lo público. En la Argentina histórica, la prestación privada ha tenido una importancia muy grande a lo largo de todo nuestro desarrollo. Lo que pasa es que la prestación privada viene transformándose y viene acercándose mucho más a este concepto de ser un área de buenos negocios, que es una diferencia con lo que ha sido la prestación privada histórica, para bien o para mal. Por ejemplo, privadas son también las áreas “non profit”, las áreas del mutualismo y la cooperativa. Sin embargo no tienen rating, no se discute el papel del mutualismo en la prestación de servicios asistenciales en la Argentina. No es un protagonista. La economía social, que incluye la provisión de servicios, que en algunos países –europeos esencialmente– ha tenido un papel muy importante; en el desarrollo italiano, por ejemplo, en el campo de la industria, de la provisión de bienes. Esta no es una temática que esté incluida dentro de esta discusión de lo público y lo privado.

Quiere decir que lo que acá se está dando como proceso de privatización tiene una doble connotación. Por un lado tiene una connotación institucional. Hablamos de privatizar cuando los actores institucionales pasan a ser más privados que estatales. Paradigma: la jubilación, las AFJPs. Pero, hay otra privatización implícita que es la que más me interesa desta-

* Ex Ministro de Salud de la Nación. Vicepresidente de la Fundación Argentina para la Libertad de Información (FUALI).

car, que es la privatización en el sentido de ir cargando cada vez más a la iniciativa, a la responsabilidad y a la posibilidad individual, el tema de la recepción de beneficios que podemos enmarcar en la denominación genérica de protección social. Paquete dentro del cual está salud también metido.

Creo que el tema de las jubilaciones es un muy buen ejemplo. Nosotros tenemos el proceso de liquidación en Argentina de los residuos que quedaban de la calamidad del sistema de reparto que tuvo este país y que fue muy malo, ni siquiera fue un sistema de reparto típico ni defendible. Lo tenemos en proceso de liquidación claramente. En principio con políticas implícitas y hoy por hoy con políticas muchísimo más explícitas. Esto no es un mero cambio técnico, económico o institucional. Este es un cambio ideológico. Por eso, de las muchas cosas interesantes que nos dijo Del Prete, lo único que no compartiría es que no necesitamos discusión ideológica. Lo que no necesitamos es fundamentalismo ideológico, pero discusión ideológica sí nos hace mucha falta. Estamos haciendo muchas cosas sin transparentar las implicancias de lo que nos hablaba Ginés: sistemas de valores, maneras de ver la sociedad, normas de convivencia. Entonces la jubilación privatizada no es el problema que la administre el Estado o la AFJP, sino que es la privatización del destino jubilatorio de los argentinos, donde se elimina de hecho toda forma o contenido, por residual que fuere, de carácter solidario y redistributivo que tienda de alguna manera a atenuar desigualdades. Este es el dato.

En obras sociales mucho más calladamente viene pasando algo parecido. No es que estamos haciendo cosas para que los prepagos se parezcan a las obras sociales y puedan entonces legítimamente ser prestadores o administradores de servicios dentro del sistema de la seguridad social. Sino que lo que estamos induciendo es un mayor y creciente parecido de la obra social con la mentalidad del prepago comercial, que es una mentalidad lógica en el prepago comercial. Entonces, aparece lo que mencionaba Reale, los planes alternativos, que son una típica concepción de mercado: “Usted compra lo que puede pagar”. Un contraejemplo, que no sé si estará vigente en este momento, es el de Canadá, donde para evitar que pasara justamente eso con su seguro de salud, el Estado nacional castiga a las provincias –es un seguro financieramente coparticipado entre las provincias y la nación– que permiten a los hospitales o a los profesionales recibir pagos diferenciales, las castigan deduciéndole esa diferencia de las transferencias que hace la nación a las provincias. Es muy claro el concepto que servicio médico hay uno solo dentro de esa “ideología”, no “usted compra lo que puede pagar”.

Esto es particularmente importante en el campo de la salud, como es muy importante en el campo de la educación. Si hay dos bienes o servicios que tocan muy centralmente a este tan reclamado objetivo de la igualdad de oportunidades, tender a una mayor igualdad de oportunidades, educación y salud son paradigmáticos en esto. Uno acepta diferencias en vivienda. Nadie necesita seis ambientes en barrio norte para tener oportunidades de desarrollarse en la vida. Incluso, nadie necesita una jubilación igual, más allá de un cierto piso de cobertura de necesidades básicas. Pero claramente dos educaciones y dos servicios de salud, presuponen chances muy diferentes en la vida. Este no es un dato intrascendente. Toda la evolución de nuestro sistema tiende precisamente a desigualar estas oportunidades a través de esta mala interpretación del mix público-privado, término que puso tan de moda el Banco Mundial.

Todavía más, hay algunas discusiones históricas que venimos teniendo por ejemplo con los sindicalistas, los que interpretamos que la carga social es un impuesto al sa-

lario. Es público y es de la comunidad, como es la masa de impuestos que paga toda la comunidad. Y toda la interpretación de salario diferido, que el beneficiario va a usar en el momento que lo necesite, tiene una raíz política muy fuerte. Sobre el concepto de salario diferido se construye el papel del sindicato como administrador del mismo. Pero esto que, además, fundamenta la libertad de elección que puede ejercer el dueño de ese salario diferido, si lo toma un liberal ortodoxo dice que esto es un derecho de la persona, ni siquiera del sindicato. El paso que sigue sería: podemos discutir la obligatoriedad de la cobertura que viene impuesta por la sociedad, por leyes que le dan un carácter público al aporte a la seguridad social. Pero, ojo, nadie es tan liberal como para pedir esto, porque el mundo de los negocios –y no lo estoy diciendo peyorativamente– necesita también una demanda bien financiada forzada desde la decisión del Estado. ¿Qué pasaría si el aporte a la obra social o la jubilación pasara a ser una decisión meramente individual? ¿Qué pasaría con la industria farmacéutica, por ejemplo? La industria farmacéutica va a votar a favor de un seguro porque estabiliza demanda, estabiliza el mundo de los negocios.

La necesidad del espacio público

Creo, y esto parte de una escala de valores, en la necesidad de la construcción del espacio público, en el que el sector privado tiene un protagonismo muy importante. En Argentina, en el campo de salud, el sector privado tiene que tener un protagonismo por lo menos tan importante como el sector estatal. Creo en la necesidad de eso, pensando que además tenemos que tender hoy más que nunca al fortalecimiento de los sistemas universalistas. Universalistas quiere decir sistemas que de alguna forma engloben al conjunto de la población, aspiren a englobar al conjunto aunque lo alcancen en cincuenta años. Digo hoy más que nunca por lo que aquí hoy se habló, sobre la crisis del trabajo que, como bien decía Ginés, nadie sabe, ni los más talentosos, ni los más estudiosos, ni los Rifkin, los Gorz, ni los Fitoussi, nadie sabe muy bien cómo va a ser de aquí en cincuenta años el trabajo. Pero sí deberíamos tener muy en claro que la protección social, por lo pronto, se ha desprendido cada vez más de lo que es la condición laboral. Entonces tenemos dos posibilidades. O la propuesta del neoliberalismo de que dejemos todo lo rentable de la protección social en el mercado, y el resto sea subsidio a cargo del Estado para cubrir los incendios mayores: nivel de subsistencia, mínimo de paz social, etc. O rediseñemos nuestros sistemas de protección social con una visión universalista que tienda –aunque no lo consiga del todo, pero es la utopía necesaria– a igualar cada vez más las posibilidades.

Aquí entra entonces el tema del tipo de Estado. Yo recuerdo lo que decía Pierre Bourdieu en una entrevista de prensa, que los que hablan del Estado mínimo, achicar el Estado, etc. de lo que están hablando es de achicar el Estado social. No están hablando de achicar las Fuerzas Armadas, ni la Policía, ni el sistema penitenciario, que va creciendo en nuestros países y el paradigma es Estados Unidos, modelo al que nosotros estamos tratando de imitar en tantas cosas, con arriba de dos millones de personas metidas en las cárceles y con un gasto público fenomenal. Esta es una de las razones por las que los Estados no se han achicado, no están gastando menos, simplemente han cambiado un poco la asignación final de sus recursos.

Conclusiones

Estas son algunas de las cosas para revisar y evitar embadurnarnos demasiado con la onda del momento, porque siempre da la impresión con la onda del momento de que todo lo pasado queda descartado. Y no es cierto. Ningún país europeo está destruyendo su sistema de bienestar, lo están reformulando porque tenían achaques muy grandes. Estados Unidos ha hecho tímidos pero no intrascendentes esfuerzos por meter elementos de bienestar dentro del mercado. Creo que nosotros deberíamos aprender y repensar nuestra sociedad; que según la fuente de la que uno se alimenta o escucha, algunos dicen que entramos en el salón VIP del primer mundo, y otros dicen que estamos caminando aceleradamente hacia la villa miseria. Hay datos en la economía y la sociología argentinas para asentar los dos puntos de vista. Yo propongo que de las dos interpretaciones, que seguramente son un poco sesgadas, recojamos lo positivo.

Para mí lo positivo pasa por afirmar que el espacio de lo público es el espacio del interés compartido y común, y de ninguna manera es jurisdicción del Estado exclusivamente. En el caso de salud, metería prácticamente la totalidad del sector privado adentro. Está en el espacio de lo público, como en el espacio de lo público está la escuela privada y la universidad privada argentina. Esa reconstrucción y esa selección de no comprarnos el mercado pero tampoco despreciar algunos necesarios incentivos de mayor eficiencia que tenemos que introducir, y que vienen del mercado, dentro de lo que es nuestro sistema de salud, creo que son algunos de los elementos de una discusión necesaria entre nosotros.

La controversia entre los principios de un sistema sanitario

Juan Manuel Cabasés Hita*

Introducción

La búsqueda del papel adecuado del sector público en la economía en general y en la atención sanitaria en particular es una preocupación en casi todos los países. Algunas tendencias recientes en la Economía Pública muestran el énfasis actual en las cuestiones de eficiencia, que alcanza a la búsqueda de la eficiencia en la distribución, al estudio de la eficiencia de mecanismos alternativos de decisión colectiva, a la importancia concedida al análisis de los efectos distorsionadores y desincentivadores de la actuación pública y, consecuentemente, al debate sobre el tamaño y los instrumentos de intervención adecuados del Estado.

No debe olvidarse, no obstante, la frecuente falta de consenso entre los economistas en lo que respecta a la actuación del Estado en la economía debida a desacuerdos en las teorías, a la dificultad de contrastación empírica de las mismas, o a la diversidad de aspectos que confluyen en el quehacer público que trascienden el marco económico, insertándose en el campo de la filosofía social y política.

En este trabajo se trata de enmarcar el debate sobre el papel del Sector Público en la sanidad en un entorno más amplio que el estrictamente económico, a la búsqueda de un anclaje ético que facilite la interpretación práctica de los criterios de eficiencia y equidad y el abordaje del conflicto entre ellos. Tras unas breves consideraciones sobre el problema organizativo del Sector Público, se analizan los principios de un buen sistema sanitario a la luz del principio ético de la igualdad de oportunidades, presente generalmente en los textos constitucionales de los países, y se destaca la importancia de considerar conjuntamente los criterios de eficiencia y equidad en el planteamiento de las reformas sanitarias. Se desarrolla, a continuación, el establecimiento de prioridades uno de los aspectos de la aplicación de estos principios, en razón de su relevancia en las decisiones del Sector Público en la sanidad y el papel de la economía como disciplina en esa tarea. Por último, se esbozan los conflictos entre los agentes en el campo sanitario en clave ética.

El problema organizativo en el Sector Público

La eficiencia de la actividad pública es hoy objeto de escrutinio y evaluación más que nunca. Retomando el debate general, sobre las posibilidades de lograr la eficiencia en el ámbito público encontramos dos posiciones extremas: a) suponer que la eficiencia y efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual

* Profesor Titular de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra y Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. España.

está gobernada, y b) aceptar que el Sector Público es inherentemente ineficiente y poco efectivo, siendo lo relevante no qué técnicas de gestión son las adecuadas, sino cómo conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas.

Para Salas (1995), “cuando se afirma que en el Sector Público se pueden reproducir las mismas condiciones operativas y de gestión que en el sector privado, incluso replicar procesos competitivos, estamos olvidando que, previsiblemente, el Sector Público interviene en esa parcela de la economía porque se dan unas condiciones que impiden al mercado, al sector privado, alcanzar la eficiencia social. Tales condiciones no desaparecen cuando las actividades se nacionalizan y por lo tanto, el pseudo mercado, o mercado tutelado dentro del ámbito de lo público, difícilmente podrá mejorar la eficiencia en relación al mercado libre en el dominio de lo privado. Si detrás de la intervención del Estado en la economía existen intereses generales y efectos externos que los agentes privados no están en condiciones de internalizar, el punto de partida del análisis de la gestión en el Sector Público debe ser el reconocimiento de tales intereses y las implicaciones que se derivan de ellos”.

Los teoremas de la Economía del Bienestar proveen fundamento a dos puntos de vista alternativos de la política económica. Para unos, los teoremas evidencian que la política debería tratar siempre de acercarse lo más posible al ideal competitivo. Para otros, proveen una descripción de lo que podría lograrse si la economía fuera competitiva y una demostración de por qué no se puede y, quizás, no se debe, lograr en la práctica (Greenwald y Stiglitz, 1986)*. El no poder se refiere a los supuestos de la economía que no se dan en la práctica, mientras que el no deber se refiere a los aspectos distributivos del equilibrio competitivo. La corriente imperante en la Economía Pública combina ambos aspectos. Muchos análisis de las políticas presuponen que debería estimularse el comportamiento competitivo cuando nos acerca a la eficiencia económica, pero reconocen los fallos y diseñan políticas para su corrección. Buena parte de la Economía Pública parte del rechazo implícito del valor práctico del segundo teorema.

Desde el enfoque de la Economía Institucional, la visión del Estado como una institución más, junto a la empresa o la familia, destaca el hecho de que las políticas se formulan y ejecutan por individuos con problemas de información limitada, comportamientos oportunistas

* "Greenwald y Stiglitz (1986) han demostrado que cuando la información es imperfecta y/o el mercado incompleto –es decir– esencialmente siempre, entonces el mercado no se ciñe a las condiciones de Pareto. Mientras que la literatura tradicional caracterizaba las deficiencias del mercado como excepciones a la regla general de que los mercados descentralizados conducirían a la asignación eficiente de recursos, bajo esta nueva interpretación tal presunción se invierte: Sólo en circunstancias excepcionales el mercado resulta eficiente. Esto convierte el rol adecuado del estado en un tema de mucha mayor complejidad. El problema excede al de la identificación de las deficiencias del mercado, ya que estas son generales a la economía, y deviene el de la identificación de aquellas cuya importancia les hace ser objeto de intervención gubernamental para mejorar su funcionamiento”.

“El segundo teorema estableció que si la distribución del ingreso proporcionado por el mercado no resulta socialmente deseable, entonces “todo” lo que tiene que hacer el estado es una redistribución de las dotaciones iniciales. Realizada ésta, el mercado competitivo garantizaría unos resultados eficientes. Cualquier distribución de bienestar que la sociedad deseara podría alcanzarse de esta forma. Había, en efecto, una dicotomía completa entre temas de distribución y asuntos de eficiencia. El papel del estado se limitaba a los primeros. Este punto de vista se ha matizado en dos aspectos importantes: Primero, actualmente se reconoce que no hay una separación tajante entre temas referentes a la distribución y los relacionados con la eficiencia. Por ejemplo, las economías en las que la riqueza se reparte muy desigualmente pueden enfrentarse a problemas de incentivos muy serios. En segundo lugar, el tipo de redistribución basado en cantidades a tanto alzado que se deriva del segundo teorema no es, en general, posible, dados los problemas de información existentes. Por tanto, las redistribuciones implican, casi siempre, distorsiones. Y, dadas estas distorsiones, no resulta obvio que el tipo de juego pasivo propugnado por el segundo teorema de la Economía del Bienestar sea deseable para el gobierno”. (Stiglitz, 1989).

tas o de riesgo moral, intereses propios etc., así como la posible influencia de los grupos de interés en la actividad pública: Intereses electorales, presión de la burocracia etc., pueden estar más presentes en las decisiones que el propio bienestar colectivo.

En resumen, en este apartado se ha destacado la controversia en la definición del papel del Sector Público y las dificultades inherentes a la gestión pública, lo que sugiere profundizar en los argumentos de su intervención en la sanidad.

Principios de un buen sistema sanitario

El diseño del sistema sanitario futuro ha de contemplar conjuntamente los criterios de eficiencia y equidad. Es obligado, en primer lugar, buscar el fundamento normativo común a todos los agentes. Recientemente, Daniels, Light y Caplan (1996) han desarrollado una propuesta de criterios frente a los que evaluar las propuestas de reforma sanitaria, a partir de un fundamento ético, el principio de igualdad de oportunidades, como objetivo final de un buen sistema sanitario. La idea de igualdad en las oportunidades ha recibido últimamente una atención renovada en la literatura teórica sobre equidad y justicia distributiva (Arneson, 1989; Fleurbaey, 1992, Roemer, 1996).

La protección de la salud como un derecho, y no como un privilegio, hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad. (Daniels, 1985).

Entendida en su aspecto positivo, la igualdad de oportunidades impone la obligación, no sólo de evitar que las características individuales interfieran en el desarrollo de las capacidades, sino de eliminar activamente las situaciones o dotaciones desiguales de partida, generadas históricamente. La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al proteger nuestra capacidad funcional, protege las oportunidades. De ahí puede surgir la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos. Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública establecida en la mayoría de los países desarrollados.

Las características de un buen sistema sanitario pueden establecerse en relación con su capacidad para satisfacer el principio mencionado (Daniels, Light y Caplan 1996).

1. - *Acceso universal: Cobertura y participación.* Un sistema sanitario justo debe hacer accesible un conjunto razonable de servicios sanitarios efectivos y necesarios para todos, independientemente de las condiciones específicas de salud, nivel de riesgo o capacidad de pago. Ello implica la inclusión universal en algún esquema asegurador cuyas características son la obligatoriedad y la independencia del estado ocupacional, de manera que se garantice la continuidad asistencial temporal.

Estas características se encuentran bien argumentadas en la literatura económica, por problemas de selección adversa (Mas-Colell, 1994, 1997) y han sido asumidas por la inmensa mayoría de los países desarrollados, a excepción de EE.UU., y en España por el SNS desde la Ley General de Sanidad de 1986.

2. - *Acceso universal: Minimización de barreras no financieras.* Hacer equitativo el acceso requiere: Acceso físico, es decir, recursos apropiados donde se necesitan y accesibles a los que los necesitan; Formación de recursos humanos suficiente y apropiada; Facilitar la utilización a la gente de diferente cultura, lengua y extracción social; Educación e información adecuadas para facilitar los procesos de negociación del sistema.

Una consecuencia evidente de este criterio es que cualquier propuesta de reforma ha de garantizar la eliminación, si la hubiera, o la no aparición, de selección de riesgos (seleccionar los pacientes de menor costo -adultos jóvenes sin comportamientos de riesgo-, dejando fuera los más costosos, -ancianos, niños, enfermos crónicos-), práctica que constituye la base del negocio de compañías aseguradoras o de cualquier tipo de comprador con fines de lucro, en un marco de financiación capítativa no ajustada por características personales. Otras consecuencias afectan a la formación de los profesionales en actitudes favorables a la reducción de *barreras culturales* de acceso.

3. - *Prestaciones comprensivas y uniformes.* Acceso equitativo a un conjunto apropiado de servicios sanitarios, sin restricciones en las prestaciones ni en su calidad. La igualdad de oportunidades no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas, que podrían estimular comportamientos de azar moral en los ciudadanos y posibilitar atenciones inefectivas, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los fondos financieros. Lo que se convierte en imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones y hacerla de manera controlable públicamente. No hay que olvidar que esta tarea se ha venido realizando de manera implícita a lo largo del tiempo, por los profesionales sanitarios, como delegados históricos de los pacientes.

La necesidad de evitar los problemas de azar moral generados por los seguros, sean públicos o privados, sugiere la introducción de mecanismos de racionamiento en forma de precios, listas de espera o de límites a la cantidad. Los sistemas sanitarios públicos tienden a utilizar poco los primeros para no generar problemas de acceso, mucho los segundos, creando insatisfacción y, hasta ahora, profusa pero implícitamente, los terceros. Hoy se reconoce la necesidad de establecer las prioridades más explícitamente, mediante la definición y ordenación de las prestaciones (paquete asistencial) reconocidas como derecho a los ciudadanos.

Los criterios de inclusión en el paquete asistencial habrían de valorarse por su contribución relativa a la protección de la igualdad de oportunidades. (Ej. Categorías completas de servicios: prevención, asistencia domiciliaria, servicios de salud mental, que pueden afectar al nivel funcional). El criterio de la eficiencia contribuye a este objetivo, al ordenar prioridades en función de la efectividad y el costo de las prestaciones. Las prestaciones ineficientes no pueden contribuir a la igualdad de oportunidades.

Como criterios de exclusión se contemplarían: la ausencia de necesidad (quedaría pendiente la difícil cuestión de quién la define) y la ausencia de, o no probada, efectividad. El problema de los servicios no provistos en el paquete asistencial es que puede acentuar la distribución desigual de la enfermedad y de la renta entre las clases sociales: Los pobres están más enfermos y los más enfermos, más pobres. Es un problema de selección de riesgos. Respecto a la asistencia suplementaria, cuanto más extensa sea, mayor discriminación habrá en el sistema. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario.

El análisis comparado destaca como criterios de determinación de prioridades, la efectividad, la relación costo-efectividad, la relevancia para el sistema sanitario público (que deja fuera servicios efectivos para los consumidores pero irrelevantes para el decisor). Así, en Holanda, el comité Dunning recomendó que cada intervención sanitaria fuera analizada desde tres perspectivas: ¿es necesaria?, ¿Es efectiva?, ¿Puede ser dejada a la responsabilidad individual?

Junto a la elección de los criterios a utilizar, son igualmente controvertidas cuestiones como el rango de servicios a considerar, bienes privados (servicios personales) o públicos (salud pública), y los sujetos legitimados para establecer el racionamiento, además de la forma específica de hacerlo, ordenación versus catálogo de prestaciones, con inclusiones y exclusiones explícitas.

Las implicaciones de una atención sanitaria basada en algún mecanismo de determinación de prioridades son múltiples. Requieren perfeccionar los sistemas de información sobre efectividad de los procedimientos, homologar criterios de actuación mediante la elaboración de guías de práctica clínica y profundizar en la evaluación de tecnologías sanitarias. Afecta, además, a los derechos ciudadanos. No todo lo que existe y es autorizado públicamente es financiado públicamente. En consecuencia, define un área dejada a la responsabilidad individual.

4.- *Financiación equitativa: Contribuciones generales, separadas de riesgos.* Como obligación social que es, la provisión de servicios sanitarios para todos comparte las limitaciones del mecanismo asegurador que utilizamos para otras obligaciones sociales, como procurar la seguridad frente a la violencia (que generalmente sufren más los pobres pero financiamos todos, vía el sistema fiscal impositivo). En tal sentido, el riesgo individual no puede ser la base de la financiación. Se elimina así la selección de riesgos. En un sistema sanitario de financiación pública, en cada momento los más sanos financian a los más enfermos. No se debe cargar el costo sobre los más enfermos, lo que sugiere la minimización de deducibles, copagos, períodos de carencia, etc.

La idea de introducir el copago como estrategia de contención de costos podría resultar injusta, al desplazar costos de sanos a enfermos, e ineficiente, si pospone la utilización de los servicios impidiendo la prevención y la detección precoz, o si se establece sobre servicios de demanda inelástica respecto al precio. El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica, y para ampliar los ingresos financieros en servicios de demanda inelástica.

Las propuestas de introducir impuestos finalistas para aumentar la financiación sanitaria, sugeridas por algunos en España y USA mediante la utilización de impuestos “al pecado” (sin taxes) pueden ser también injustas desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades con responsabilidad (Roemer, 1996), si no se distingue, en los denominados riesgos autocreados, entre decisiones libres e informadas y otras. Por ejemplo, el fumar es común entre personas de categoría socioeconómica baja y menos común en otras categorías sociales más receptivas a mensajes de educación sanitaria porque su nivel educativo les ha hecho más competentes para ello. No se debería penalizar el consumo de tabaco indiscriminadamente, y sí contemplar las diferencias en la responsabilidad mediante los ajustes necesarios.

5. - *Financiación equitativa, según capacidad de pago.* La idea de la financiación sanitaria según la capacidad de pago encuentra su justificación teórica en las teorías más conocidas de la justicia, como la rawlsiana (transferir bienes sociales de los mejor situados a los peor situados puede aumentar el bienestar, aún cuando ello no exige que la imposición sea progresiva) (Rawls, 1971, 1993), e incluso en el utilitarismo (siendo decreciente la utilidad marginal de la renta, aunque en este caso habría que incorporar al debate la cuestión del exceso de gravamen, o efecto negativo sobre los incentivos a generar renta por parte de los contribuyentes que ven mermada su renta disponible debido al sistema impositivo). La capacidad de pago viene mejor reflejada en los impuestos sobre la renta, que serán, en consecuencia, preferibles a las cotizaciones sociales y éstas, a su vez, a las primas aseguradoras, que discriminan según niveles de riesgo.

6. - *Eficiencia (“Value for money”): Efectividad clínica.* No es ético derrochar recursos que podrían lograr más. Un sistema sanitario será más justo si establece mecanismos para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes y, en caso de ocurrencia, su tratamiento más costo-efectivo. Las propuestas de reforma pueden ser valoradas a este respecto con relación a los tipos de servicios en que ponen su énfasis, a si incorporan o no un plan de medición de la efectividad y planes para minimizar la infra y la sobre utilización. Este es el centro de todas las reformas sanitarias en curso y de las nuevas propuestas de incorporación sistemática de los principios de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Medical Technology Assessment) y de la Medicina Basada en la Evidencia (Evidence-based Medicine) a las decisiones clínicas. Algunas prácticas de asistencia gestionada (managed care) que resultan en una mera restricción de la utilización serían contrarias a este criterio.

7. - *Eficiencia financiera (“Value for money”).* Este criterio propone minimizar los costos de transacción y, consiguientemente, sugiere la superioridad del aseguramiento público sobre el privado (Arrow, 1963). Hace referencia, asimismo, a la elección de los mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios. En cualquier modelo híbrido por el que optemos (modelo entre los extremos jerarquía y mercado), el concepto, estructura y sistema de incentivos que incorporen los contratos que regulan las transacciones entre los distintos agentes es fundamental, tanto en el ámbito de los contratos de servicios sanitarios, como en el de la contratación externa de servicios generales de las organizaciones sanitarias.

8. - *Determinación de prioridades mediante procedimientos correctos.* Supone la evaluación económica de servicios con informes públicos (agencias independientes de evaluación) y procesos abiertos, democráticos, de toma de decisiones. Hacer explícitos los criterios de determinación de prioridades y aplicarlos sistemáticamente es la forma de cumplir este criterio. Junto con las dos anteriores características, las tres configuran el marco para la aplicación sistemática de la evaluación económica.

9. - *Comparabilidad.* La atención sanitaria ha de compararse con otros servicios sociales con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. Un presupuesto sanitario global ayuda a establecer la comparación con el esfuerzo en otros servicios. En principio,

no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país. La organización del sistema es más relevante que una cifra concreta de % PIB.

10. - *Libertad de elección por parte del consumidor.* Un sistema sanitario es más justo si respeta más la elección autónoma e informada de la gente. La mejora en la capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios. En tal sentido, se requiere una buena información al consumidor para facilitar el ejercicio de la elección. Este criterio, como los anteriores, puede entrar en conflicto con otros. Así, la elección de planes de seguro de diferente contenido prestacional puede afectar negativamente a la igualdad de acceso.

Criterios de determinación de prioridades

El establecimiento de prioridades en la política sanitaria se ha convertido recientemente en una de las tareas más controvertidas de las autoridades públicas en el proceso actual de redefinición de los sistemas sanitarios, debido a sus múltiples implicaciones éticas, sanitarias, jurídicas, sociales y económicas. Establecer prioridades es aplicar algún mecanismo de racionamiento que, en última instancia, selecciona quién recibirá y quién no servicios que proporcionan algún beneficio a quien los recibe. Pero esto se ha hecho siempre, aunque implícitamente, en todos los sistemas sanitarios. Su novedad se encuentra en la necesidad reconocida de hacerlo explícitamente, así como en la expectativa de su contribución a la reducción de la brecha existente entre la demanda y la oferta sanitarias, mejorando la eficiencia en la asignación de recursos. Se trata de una tarea apremiante por la exigencia de controlar la presión incesante al alza de los gastos sanitarios públicos, en un contexto de mantenimiento y mejora de la equidad y de una mayor presencia ciudadana en la toma de decisiones concernientes a los servicios sanitarios.

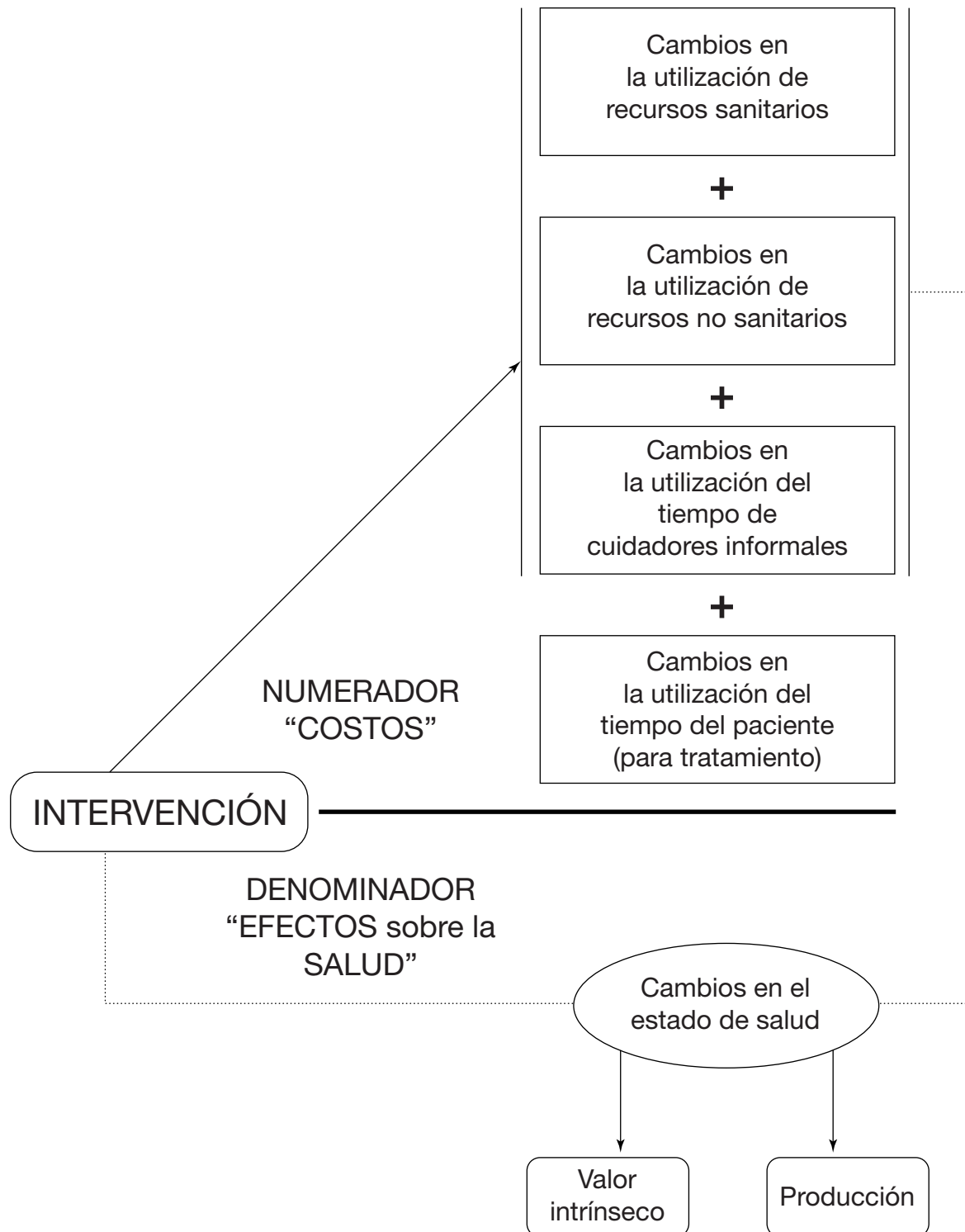
Discriminar en el acceso a los servicios en función de características personales tales como la edad, la ocupación, los hábitos de vida o el estado civil, algo que ocurre en los seguros privados, plantea problemas éticos. La ganancia en calidad de vida ha ido sustituyendo a la edad como criterio discriminador tradicional fundado en la cantidad de vida.

El debate actual se orienta hacia la fijación de criterios para la delimitación del paquete asistencial a proveer desde el sector público, al que todos los ciudadanos tengan acceso independientemente de su capacidad de pago o características personales, atendiendo a las limitaciones presupuestarias.

Muchos países han desarrollado mecanismos de definición explícita de prioridades en los últimos años, delimitando las prestaciones que serán financiadas públicamente, sobre la base de criterios diversos, predominantemente de efectividad y costo-efectividad. En España, existe un catálogo de prestaciones sanitarias para el Sistema Nacional de Salud desde 1995.

La economía puede contribuir al debate mediante el análisis del comportamiento de los agentes en la actividad sanitaria, la explicitación de los juicios de valor inherentes al proceso de racionamiento y la aportación de la metodología de la evaluación económica mediante el análisis costo-efectividad (ACE), como criterio de ordenación social de prioridades (Figura 1). Pese a su aparente aceptación generalizada, sin embargo, el ACE no parece haber concitado tal consenso cuando se analizan las experiencias concretas, debido probablemente a dificultades metodológicas y prácticas de aplicación, así como a la existencia de otros criterios complementarios o alternativos, de diferente contenido ético.

Figura 1. El Análisis Costo-Efectividad



Maximizar las ganancias en salud con recursos limitados solo puede hacerse ordenando prioridades en términos costo-efectividad. Es la aplicación del criterio de eficiencia económica. Algunas de sus limitaciones afectan al cálculo del costo (costo de oportunidad) y de la efectividad:

Con relación a la valoración de costos son cuestiones controvertidas:

- Perspectiva del análisis: la sociedad frente a otras perspectivas.
- Problemas éticos de inclusión de costos indirectos.
- Valoración de costos de oportunidad. Precios sombra en ausencia de mercados competitivos.
- El descuento de valores futuros.

Con relación a la efectividad son cuestiones controvertidas:

- Estimación de los QALY: dan importancia a la edad.
- Valoración de la vida humana: la disponibilidad a pagar versus teoría del capital humano.

Una limitación más fundamental del ACE el sustrato utilitarista en que se basa. Suma costos y efectos sin tener en cuenta sobre quien recaen, de modo que el menor costo por unidad de efecto es preferido a mayor costo por unidad de efecto independientemente de para quién y de la escala, por ejemplo.

El criterio de eficiencia ha de enfrentarse al de equidad y a otros posibles criterios que integran la función de bienestar social, utilizado por los responsables de la toma de decisiones, como la sensibilidad social o la oportunidad política.

Ética y eficiencia

El mensaje económico de la eficiencia encuentra, en ocasiones, reticencias entre los profesionales sanitarios, que ven en él una importante amenaza para el ejercicio de la libertad clínica y la ética médica concretada en el juramento hipocrático. El ejercicio profesional es visto desde esta perspectiva como la aplicación del principio ético de beneficencia, –actuar en beneficio del paciente, que incluye el mantenimiento de la vida, aliviar el sufrimiento, no dañar y decir la verdad– (Beauchamp y Childress, 1989, Gracia, 1989). En consecuencia, se ha de perseguir en todo caso el bienestar del paciente, independientemente del costo. La noción de costo de oportunidad, sin embargo, pone de manifiesto que en un contexto de recursos limitados “la decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negarlos a algún otro” (Williams, 1991). Por tanto, actuar sin considerar los costos sería poco ético. La escasez de recursos, por otra parte, impone límites obvios al ejercicio de la libertad clínica.

Otro principio ético, el de respeto a la autonomía, está cobrando relevancia en la atención sanitaria en nuestros días. Si bien se considera a veces como parte integrante del principio de beneficencia que ha de guiar la actuación profesional sanitaria, en la actualidad adquiere una interpretación diferente. La moralidad requiere actores autónomos y, por tanto, los pa-

cientos competentes deben poder elegir libremente, dar su consentimiento a los tratamientos que se les ofrecen o negarse a ellos. La libertad de elección (de médico, centro sanitario, e incluso de plan de asistencia sanitaria), una de las carencias fundamentales de los sistemas sanitarios públicos, añade valor en sí mismo a la asistencia sanitaria, pasando a formar parte del producto sanitario, junto a la satisfacción de los ciudadanos y la mejora en los indicadores de salud.

El ejercicio de este derecho de soberanía individual va extendiéndose cada vez más en la atención sanitaria, generándose en ocasiones conflictos con las decisiones basadas en el principio de beneficencia. Desde la perspectiva económica, este conflicto se interpreta en términos de la diferencia entre la demanda, –con base en la soberanía individual, que considera al individuo el mejor juez de su propio bienestar–, y la necesidad, –entendida como el juicio profesional acerca de la asistencia que el individuo precisa–. La actual tendencia a dar un papel más activo a los individuos en las decisiones sanitarias que les afectan, presente en todas las propuestas de reforma sanitaria recientes, es fruto del reconocimiento de la insatisfacción ciudadana respecto a organizaciones sanitarias fuertemente basadas en la oferta. La eficiencia requiere que la aplicación de este principio ético conlleve una corresponsabilización del paciente en la toma de decisiones evitando, así, comportamientos de azar moral, es decir, comportamientos que aumenten la utilización de servicios ineficientemente.

El principio ético de justicia se une a los anteriores complicando todavía más el ejercicio de la libertad clínica y alterando las bases individualistas de la ética médica. Este se refiere a los efectos distributivos de la actuación sanitaria entre los individuos de la sociedad. Según éste, la actuación profesional no puede plantearse desde la perspectiva del paciente individual sino que ha de contemplarse como una responsabilidad social respecto a un grupo de pacientes.

Los tres principios éticos, aunque frecuentemente en conflicto, están hoy presentes en las decisiones sanitarias y en el quehacer profesional sanitario. Igualmente, inspiran la tarea del economista. Puede decirse que la economía de la salud opera exactamente con el mismo código ético que la medicina. También desde la economía se trata de mantener la vida, aliviar el sufrimiento, minimizar el riesgo de daño, respetar los deseos de los pacientes, decir la verdad y garantizar una atención sanitaria equitativa. Resolver los conflictos que se generan en la aplicación de estos principios es una tarea central tanto para la gestión sanitaria como para la práctica médica. (Williams, 1991). Esta tarea exige comparar conjuntamente los costos y los beneficios de las acciones sanitarias. Tratar de contener los costos sin tener en cuenta los beneficios puede ser tan poco ético como tratar de maximizar los beneficios sin considerar los costos.

LOS ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES ANTE EL SIGLO XXI

Charles Griffin*

Coordinador: Guillermo González Prieto

Introducción

En primer lugar, vamos a detenernos un momento y observar la salud en el siglo XX. Ha habido cambios importantes en este siglo y vale preguntarse qué es lo que nuestros niños, nietos y bisnietos podrán hacer o decir sobre lo que va a pasar en el próximo siglo. También quisiéramos explicar con más detalles las funciones e intervenciones del Banco Mundial en el sector salud. Continuaremos después con la tesis que al final del siglo XX o los años '90 ha sido una década de reformas en el sector salud: reformas en el financiamiento y en la organización. Y finalmente creemos, y daremos razones para ello, que en los próximos cinco a diez años vamos a observar más cambios que se van a producir más rápidamente.

LA SALUD EN EL SIGLO XX

- **El rol del Banco Mundial en el sector de salud**
- **El fin del Siglo XX es la era de la reforma del sector salud**
- **El comienzo del Siglo XXI será la era de una reforma continua y más rápida.**

La salud en el Siglo XX

En el eje horizontal se consignan los ingresos per cápita en 1991 expresados en dólares estadounidenses. En el otro eje están expresadas las expectativas de vida al nacimiento

* El Dr. Charles Griffin actualmente trabaja en el Banco Mundial, tiene un doctorado en Economía de la Universidad de Carolina del Norte. Su post doctorado lo hizo en Economía Demográfica en la Universidad de Yale. Es profesor de Economía en la Universidad de Yale y en la Universidad del Estado de Carolina del Norte. También ha sido profesor en la Universidad de Oregon. Ha sido investigador asociado del Instituto de Investigación Urban Institute. Trabaja en el Banco Mundial desde 1993. Desde sus inicios el Dr. Griffin ha trabajado en proyectos relacionados con salud en la región de Africa hasta 1997. A partir de 1997 ha trabajado en temas sociales de América Latina. Desde diciembre de 1998 trabaja específicamente en salud en América Latina. Tiene varios trabajos publicados. Entre ellos, "La demanda de salud de atención primaria en los países en desarrollo", "Financiación de servicios de salud en Asia" y varios artículos sobre financiamiento del sector privado en salud y demanda del servicio de salud pública y privada.

o sea la Esperanza de Vida al nacer. Se puede observar entonces la relación que existe entre el ingreso y la expectativa de vida para lo que sería un período de 30 años dentro de este siglo. Y también se puede observar el cambio increíble que está teniendo lugar. Estados Unidos estaría ubicado como el país más rico ante el próximo siglo si tenemos en cuenta cinco mil dólares como ingreso per cápita. Si seguimos ascendiendo a lo que sería el ingreso per cápita en 1990, a alguien que está viviendo por ejemplo en un país con ingresos medios, en este caso va a ser mucho más bajo lo que sería el nivel más elevado con veinticinco mil dólares de ingresos per cápita. Teniendo en cuenta esta progresión a lo largo de todo el siglo, se puede decir que personas que hubieran sido más ricos a comienzos de los 1900, de todos modos hubieran tenido una salud peor que aquellos que están viviendo en los considerados países desarrollados, al final del siglo, que tienen una esperanza de vida al nacer de hecho mucho mayor que los más ricos de principio de siglo. Ha habido un cambio tremendo, y se puede agregar que esto es algo que no sucedió en ningún siglo previo al siglo XX.

Entonces a través de este gráfico podemos ver un logro muy importante, por el que rendimos sincero homenaje a los médicos, los economistas y demás profesionales del área de la salud que saben que ningún fenómeno puede explicar todo esto salvo la vocación que está cambiando el entorno, la tecnología, las habilidades. Los cambios fueron tan grandes que permiten ver un progreso como el que se ve a lo largo del último siglo. Y creo que aún con el mayor optimismo, era poco probable que una persona a principio de siglo hubiera podido predecir con seriedad y fundamento esto que ahora vemos como una realidad concreta. Y esto también podría aplicarse a nuestro caso en el momento actual, las condiciones que nosotros consideramos como de nuestro conocimiento en la actualidad se quedan acá, ni siquiera podemos imaginarnos lo que va a suceder. No obstante, los cambios van a ser increíbles porque podemos observar que estamos llegando a un estado muy importante con respecto al límite de vida. Es probable que los cambios demuestren que vamos a poder vivir quizás como si tuviésemos 20 años hasta que tengamos 80.

El Programa de Préstamos del Banco Mundial

Vamos a explicar algunos aspectos del programa de préstamos del Banco Mundial, mencionando algunas cifras:

Durante el año fiscal que finalizó el 30 de Junio de 1998 el Banco tuvo compromisos de aproximadamente veintinueve mil millones de dólares. Este año la cifra será similar. Tratemos de ver lo que sería el mundo de la salud dentro de estos programas de préstamos. En el caso de los Proyectos Nacionales de Salud (HNP), estos tienen asignado un 7% de los compromisos que realiza el Banco. Esto significa que no es sólo una cuestión de dinero sino que se trata de un compromiso o poder con este dinero en préstamo, que también podría leerse como “ vamos a asignar tanto dinero para salud.”

A los 56 años de haberse fundado, el Banco Mundial ha dado aproximadamente quinientos mil millones de dólares en préstamos para aproximadamente ocho mil proyectos en 138 países. Este volumen de préstamos en la última década ha fluctuado aproxi-

madamente 22 a 29 mil millones de dólares por año. Por lo tanto, la composición de este programa de préstamos en cuanto a las áreas de asignación y los montos relativos, ha cambiado mucho.

Respecto de estos cambios, se puede citar que en los '60 o en los '70 la porción más grande iba destinada a la generación de energía eléctrica, minería, gas, petróleo, transporte, y agricultura. Estos préstamos pertenecen a la etapa en la que el gobierno pensaba que tenía que hacer todo ello y el Banco Mundial prestaba dinero para poder hacerlo.

Las cosas han cambiado radicalmente en los últimos quince años, por lo tanto esos son sectores están muriendo para el Banco Mundial. Los gobiernos están empezando a hacer lo que deberían, o por lo menos lo que la mayoría de los economistas piensan que tendrían que hacer. *Esto significa que lo fundamental pasa a ser lo relacionado con la protección social, lo que incluye pensiones, jubilaciones, redes de seguridad para la gente, salud y educación.* Cualquier nivel gubernamental tiene presupuestos que están asignados para educación y salud y posiblemente también a caminos. Pero nuestra expectativa es que los programas de préstamos del Banco cambien sustancialmente en los próximos diez años, a medida que los gobiernos sigan enfrentando otros cambios.

El préstamo más importante es de un 21% sobre el total y se adjudica al rubro finanzas. Tiene que ver con préstamos para los gobiernos para que puedan ayudar a las instituciones financieras para poder mejorar el sistema financiero a medida que se va privatizando. Entonces, ese préstamo pensamos que también va a bajar. Mencionemos en relación a estos cambios presupuestos, que el Banco Mundial tiene un programa de préstamos que es muy dinámico como cartera y que depende mucho de los cambios de los gobiernos, ya que el Banco solamente presta a gobiernos.

Se puede afirmar que el aumento acumulativo en el sector salud en el programa de préstamos del Banco, evoluciona de aproximadamente un 1% en 1987 a 3,5% en 1998. Este 3,5% se mapea en lo que serían desembolsos de mil millones de dólares o quinientos millones dólares por año en salud. El resultado de todo ello es que, aún cuando tenemos una parte pequeña de la cartera en esto, el Banco Mundial constituye en este momento un organismo importante de ayuda para la salud internacional.

Si realizamos una especie de mapeo de la localización de estos proyectos, resulta interesante mencionar que toda América del Sur y el Caribe son lugares muy activos en lo que es el sector de salud. También son muy activos en Europa Oriental y en la ex Unión Soviética.

Tenemos una breve muestra de actividades en el Sudeste Asiático y en China. Probablemente Africa sea el sitio donde tengamos el peor registro. Vale recalcar que en general, los países que necesitan un grado mayor de asistencia, a la vez son aquellos que son más difíciles de proveer ayuda por la falta de instituciones. Ese es un tema sobre el que estamos actuando fuertemente en la actualidad

Un dato respecto a China es que en estos momentos está avanzando hacia un estado donde tienen que pagar una tasa de interés más elevada para los préstamos. Nuestra expectativa es que probablemente va a dejar de tomar tantos préstamos cuando tenga que pagar tasas tan altas.

Principales países receptores de financiación del B.M. para Proyectos Nacionales de Salud			
Países	U\$S millones	Países	Nº de Proyectos
India	2777	India	20
Méjico	1215	Argentina	6
Brasil	935	Brasil	5
Argentina	691	Méjico	4
China	594		
Bangladesh	490		
Indonesia	445		
Rusia	336		
Venezuela	248		
Nigeria	244		

Fuente: Banco Mundial. 1999.

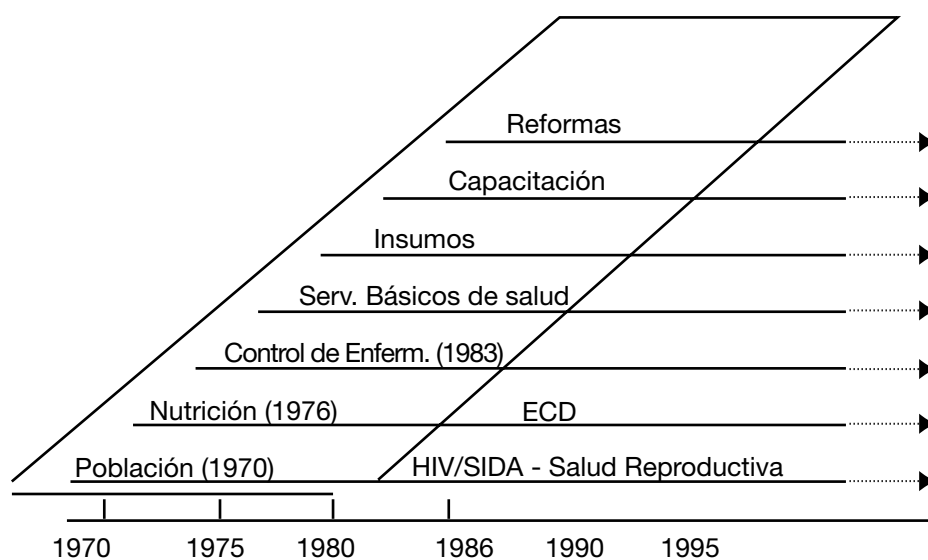
En la tabla precedente se puede ver cuál es la importancia de América del Sur para el Banco Mundial, en función de lo que sería la cartera actual para cada uno de los países. *En Argentina que es el número 4 desde arriba, la cartera para los préstamos en salud es de setecientos millones de dólares, menos de mil millones de dólares, lo cual obedece a seis proyectos.* Los países más grandes de América Latina, Argentina, Brasil y México tienen una participación muy importante en nuestros préstamos en salud. América Latina constituye el plan más importante en los préstamos en salud

Esta situación va a ser cada vez más importante. Si consideramos nuestros préstamos por año, veremos que el promedio por año es más elevado en América Latina que en cualquier otro lugar del mundo. *De acuerdo a nuestro plan de préstamos propuesto para los próximos tres años, en América Latina los préstamos en salud van a aumentar en aproximadamente un tercio.* La únicas otras áreas del mundo que son rivales son Europa y Asia Central. *La mayoría de los préstamos que estamos otorgando a América Latina y el Caribe, a Europa y Asia Central son préstamos para reformas en el sector salud y no para construir clínicas por ejemplo, lo que sí hacemos en países más pobres como los de Africa.*

También se han operado variantes en las líneas de productos más importantes que ha desarrollado el Banco Mundial en los últimos 20 a 25 años. Una vez más, esto nos retrotrae a la historia. Solíamos preocuparnos mucho por el crecimiento demográfico en casi todo el mundo, sobre todo en Asia Oriental y América Latina. En los '70 el Banco dio muchos préstamos para temas demográficos, situación que actualmente ha cambiado. *Pasamos a concentrarnos más en nutrición, control de enfermedades generales, áreas que tienen que ver con servicios básicos en salud, insumos o capacitación.* Gran parte de todo ello se ha centrado básicamente en países que han estado en transición, en esos casos los sistemas de salud se habían deteriorado mucho. En la actualidad todas estas líneas de inversión están activas. En ningún lugar de nuestra cartera van a poder ver que tenemos proyectos demográficos, sí van a identificar de nutri-

ción, van a encontrar que tenemos proyectos de salud, toda esta área se ha desarrollado. Todo esto ha caracterizado desde 1993-94 a lo que sería préstamos para las reformas en el sector salud.

Principales líneas de Productos



Las reformas actuales en el sector de la salud

Recapitulando sobre lo que decíamos al principio, al final del siglo XX podemos decir que tenemos una época donde podemos aprender para ver qué es lo que necesitamos en cuanto a reformas en el sector salud. Lo que hemos observado en todo el mundo es que hay un aumento muy rápido de los ingresos per cápita en todo el mundo, esto se dio sobre todo durante los '90. Hay un segmento muy importante de la población que está mucho mejor ahora que lo que solía estar. Tiene mejor educación y expectativas de vida más elevada. Las democracias han llegado al poder virtualmente en todo el mundo en los últimos diez años. *El resultado de todo ello es que ha habido un aumento en la demanda de los servicios de salud.*

Podríamos pensar que gran cantidad de la presión para la reforma del sector salud tiene que ver más que nada con el aumento de la demanda y que la gente quiere obtener más provecho del dinero que invierte. Para esto tuvimos que clasificar muchos elementos que aparecen en el sector. ¿Cuál es el papel del gobierno?, ¿cómo podemos hacer que el sector salud sea más creativo y flexible, para no tener estar presionando y para que las cosas se creen dinámicamente? Creemos que es muy importante que observemos cuál es el deseo de estas reformas en el sector salud, no sólo en función de los fracasos que se presentan sino porque hay un

cambio en la naturaleza de la demanda. También hay problemas difíciles. Por ejemplo la financiación de los servicios. Esto es muy importante para toda América Latina y también para Europa Oriental.

Algunos elementos clave en la reforma del sector de la salud

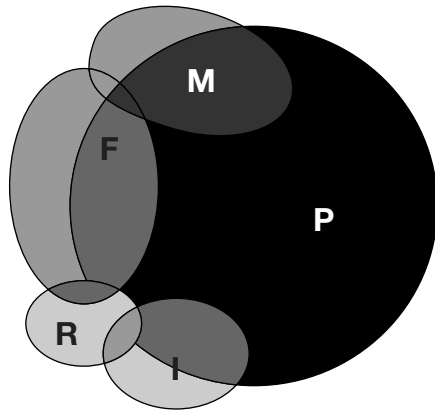
Esta es un área que tiene un cierto debate instalado. Por un lado están los que creen que dado el concepto de derecho a la salud, el gobierno debe realmente asegurar este derecho físicamente mediante los hospitales, médicos y enfermeras disponibles para la prestación del servicio. Quizás hay otras personas en el otro extremo que creen que debería haber una asistencia mucho más orientada hacia dar todos estos servicios de salud a otras personas, y que el gobierno no tiene que preocuparse de lo que es la salud de todo el mundo.

No entraremos ahora en este debate. Sí queremos decir que existe una revisión muy importante con respecto a cuál sería el papel del gobierno. Hay algunos temas clave incluidos aquí y consideramos que uno de ellos tiene que ver con cuál es el papel de un gobierno descentralizado en función del gobierno a nivel provincial o estatal. ¿De qué manera el gobierno puede salir del negocio de prestar el servicio e ingresar a lo que sería el más bien el negocio de reglamentación y afianzamiento? ¿Cómo puede ser que el gobierno salga del manejo y la administración de los médicos y las enfermeras, y más bien tener una mejor postura en la política de salud?

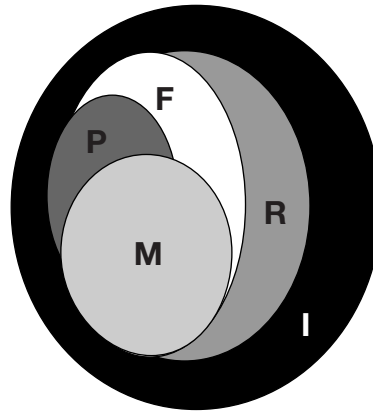
Coincidiendo con lo que dice Philip Musgrove, el gobierno tiene una serie de funciones que tiene que jugar dentro del sector salud.

- Una de ellos es asegurar que las personas estén bien informadas, lo cual significa informar a los pacientes, a los consumidores con respecto a sus derechos, las opciones que se les presentan, la efectividad de lo que se les puede hacer, etc. Sería una responsabilidad respecto del gobierno porque la información no suele ser algo que uno puede comprar y vender por lucro, sino que es fundamentalmente un bien del público.
- En segundo lugar, el gobierno tiene un papel en lo que es la reglamentación de las actividades de las compañías dentro del sector salud. Acá hay un espectro distinto de ideas con respecto a cuál debería ser la participación del gobierno en esta reglamentación. Un área muy interesante está referida a los Mandatos, es la legislación de las actividades que el gobierno quiere financiar. Es un área que es muy buscada en USA. Por ejemplo los acuerdos que muchas veces se hacen fuera de lo que sería el sistema legislativo en la industria del tabaco, de qué manera poder evitar litigios futuros. Otra área clave tiene que ver con financiamiento del sector, que es una actividad muy importante del gobierno y la tercera es la prestación. Lo que podemos ver en muchos sistemas muy orientados al Estado en los últimos cinco años es que la prestación tiene una participación muy importante en lo que hace al gobierno. De hecho, la prestación de servicios era como un sustituto de todas estas actividades en muchos sentidos.

Roles distorsionados



Roles del Gobierno en el Sector Salud



I: Información
R: Regulación
M: Mandatos
F: Financiación
P: Provisión

Roles más balanceados

De esta manera podemos ver que hay distintas herramientas que puede utilizar el gobierno para implementar sus políticas.

Lo que están haciendo las reformas del sector salud es cambiar estas funciones de modo tal que los gobiernos comprendan mejor su rol en cuanto a *cómo poder dar información a todos los actores del sistema y cómo hacerlo bien, lo cual incluye:* supervisión o vigilancia de enfermedades, clasificación de hospitales, es decir distinto tipo de información que pueda dar el gobierno a la gente para que puedan tomar mejores decisiones.

Luego, en lo que sería la actividad secundaria tendríamos la *reglamentación*.

Después, algo que está mucho más destinado a lo que es el financiamiento, *los mandatos también son muy importantes*.

También hay un lugar para lo que sería la *prestación directa*, porque los mercados no funcionan perfectamente en el sector salud en ningún lugar. Pueden observar dentro del sistema reformado un cambio muy complicado con respecto a la función del gobierno. No quisiéramos minimizar la dificultad que significa avanzar desde funciones distorsionadas hacia funciones más equilibradas, y tampoco sabemos si se ha hecho con éxito.

Elementos clave en la reforma del sector salud
CAMBIAR EL ROL DE LOS GOBIERNOS

- El gobierno es responsable por la gestión global del sector salud
- Mejorar el diseño de políticas y la capacitación en gestión
- Desarrollar la información para la toma de decisiones
- Descentralizar la autoridad
- Mejorar el diálogo con los aseguradores
- Dar menos provisión pero más regulación

Si se avanza en el gobierno en lo que es *el financiamiento* más que la prestación empiezan a surgir un montón de preguntas. ¿Cómo podemos hacer un pool de riesgos y para quién lo vamos a asignar? ¿Cómo las personas muy pobres que no pueden pagar los seguros pueden ingresar a éstos? ¿Cómo podemos asegurarnos que la gente que realmente está enferma puede estar incluida en estos pools para que el sistema de seguros no discrimine contra ellos y no trate de reducir los riesgos? ¿De qué manera contenemos costos dentro del sistema? Es muy fácil contener los costos en un sistema estatal porque dejamos de pagar por las cosas. Entonces no quedamos sin drogas, las personas no tienen cura, etc. Pero una vez que se empieza a hacer eso o empieza a pagar realmente se vuelve muy difícil mantener cierto tipo de contención en los costos.

Elementos clave en la reforma del sector salud
FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD

- Pool de riesgos
- Asegurar un nivel de financiamiento adecuado para la salud pública y los servicios básicos de salud para los pobres
- Contención de costos y disciplina fiscal
- Mejorar la transparencia en la asignación de recursos y en las prácticas presupuestarias
- Desarrollar, probar e implementar nuevos métodos de pago a los proveedores médicos

No obstante, la *prestación de atención de salud* tiene que ver con un punto diferente de lo que es financiamiento. Aquí lo más importante es cómo pensar dos cosas. ¿En qué medida el gobierno puede participar en los servicios de salud y a la vez cómo puede hacer formulación de políticas y acercarlas al paciente? Nadie que sepamos ha podido resolver este tema efectivamente y sin embargo siguen manteniendo al gobierno en este negocio.

Quizás la segunda parte sea más efectiva en función de cambiar la organización de la prestación separando la entrega de la financiación. Esto significa que el gobierno utiliza los medios financieros para comprar servicios para la gente.

Por último, algo que siempre mencionamos en el Banco Mundial son las asociaciones entre los sistemas públicos y privados, si bien no sabemos aún si hemos podido ver que funcionen con éxito estas asociaciones. Pero diríamos que si pueden separar lo que sería prestación y financiamiento, realmente esto es una muy buena tarea para empezar a construir estas asociaciones.

**Elementos clave en la reforma del sector salud
Prestación de Servicios Médicos**

- Descentralización de la gestión
- Separación de la prestación y la financiación
- Cambiar la estructura de los incentivos (el dinero sigue al paciente)
- Atención clínica versus internación hospitalaria
- Asociaciones entre los sistemas públicos y privados

Estos son los ingredientes básicos del sector salud y sus reformas. Cambió la función del gobierno, cambiaron los métodos de financiamiento, cambiaron la organización, lo que es la entrega del sistema.

Desde el punto de vista económico, creemos que todo esto pasa la cuestión de los contratos

Si pensamos desde el gobierno dentro de lo que sería un sistema previo a la reforma, en función de lo que sería un organismo que le dice a los ciudadanos de su país, *“Ustedes tienen derecho a tener ciertos beneficios de salud a partir de este gobierno, y ese es el contrato que tenemos con ustedes, es el paquete de beneficios, de prestaciones. Ustedes están comprando porque son ciudadanos contribuyentes de este país”*. Este sería el caso de un contrato de beneficios entre el gobierno y los pacientes.

El pago a los beneficios son los impuestos. No están vinculados plenamente pero están allí. Luego, los organismos del gobiernos tienen distintos contratos para poder suministrar estos servicios. Desafortunadamente, gran cantidad de estos contratos están en función de contratos de trabajo, donde tenemos quizás una integración del sistema a nivel vertical, y donde el gobierno hace todo desde lo que sería la parte superior hasta la visita a la clínica y estadía en el hospital. El contrato estipula que va a utilizar los contratos laborales, pero en éstos básicamente llegamos a ver características que impiden su vigencia en el sector público, porque a la gente no se la puede despedir, los sindicatos son muy poderosos. Se vuelve muy difícil para el gobierno como asegurador de los ciudadanos poder garantizarles servicios.

Desde lo económico, lo fundamental en la reforma del sector salud son los contratos

- Hay contratos implícitos y explícitos en todas partes
- Contratos de beneficio: entre el gobierno y los pacientes
- Las Agencias Gubernamentales contratan con los proveedores
- A menudo integrados verticalmente
- Los contratos claves son los contratos laborales – Básicamente no pueden hacerse cumplir en el sector público-
- Pero el principal contrato que resulta imposible de hacer cumplir es con los mismos pacientes
- ¿Cómo cambiar los incentivos mediante contratos que sí puedan hacerse cumplir?
- Contratos = Transacciones

Básica y centralmente, esa es nuestra visión personal de lo que significa la reforma en salud. Es decir, tratar de sacar estos contratos que no se pueden poner en vigencia entre los prestadores y los gobiernos, entre los pacientes y los gobiernos, y transformarlos en contratos que sí puedan ser puestos en vigencia y ser regulados.

Hay distintos tipos de reforma

Tenemos lo que es la reforma lenta y continua. Aquí incluimos a la Argentina, también incluimos en esa categoría a México, a Brasil, al Reino Unido que ha estado fluctuando pero las reformas son muy conservadoras si las miran con cautela. En el caso de México es algo más lento y continuo, están recién empezando.

Otra situación se da en países donde todo ha colapsado y están tratando de reconstruir el sistema. Rusia es un ejemplo, donde la reacción fue tratar de ir hacia lo que sería el seguro totalmente privado.

Otra categoría de reforma, acaso no hay ninguna reforma tan fascinante, es la que ha sucedido en los Estados Unidos en los últimos diez años. Recordemos que Clinton trató de proponer una reforma muy importante en el '93 que fracasó. Pero desde ese momento cuando menos de un 30% de los estadounidenses y la fuerza laboral estaba en el managed care, la atención administrada, las cosas cambiaron y podemos decir que hoy, aproximadamente el 80% de la fuerza laboral que tiene seguro privado está en el managed care. Es una revolución realmente, todavía no hemos podido observar cuál es el comienzo de todo esto. Muchos cambios en el sector salud americano han sido conducidos por la presión de los empleadores y por los aseguradores.

Tres enfoques de reformas en el sector salud	
<p>1- Big-Bang (Nueva Zelandia, Colombia)</p> <p>2- Lenta y continua (Canadá, Argentina, Méjico, Brasil, Reino Unido)</p> <p>3-Colapso y reconstrucción (Georgia, Rusia)</p> <p>4- Conducida por la presión de empleados y aseguradores (EE UU)</p>	<p>Consideraciones principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Considerar que no hay un molde impreso para todas las reformas -Contención de costos -Integración de reforma y calidad en la atención -Liderazgo económico y político -Rol de los ciudadanos -Ritmo de reformas -Los enfoques 1 y 2 son conducidos políticamente

Función del Banco Mundial en el sector salud en la Argentina

Proyectos Nacionales de Salud con financiación del BM (HNP) Argentina - 1999 -		
Proyectos	Año	U\$s
- Control de SIDA y Enf. Transmisibles	1997	15,0
- Salud y Nutrición Materno-infantil (I&II)	1994 (I)	100,0
	1997 (II)	100,0
- Reforma del Sector de Salud Provincial	1996	101,4
- Reforma del Subsector Salud en Seguridad Social (TA)	1996	25,0
- Reforma del Subsector Salud en Seguridad Social (SAL)	1996	350,0
- Salud Pública, Vigilancia y Control de Enfermedades	2000	52,5
- Seguro de Salud para Pobres	2000	4,85
- Reforma del Subsector Salud en Seguridad Social (SAL II)	2000	250,0
Total en curso: 6 Proyectos por U\$S 691,4		
Total con proyectos en Fase de Preparación: 9 proyectos por U\$S 998,75		

En el cuadro precedente, HNP significa población, nutrición y salud, pero básicamente es salud. Creemos que el Banco Mundial está tratando de dar respaldo a sus reformas. Aquí tienen una serie de reformas importantes. Hay seis proyectos actuales en etapa de implementación. A estos proyectos están comprometidos aproximadamente setecientos millones de dólares, que constituyen un 7% de lo que sería la cartera del Banco en la Argentina, que es de aproximadamente diez mil millones de dólares. Luego pueden observar en la parte inferior que si sumamos tres proyectos que van a comenzar en el año 2000 vamos a estar

hablando de una cartera total de aproximadamente mil millones de dólares en el sector salud en Argentina.

En lo que sería salud pública algo clave sería poder consolidar la función del gobierno. Esto tiene que ver con el control y la vigilancia de enfermedades, hacer cosas buenas para la gente pobre - sobre todo para los grupos vulnerables tales como las madres y los niños. Tenemos también respaldo para el proyecto LUSIDA (SIDA) y luego para lo que sería salud materno - infantil, lo que se llama PROMIN en Argentina.

Si atendemos lo que sería control de enfermedades y supervisión que es para el próximo año fiscal, se llama VIGIAL en Argentina. Este proyecto es para dar respaldo a la mejora del sistema de supervisión de salud pública. Básicamente se trata de un programa de capacitación muy amplio para poder mejorar el control de enfermedades y la información sobre salud.

Existe una serie de reformas que apuntan a seguros. En los préstamos para el '98 tenemos veinticinco millones de dólares y en la reforma trescientos cincuenta millones de dólares. Aquí tenemos lo que es la combinación de proyectos y cuáles son las ventajas. Podemos reformar todo lo que es las obras sociales. Luego tenemos PRESSAL, que es la reforma del sistema de salud provincial. Se trata de un proyecto fundamental para poder cambiar las estructuras de los hospitales a nivel provincial y para ver de qué manera los servicios públicos se pueden implementar en las provincias. Por lo tanto podemos observar que en Argentina estamos dando respaldo al proceso de reforma.

Reflexiones finales

Queremos transmitir por último es por qué consideramos que este proceso va a ser cada vez más intensivo en los próximos años. A medida que los gobiernos cambian, también cambia el Banco Mundial. Si recordamos lo señalado al principio con respecto a la distribución de los préstamos vemos que los gobiernos están teniendo en cuenta actividades fundamentales, luego de allí están pasando a las funciones sociales, y el Banco por supuesto los va a seguir. No creemos ser los líderes sino que más bien somos los seguidores.

En segundo lugar, la parte privada del préstamo, que se da a las corporaciones para poder dar préstamos en el sector privado, va a ser cada vez más importante en el sector salud a medida que hacemos una división en lo que es financiamiento y prestación. Dado que el CFI va a estar participando, va a tratar de atraer mucho más capital por la prestación de servicios de salud, al menos así lo imaginamos. Como resultado de estos cambios, al tener un sector privado más fuerte, la gente va a recurrir mucho menos a los gobiernos para la prestación de servicios, y vamos a tener mucho menos presión sobre los gobiernos y también sobre el Banco para poder dar mayor respaldo a las reformas fundamentales. Va a haber también gran necesidad de financiamiento para la transición. Esto es básico.

Algunas conclusiones

Los préstamos del Banco Mundial en salud van a aumentar. Pero no tenemos que estar dando préstamos ya a los hospitales ni a la construcción de escuelas sino que más bien tenemos que dar préstamos para las reformas fundamentales en este sector. Algunas personas lla-

man esto la tercera ola de reformas. El gobierno se reformó primero a sí mismo haciendo una apertura de las economías al exterior. En segundo lugar tuvimos la ola de reformas en que hubo privatizaciones de muchas actividades gubernamentales, como las telecomunicaciones y la titularidad de distintos tipos de actividades productivas. Ahora la gente está diciendo, la tercera ola de cambios tiene que ver con prestar atención al sector social y empezar a trabajar para darle sentido desde lo que sería la función del gobierno en el sector social. Esto se puede ver en todo el mundo.

La función del CFI va a ser la de expansión muy rápida, con esto no queremos decir que se deba a que haya misterios sino más bien porque el CFI tiene personal que está haciendo negocios y operaciones con el sector privado. Tan pronto lo tengan, va a haber flujo de capitales privados que van a ingresar y van a venir a estos nuevos sectores. Así es que creemos que va a haber un cambio muy importante en esa área.

La era de la atención administrada (*managed care*) está recién empezando. Estamos viendo el comienzo. A menudo la gente piensa que el sistema de capitación o la atención administrada llegó a su pico y que la gente se está quejando al respecto. Nuestra respuesta es que no, y la mejor prueba que tenemos es la adopción de este modelo en el sector privado de los Estados Unidos. No porque público lo exija sino que más bien se trata de una nueva tecnología, un nuevo producto, que es más económico y da mejor prestaciones de servicios. Va a arrasar todo el mundo. Probablemente estemos equivocados, pero sí hay indicadores de que este es el sentido que está tomando. Una vez que hayamos avanzado en el sentido de la reforma del sector salud, va ser algo diario y vamos a tratar de mejorar el sistema a diario tratando de dar incentivos a medida que surgen los problemas. No obstante, creemos que nunca vamos a tener los incentivos correctos o perfectos dentro del sector salud.

¿DONDE FALLAMOS?

- En entender los costos de la transición en las reformas y cómo superarlos.-
- En confundir descentralización política con mejora en la gestión
- En mostrar un camino factible para la reforma
- En comprender los costos administrativos y de transacción
- En consolidar las corporaciones en el campo de la atención de la salud
- En medir los impactos

Por último quisiéramos referirnos a algunos elementos importantes sobre dónde creemos que estamos fallando. Las cosas pueden mejorar fácilmente. En primer lugar pensamos que no entendemos bien cuál es el costo de la transición en la reforma. Estuvimos hablando sobre lo que sucede cuando tratamos que un hospital público sea una institución autónoma. En primer lugar, todos los que están trabajando se asustan, no saben lo que les va a pasar. Los pacientes tampoco saben lo que les va a pasar. Entonces, podríamos decir que estamos trabajando en una caja negra, que está llena de gente que tiene problemas diarios, y no entendemos qué es lo que necesitamos para avanzar en este período de transición. Lo que queremos significar que nos encontramos en etapa cero y queremos llegar a uno. Por lo tanto, hay que ha-

cerlo, hay que avanzar. No sabemos cómo hacer este paso. Hay experimentos distintos en todo el mundo con respecto a cómo dar este paso. Probablemente nuestra función es poder mostrar cuáles son los casos que han tenido éxito y poder comprender cuál es el camino mejor. Es imposible que todo el mundo gane dentro del sistema, pero tenemos que pensar en el mejor camino para todos. Hay que hacer que la gente esté a favor de la reforma y que puedan verse mejorando a través de esta reforma.

Hay que consolidar las corporaciones. Hacer que los hospitales sean autónomos. ¿Cómo podemos hacer que todo esto funcione? y ¿cómo podemos medir el impacto de estas reformas? A menudo se cree que se mide en función de las mejoras en la salud. No podemos hacerlo de esta manera, sino que tenemos que apuntar a medir esto como lo haría un empresario privado. Es decir, ¿al paciente se le da un mejor servicio medida que ingresa?, ¿podemos demostrar que va a haber un manejo más eficiente mientras la persona está en la clínica o en el hospital?, ¿qué es lo que sucede a medida que reducimos el tiempo y aumentamos la calidad?

Tenemos que tener mejores mediciones del impacto de estas reformas. Este es el desafío que enfrentamos. Además tenemos que ser inteligentes para poder consultar a las personas que están dedicadas a hacer que este sistema de salud mejore. Esperamos que nuestras palabras hayan sido optimistas. Estamos en un camino, vamos a seguir avanzando y creemos que va hay muchos beneficios para todos nosotros que estamos pensando esto plenamente.

CONCLUSIONES

LOS PRÓXIMOS CINCO AÑOS

- Los préstamos del Banco Mundial para salud continuarán expandiéndose a medida que el rol de los gobiernos vaya cambiando
- Los préstamos del IFC aumentarán aún más rápido a medida que el rol del sector privado se expanda y cambie
- La era del Managed care está apenas comenzando
- La Reforma se transformará en un proceso continuo de mejora en la organización de la salud
- Lo cual hace prever empleo de por vida para los economistas.

LO PRIVADO EN SALUD

**Expositores: Jorge Aufiero, Pablo Giordano,
Hernán López Bernabó, Norberto Larroca**

Coordinador: Héctor Vazzano

Presentación

Han participado en esta mesa los máximos referentes del sector. El Dr. Jorge Aufiero, médico, presidente de la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina -CIMARA- y profesor de Economía de la Salud de la UADE. El Dr. Pablo Giordano, presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga, presidente de Staff S.A. y consejero de la Asociación Latinoamericana de Medicina Integral -ALAMI. El profesor Hernán López Bernabó, presidente del Centro de Industrias de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos -CILFA y Vicepresidente Primero de Microsules Bernabó Laboratorio de Especialidades Medicinales. El Señor Norberto Larroca, presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados -CONFECCLISA, presidente de la Cámara Argentina de Empresas de Salud -CAES y vocal de AES Argentina.

Jorge Aufiero*

La visión del Sector Privado de Atención de la Salud

Comencemos tratando de dar la visión que el sector privado, particularmente la Cámara que presidimos, tiene sobre el enfoque de la atención de la salud de nuestro país.

Nuestra visión es un sistema de salud que contenga tres elementos capitales: la equidad, la eficiencia y la libertad. En este encuentro hemos escuchado hablar sobre equidad, poco sobre eficiencia y cero sobre libertad. Trataremos entonces de equilibrar los conceptos, porque consideramos que son condiciones necesarias pero no suficientes. Son suficientes si las tres están juntas, si las tres se cumplen y si se cumplen armoniosamente. Esta es la única forma de proveer un acceso universal, y también por otro lado al ser un sistema justo, hacer que logre la aceptación de toda la comunidad. Obviamente, esto es mucho más fácil decirlo que

* Presidente de la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA). Profesor de Economía de la Salud de la UADE.

hacerlo por eso trataremos de ejemplificar a través de la evolución del sector cómo nosotros hemos planteado esta situación y configurado, a través de esta visión, *nuestra misión*. Esta última consiste en *brindar un servicio de alta calidad médica a un consumidor altamente informado a un costo que pueda ser pagado*.

¿Cómo se logra esto? No es fácil. Nuestra postura es más de subsidio a la demanda que subsidio a la oferta y el planteo es que haya un sistema nacional de salud, con un plan nacional de salud, resultado de manejar a través del hospital público como eje fundamental todo el sistema de salud, como masa crítica y reguladora sobre todo de la calidad médica.

Por otro lado, debe ser un seguro de salud basado en los aportes de los ciudadanos para poder tener acceso a un mercado altamente competitivo. La primer pregunta es cómo hace el señor que no tiene los medios para llegar a ese mercado altamente competitivo. La respuesta es que sea a través de un *voucher* provisto por el Estado proveniente de Rentas Generales. Ese subsidio debe ser de 0 a 100. El primer caso se orientaría a aquel que se puede manejar por su cuenta, a ese no se le daría subsidio subsidio. El otro extremo, 100 sería para quienes estén desocupados. Y en el medio se ubicarían todas las variables hasta llegar a la cifra media del mercado. En este caso, hablamos de un mercado en el cual, con las prestaciones normatizadas del Estado (un PMO bien discutido), todo el mundo tenga acceso universal a ese sistema y por otro lado tengan la capacidad de elegir lo que consideren más conveniente.

Es sabido que el famoso tema del consumidor super informado es muy difícil de lograr, porque desgraciadamente lo nuestro es muy complejo. Es mucho más complejo que los rubros de bancarios o aseguradoras. En ese tipo de economías las asunciones se cumplen generalmente en un 60 o 70% de los casos, porque sino se produce un colapso. Pero nos gustaría saber si un país deja de atender a la gente porque hubo una crisis en Asia qué pasaría. Pensemos que si un economista médico hace quince años hubiera dicho “*Bueno, ahora va a haber una enfermedad nueva que va a tener una incidencia tal, una prevalencia tal, va a matar tanta gente y el costo promedio mensual del remedio va a ser de 1200 pesos*” Bien, ninguno hizo esto, y sin embargo algo así realmente pasó, y nos encontramos con la enfermedad del SIDA y como seres humanos estamos obligados a atender esta enfermedad.

Con respecto a nuestro país, tratando de quitar en lo posible toda ideología al tema y hacerlo lo más técnico posible, nuestra tradición hace que siempre sigamos hablando de los subsectores. El subsector público, el subsector de las obras sociales y el privado con los cambios que se han ido sucediendo. Estos cambios no han sido otra cosa que simplemente llenar un nicho del mercado. Cuando la medicina se hizo más cara, más compleja. Cuando la tecnología se puso entre el médico y el enfermo y la industria que renta con eso se introdujo entre el paciente y el médico, surgió la rentabilidad del sistema, los costos se fueron para arriba y la gente fue perdiendo la capacidad de pagar de su bolsillo. De esa manera y dicho resumidamente, surgieron los planes alternativos.

La imagen del sector privado

Sería interesante puntualizar dos o tres cosas. Primero, algo sobre la imagen del sector privado de la salud.

En general parece que es un sector que está dedicado a gente de clase alta y media alta. Esto podemos afirmar que es una gran mentira simplemente porque el número no cierra. Atendemos a los ricos, a la clase media alta y a la clase media baja. Cuando el señor ministro de economía hizo los cálculos para colocar el IVA al 21%, lo que nadie le dijo es que el 75% de nuestra clientela proviene vía obra social de alta dirección o de convenios con obras sociales, lo cual significa que el 75% de nuestra clientela no va a pagar el IVA. Shell, Ford, Phillips, están adheridas a empresas de la Cámara y las empresas no iban a tributar.

Después venía el efecto cascada típico conocido por todos los economistas, por el cual el que está en un plan alto va al mediano, el del mediano al bajo, el bajo se cae, si tiene la suerte de estar casado con alguien que trabaja y tiene cobertura se adhiere a esa cobertura y si no va al hospital público. Si uno prevé que va a tomar una medida así y tiene dos dedos de frente la primera precaución que va a tomar va a ser reforzar el presupuesto del hospital público. Fue exactamente lo opuesto, le sacaron dos millones al Hospital de Clínicas, se disminuyeron también los aportes al Plan Materno Infantil, etc.

¿Entonces quién paga el IVA? ¿Ese 25% quién lo va a pagar? Un sector que personalmente, si fuéramos gobierno no nos importaría, porque es la clase adinerada. Pero hay un sector que sí nos importaría mucho. Un señor que tiene un kiosco, que gana 1100 pesos y es socio de un prepago X, que tiene una enfermedad, no se puede borrar. Y ese es el señor que lo va a pagar. Los otros bueno, será justo o injusto pero la realidad es que no les afecta.

Vamos a razonar para atrás. ¿Cuántas veces estamos pagando nosotros por salud? Si vivimos en Capital o en Gran Buenos Aires pagamos los impuestos con los cuales ayudamos a mantener los 33 hospitales de la Capital o los que viven en otras comarcas los otros hospitales. En segundo lugar, si tenemos una industria o comercio, pagamos un 3% de ingresos brutos que también va al mismo destino. Los que pagan ganancias a través de rentas generales mantienen los hospitales nacionales y los provinciales, pero también muchos hospitales de gran categoría como son los dependientes de la Universidad como son el Clínicas, el Roffo, etc. Después para los que están en relación de dependencia y afiliados a una obra social, el 8% de sus sueldo va a la obra social correspondiente. Y después de todo eso, si el señor no está contento con la atención que recibe se hace socio de un plan privado, en el cual vuelve a pagar los ingresos brutos y ahora quieren cobrar el 21% de IVA. Se sabe que el IVA es un impuesto al consumo. Esta gente debe pensar que un señor enfermo de cáncer, consume cáncer o que un enfermo de SIDA, consume SIDA. El tema no pudo ser discutido y no pudimos ser escuchados, pero fundamentalmente no lo fuimos por una razón más filosófica que de otra índole.

Comentarios finales

Queremos dejar bien claro que como se dijo durante la primera parte de este encuentro y con lo que coincido totalmente, los dos grandes igualadores sociales son educación y salud. Y hasta que no se entienda que son inversiones y no gastos, pensamos que no se puede continuar discutiendo.

Reafirmamos asimismo todo lo que se dijo haciendo hincapié en dos aspectos. Nuestro deseo como argentinos es que todos tengamos igualdad de posibilidades. Los dos grandes igualadores son educación y salud y en la línea de largada todos tenemos que estar en la misma posición. De ahí en adelante, cada uno es dueño de su vida y de sus actos.

Para reafirmar esta política nosotros hemos trabajado treinta y pico de años. Hemos crecido, tenemos una población que nos elige voluntariamente, y dicho de este modo, nos vota pagando la cuota mensual. Se dice que tenemos un esquema para ricos, pero en realidad nuestros tres millones de afiliados son sobre todo de clase media y clase media baja. Estamos en un esquema absolutamente solidario. Cumplimos con todas nuestras obligaciones, y en todas las empresas que están adheridas a las empresas de medicina prepaga de nuestra Cámara, tanto el presidente de la compañía como el operario con el menor salario, reciben exactamente el mismo plan. Esta demistificación del sector, que es medicina para ricos, que el esquema no es solidario, son falsas.

Por último, frente a cualquier esquema teórico, lo nuestro es una realidad. El que lo quiera ver va y lo toca. Se ha cumplido. En caso de no cumplirse está la justicia como para que cada consumidor pueda presentar las quejas que le parezcan convenientes.

Pablo Giordano*

La situación del subsector privado

Esta exposición tiene como objetivo hablar de lo privado en salud y la situación del subsector privado que representamos.

No es ninguna novedad que el financiamiento de la salud es uno de los grandes problemas del fin de siglo. Agravado además en nuestro país a causa de la situación económica, las pujas políticas, los problemas gremiales y la crisis social en general. Este escenario vale tanto para el sector público y el de la seguridad social como para el sector de las prepagas. Ninguno de estos tres subsectores realizaron oportunamente las transformaciones que se requerían mientras la situación no era tan apremiante. Se llega hoy así a un panorama crítico, donde en la emergencia es mucho más difícil producir las transformaciones necesarias en tiempo y forma.

El sector privado comenzó la actividad tal como hoy la conocemos a comienzos de la década del '60, para ocupar un espacio en el sector de la salud, ante las dificultades de una parte de la población para solventar en forma personal las contingencias de la enfermedad. Debemos reconocer que sin lugar a dudas, nuestro sector transitó un período de crecimiento prolongado y sin mayores turbulencias durante el cual pudo desarrollarse. Trataremos de sintetizar qué pasó en distintos períodos, lo cual no es fácil ya que de acuerdo con los

* Presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP). Presidente de Staff Médico S.A. Consejero de la Asociación Latinoamericana de Medicina Integral (ALAMI).

cambios de políticas y otros propios de la actividad, no se puede estratificar prolijamente por décadas.

Evolución del subsector privado. Período 1960 - 1979

Factores positivos:

- Sectores de la población que tenían capacidad para acceder a un sistema privado.
- Había un número limitado de instituciones. En ese período del '60 al '79 había 60 empresas relevadas.
- Razonable y gradual incorporación de tecnología. Recordemos que lo más costoso que había en las primeras épocas era el electroencefalograma, que hoy en día creo que no supera los 10 pesos.
- Rentabilidad financiera.

Factores negativos:

- Escaso profesionalismo de los niveles gerenciales, porque la actividad se desarrolló en forma casi artesanal ya que la iniciamos los propios médicos.
- Rechazo de los prestadores a aceptar el sistema. Recordamos que armar las primeras cartillas de prestadores con los profesionales que nosotros considerábamos idóneos fue una tarea muy difícil. Los prestadores no conocían esta incipiente actividad médica prepaga y tenían suficiente trabajo en su actividad privada.
- Falta de conocimiento del público, potencial cliente del sistema, conocía este tipo de cobertura. A modo de anécdota digamos que, si le preguntaban a uno donde trabajaba, al escuchar la respuesta "*Yo dirijo una empresa de medicina prepaga*" se quedaban mirándolo como diciendo de qué les estábamos hablando.

Evolución del subsector privado. Período 1980 - 1990

Factores positivos:

- La gente ya aceptaba la cobertura médica privada, entendiendo que era una de sus necesidades.
- Máxima rentabilidad por los altos índices inflacionarios.

Factores negativos:

- Falta de planificación de parte del Estado en el área de salud. El sector había crecido suficientemente y hacían falta reglas. Nuestro sector no era tomado en cuenta por el Estado. No molestábamos mucho tampoco pensaban que fuéramos útiles para nada y vivíamos aislados.
- Aumentaba la competencia. Ya había 118 empresas de prepaga.
- Acelerada incorporación de tecnología, una verdadera explosión tecnológica. Como a los médicos nos gustan los "chiches", usábamos todos los aparatos indiscriminadamente, a veces sin estar convencidos de su real beneficio.

Evolución del subsector privado. Período 1991 - 1999

Factores positivos:

- El gerenciamiento se ha profesionalizado. Los médicos solos no podíamos manejar una empresa de salud, entonces empiezan a incorporarse técnicos y gente especializada en las diversas áreas.
- Con la convertibilidad, se estabilizan los precios.
- Se pudo empezar a trabajar en ingeniería de costos. Ya empezábamos a saber cuánto nos costaba hoy, la semana que viene, dentro de un año, y entonces podíamos comparar lo histórico de un período con el otro.
- Se incorporaron nuevas formas de contratación de prestaciones. Empezamos a entender que el pago por prestaciones no podía mantenerse. Teníamos que empezar a compartir una parte del riesgo y el costo de cada prestación con el prestador.

Factores negativos:

- La rentabilidad financiera que cubría cualquier error que cometiéramos no estaba más. Nos dimos cuenta que teníamos que adjudicar muy bien cada peso porque no había quien tapara los errores.
- Empieza una concentración de la oferta por ingreso de operadores genuinos de la actividad y otros a través de fondos de inversión.
- Se reduce la demanda potencial.
- Por pérdida del poder adquisitivo de la clase media.
- Por competencia de las Obras Sociales. El sector de obras sociales empieza a incursionar en el sector privado con sus planes para adherentes voluntarios - mientras que el sector privado no puede hacerlo sobre el sector de la seguridad social.
- Luego hay un avance del Estado hacia el sector privado de la salud, que en lugar de llevarse a cabo n forma armónica, programada, integradora, es una serie de espasmos que generan entre otras cosas confusión, inequidad e inseguridad jurídica.
- El PEN presenta al Congreso Nacional en Junio de 1997, el Proyecto de Ley de la Regulación de la Medicina Prepaga. Estimamos como positivo disponer de una regulación específica y reglas claras para trabajar honestamente en esta actividad. Ingresa al Senado en Julio de 1997, el Banco Mundial tuvo mucho que ver porque presionó fuertemente al Gobierno para que se regulara al sector privado, a efectos de ponerlo en competencia con la Seguridad Social. Lamentablemente, el Proyecto no fue tratado por el Senado de la Nación y a la fecha ha perdido estado parlamentario.
- La Ley de Defensa del Consumidor comenzó a ser aplicada. Si bien todos sufrimos como consumidores y apreciamos estar defendidos, los inicios de una nueva normativa tiende a desplazar el péndulo hacia el extremo opuesto. Se produce entonces que el consumidor tiene razón en todo, tiene derecho a todo y esto no es tan así, debe existir siempre un punto de equilibrio.
- Aparece en enero del '97 la Ley 24.754 del Programa Médico Obligatorio. Si bien un Programa Médico Obligatorio tiene absoluta lógica, especialmente en salud, un Programa cuyos alcances no están claramente determinados, en una Ley de un solo

artículo y sin reglamentación, diseñado para una población cautiva de la seguridad social, y que obliga a cubrir a un sector absolutamente voluntario como, es una aberración jurídica.

- Avance del Estado sobre el sector privado de la salud. Y entonces aparecen resoluciones.
- Ya está la Superintendencia de Servicios de Salud que hace sus resoluciones. Nosotros como sector privado no tenemos nada que ver pero sin embargo esas resoluciones nos tocan y no podemos discutir las porque al no estar regulados, no dependemos de la referida Superintendencia. No estamos ni de un lado ni de otro, lo cual trae muchísimos problemas de interpretación.
- Como si el escenario no fuera caótico, se sanciona la extensión del IVA a la salud. Al respecto también nos preguntamos: ¿la salud es una inversión? ¿un gasto? ¿medicina para ricos? La verdad es que en las empresas no vemos a los ricos, estos toman sus aviones privados y se van a atender a Houston o a donde les place. Cubrimos todos los niveles sociales.
- Luego, la legislatura del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires sanciona su Ley de Salud. Me parece muy bien que el gobierno piense en salud, pero sería hora que todos se sienten y consensúen los proyectos porque caso contrario, esto será un caos. Los que por suerte o por desgracia vivimos en la Capital, tenemos la Secretaría de Comercio como órgano regulador de la Ley Defensa del Consumidor, pero además el Municipio tiene delegada la misma función. Entonces estamos tironeados por todos lados. Ahora hay un proyecto para hacer el Instituto Nacional del Consumidor, por si lo que existe no fuera suficiente.
- Un tema que no tiene que ver específicamente con el Estado es el incesante aumento del gasto médico global, que preocupa seriamente entre otros al Banco Mundial, el Fondo Monetario, el BID y Estados Unidos. ¿Cuáles son los motivos del mayor gasto médico?:
- La incorporación de tecnología. Gracias a ella, se pueden salvar muchas vidas, pero lamentablemente, vamos a llegar a un punto en el cual no vamos a tener con qué pagar esas vidas que salvamos.
- Detección de nuevas enfermedades que antes no eran conocidas.
- Incremento del uso de los servicios de salud con mayores exigencias de los usuarios.
- Extensión de la expectativa de vida de la población.
- Aumento del costo de los medicamentos. El mismo acumula un 180% desde la convertibilidad hasta la fecha.
- La sobreprestación que a veces hacemos los médicos para cuidarnos de las posibles demandas por mala praxis.
- A esto se suma todo lo que está sucediendo desde el punto de vista de las fusiones, adquisiciones, etc. Es decir, se van comprando empresas lo cual está bien dentro de la libertad de mercado. Pero esto está trayendo mucha confusión.

Fusiones y adquisiciones de Empresas de Medicina Privada					
Comprador	Año	Procedencia	Empresa	Figura	Nombre
Intersalud	1994	Chile	Ceprimed	Compra	Ceprimed
			Mediplan	Compra	
Principal	1995	EE.UU.	Qualitas	Compra	Qualitas
				30%	
Grupo Excell	1995	Fdo. Inversión	Galeno	Compra	SPM
			Life/TIM		
Omaja1996	Argentina	Top Family	Compra	Omaja	
Swiss Medical	1997	Argentina	CIM	Compra	Swiss Medical
			Salud		
			Diagnos		
			Optar		
Intersalud	1997	Chile	Cl.Olivos	Compra	Cl.Olivos
			Clio		Clio
HSBC1997	Inglaterra	Docthos	Compra	Docthos	
Sanitas	1997	Colombia	Nubial	Compra	Sanitas/Nubial
Adeslas	1998	España	Adeslas	Compra 50%	Adeslas
Aetna1999	EE.UU	Amsa	Compra	Amsa	
BBV 1999	España	Adeslas	Compra 50%	Adeslas	
Particular	1999	Argentina	Ceprimed	Compra	Ceprimed

Fuente: ADEMP. 1999

¿Cuáles son nuestras conclusiones?

- El Estado debe fijar las normas para que los tres subsectores funcionen de forma armónica, con equidad, con normas que deben ser claras y estables en el tiempo con mínimas correcciones.
- Asimismo debe tener en cuenta que los recursos disponibles no son ilimitados y es inexorable fijar prioridades y limitaciones.
- Debe definirse de una vez por todas cuánto estamos dispuestos a gastar en salud y en qué lo vamos a gastar. En salud la demagogia tiene nefastos resultados.
- Las obras sociales deben decidirse a privilegiar la atención de la salud por encima de la política sindical. Mientras rechacen la sana competencia no harán las correcciones que el sector de la seguridad social viene demorando. Si yo pienso que cuando mi mujer sale a la calle otros hombres la van a conquistar es porque no tengo confianza en mi propio

valor. Si las obras sociales piensan que no pueden competir con el sector privado porque les va a sacar los asociados, evidentemente no están convencidas evidentemente no están convencidas de estar en condiciones de demostrar las bondades de sus servicios.

El declamado descreme de las obras sociales tiene en mi opinión un solo responsable, las propias obras sociales. No les ofrecieron a sus afiliados de alto aporte un plan superador, creían que todo el mundo debía recibir lo mismo y los afiliados comenzaron a migrar.

Voy a hablar de la medicina prepaga. Dije muchas veces que en nuestro medio, en nuestra actividad, hay empresarios ricos con empresas pobres. Que en las épocas de bonanza no nos preocupamos por incorporar beneficios sociales que la integraran más fuertemente a la sociedad. Que nuestras empresas privilegiaron la rentabilidad financiera en desmedro del trabajo prolijo sobre la genuina rentabilidad operativa que debemos tener. Debemos reconocer el individualismo, a veces salvaje, que primó por años en la medicina prepaga. Somos conscientes que las pequeñas empresas no pueden enfrentar este desafío del cuidado de la salud que conlleva hoy en día y estas empresas deben buscar alianzas estratégicas que les permita subsistir. Si las normas básicas de salud son permanentes y armónicas el sector privado podrá y deberá reinvertir en la actividad.

Para terminar debemos aceptar que en el escenario del cuidado de la salud se ha producido un cambio profundo en la última década y es por ello que ninguno de los subsectores está en condiciones de continuar con las mismas herramientas que en el pasado sin un programa integrador del Estado aún cuando cada subsector realice los cambios seguirán siendo insuficientes y seguiremos dilapidando recursos.

Hernán López Bernabó*

La industria farmacéutica en el escenario nacional

Veamos en primer término una breve descripción que nos permita visualizar lo que es nuestra industria farmacéutica.

- Está compuesta por 250 compañías, de las cuales 210 son nacionales y 40 son extranjeras.
- Muestra una facturación anual de precio de salida de droguería del orden de los 3600 millones de dólares.
- Su actividad tiene incorporada 16.500 empleos directos. A la vez genera aproximadamente unos 120.000 empleos indirectos ligados a la actividad.
- Comercializa en el país 2500 drogas que a su vez tienen 7000 marcas diferentes.

* Presidente del Centro de Industrias de Laboratorios Farmacéuticos - CILFA. Vicepresidente Primero de Microsules Bernabó Laboratorio de Especialidades Medicinales.

- Todo este arsenal terapéutico está a disposición del público a través de una eficiente distribución y dispensación. El país cuenta con 100 droguerías en el total del país y aproximadamente 12000 farmacias que permiten tener rápido acceso al público en cualquier punto del país a igual precio independientemente cual fuera su distancia geográfica.

Esta es nuestra definición, esta es nuestra carta de presentación. También tenemos que agregar que, por las características propias de este sector dinámico, como aporte de inversiones en el país nuestra cámara lleva registrados en el período 1994 al año 2000, entre inversiones realizadas y en curso de finalización, incluyendo inversiones globales de industria nacional y extranjera, alrededor de 1.100 millones de dólares, en vías de ir generando nuevas tecnologías y un adecuamiento general hacia el próximo milenio.

El marco macroeconómico del sector

Quisiéramos hacer dos referencias conceptuales desde el punto de vista macro.

La primera apunta a señalar que los programas de ajuste económico de los países han conducido a una menor participación del Estado productor, pero evidentemente han dado lugar a un rol de mayor importancia en lo que respecta al gasto social. Si nosotros analizamos el caso nacional respecto de la participación del gasto de salud pública sobre el gasto social, viendo los últimos tres quinquenios, 80-85, 85-90, 90-95, veremos que, mientras el gasto público consolidado disminuyó su participación en el PBI, de 31.6 fue descendiendo a 26.8, el gasto público social incrementó su participación de 38.92 a 63.53. No obstante, el gasto público en salud se mantiene casi igual.

Esto nos quiere decir que el retiro del Estado productivo no significó mayores fondos para la salud y que se corre el riesgo de seguir disminuyendo los mismos desde la órbita pública.

El otro punto al que queremos hacer referencia tiene que ver con la participación del gasto de salud pública sobre el PBI. Como es sabido, la participación del gasto de salud pública sobre el PBI en Argentina es de 7.24. Del mismo un 77% es privado, incluyéndose particulares y obras sociales, y el 23% restante corresponde al sector público. Entonces la participación del gasto público en Argentina es similar por ejemplo a la del Reino Unido y de España, pero es inferior a la de otros países europeos que oscilan entre el 8 y el 9%, por ejemplo el caso de Alemania, mientras que en Estados Unidos alcanza un porcentaje del 15.32%. Si bien parece un nivel razonable de gasto deberían evitarse políticas que intenten bajarlo aún más. Lo notorio es que el gasto público en Argentina tiene muy baja participación, comparándolo con esos países en los cuales la participación estatal es más importante ya que podemos observar a Alemania con el 59%, Italia o Suecia con el 90% y Estados Unidos con el 42%.

Por otro lado vemos que los problemas financieros recurrentes del sector público llevan al desarrollo de políticas que atentarían la posibilidad de mantener los programas sociales.

Por último diríamos que todo esto ha llevado lamentablemente, a que el sector salud se desgaste en peleas internas entre los diferentes subsectores que individualmente contribuyen

a brindar mejores condiciones sanitarias de la población, en lugar de fomentar los elementos de cooperación intrasectorial para emprender acciones mancomunadas por su participación dentro del gasto total público, o dirigidas a obtener una mayor preponderancia dentro de los gastos sociales.

Nuestra propuesta

En este escenario, ¿cuál es nuestra lectura y cuál es nuestra propuesta desde el punto de vista de la industria?

Por supuesto que coincidimos con Jorge Aufiero sobre equidad, eficiencia y libertad. Entendemos que debemos luchar por una medicina para todos, y no que haya una medicina para ricos y otra para pobres. Y dentro de esos principios desde nuestra industria creemos que podemos elaborar una política de medicamentos a la que tenga acceso toda la población, de modo que no haya medicamentos para ricos y medicamentos para pobres.

Como es comprensible, en el grado de magnitud de inversiones y de facturación de esta industria, nosotros podemos decir sin lugar a dudas que Argentina tiene la posibilidad de contar con los últimos medicamentos que hay en el mundo. Y si tenemos esta posibilidad nuestra propuesta es que la utilicemos. En ese sentido nosotros dependemos de la libertad de prescripción, creemos que el centro y el responsable de la decisión frente a un paciente es el médico al cual debemos respetar en su decisión y en lo que va a prescribir. Creemos que no hay enfermedad sino enfermos, y respetamos y subrayamos la importancia que tiene el médico en la decisión de la prescripción. Por lo tanto creemos que es lícito decirles que no es adecuado para una política correcta del uso del medicamento que haya formularios o vademécumes restrictivos, que haya prescripción obligatoria de determinados productos, o que podamos permitirle a un farmacéutico sustituir una receta. Todo esto apunta a respetar la decisión del médico, y a buscar mecanismos que permitan que haya acceso a los medicamentos, que la población tenga acceso a todos los medicamentos en todos los programas.

También creemos muy importante valorar y proteger lo que significa este esfuerzo de distribución, que está presente a través de 100 droguerías y 12.000 farmacias dispersas en todo el territorio nacional, y que entendemos que debemos defender en cualquier acuerdo que se pueda hacer, ya que asegura una adecuada cobertura y accesibilidad geográfica del servicio de farmacias.

Esto se complementa con proteger y defender al afiliado a fin de que tenga sistemas de facilidades para el acceso a los medicamentos. La idea es que el afiliado no tenga que hacer un curso para entender como tiene que conseguir un medicamento, o que tenga que tener un auditor al lado para ver si la prescripción se le hizo adecuadamente. Esto creemos que no es más que proteger y defender al usuario o al afiliado, que muchas veces ya tiene un problema de enfermedad y encima tiene que tener la preocupación de ver cómo logra obtener sus medicamentos en tiempo y forma.

Por último también creemos necesario, y en eso la industria también está trabajando, y otros organismos también lo están haciendo, creemos que para que el gasto, que siempre es escaso y reconocemos que hay dificultades presupuestarias, creemos que es fundamental que en cualquier sistema de administración de medicamentos con un

acuerdo que se haga con distintos públicos, obras sociales, privadas, debe haber una adecuada administración y una correcta auditoría porque también sabemos que todavía lamentablemente estamos en vías de, no tenemos los sistemas óptimos para tener un control adecuado de cómo poder saber con certeza que esa farmacia le está dando a el usuario o paciente, ése medicamento y es para ése paciente y no para otro. En fin estos son temas de análisis y de trabajo.

Por último, creemos que en estos momentos el sector privado junto con el estatal tienen que buscar políticas de solidaridad. Hay situaciones que no son deseables ni deseadas, pero que mientras estén hay que tenerlas en cuenta y hay que darles una solución. Tal es el caso de los carenciados, que como su nombre lo indica son personas que no tienen acceso a casi ningún tipo de servicios de salud por no tener ingresos. Y en este sentido desde nuestra óptica, la industria ha hecho esfuerzos y ha hecho acuerdos, por ejemplo con el gobierno en el caso de algunas provincias. Esto mismo estamos tratando de incorporarlo en todo el país, creemos que debe asegurarse un acceso a los medicamentos a todos los carenciados. La industria tiene una propuesta, y se han concretado algunos acuerdos con una pequeña participación económica del Estado, complementada con un buen seguimiento para que estos recursos escasos vayan realmente a los carenciados.

Este sistema de carenciados está funcionando ya con el plan ASOMA en la provincia de Buenos Aires. La industria ha hecho experiencias en otras épocas, en los distintos gobiernos, por ejemplo con el cambio de gobierno del radicalismo al peronismo, fue el formulario azul y blanco. Pero lo concreto es que hoy está en plena vigencia, se le ha ofrecido al resto, se basa en todos los medicamentos de venta bajo receta. Se está ejecutando con un componente esencial, que es el control que debe hacer el hospital y el jefe de servicio del área, que permita asegurar que verdaderamente se receta a un carenciado. Luego con esa receta autorizada se puede ir a cualquier farmacia y automáticamente recibe el medicamento y el costo de esto está en este momento con un 50% de descuento. El Estado paga una parte sobre el precio del 50% del descuento del precio al público del medicamento, y obviamente el carenciado no paga

En síntesis nuestra propuesta es la libertad, la equidad y la eficiencia. Desde el punto de vista de la prescripción, la defensa de la receta y el acceso fácil y rápido de todo el público a los medicamentos.

Conclusiones

Para terminar diríamos que hoy en día mucho se habla de la calidad. Nuestro estándar de calidad está entre los más altos del mundo.

Hoy se habla de humanización de la globalización. Nuestra industria, junto con el Estado, está desarrollando políticas activas de acceso del carenciado al medicamento.

Cuando se habla de las características primordiales del próximo milenio, se dice que la central será la velocidad. Ante este público altamente calificado nuestra propuesta es clara, y nuestra sugerencia es que todos juntos avancemos rápidamente hacia una mejor salud. Nuestra industria tiene la mejor disposición para ello y está asimismo a disposición de todos.

Norberto Larroca*

El sector privado y el sistema de salud

Voy a hacer una pequeña reseña del origen de nuestro sector y proyectarlo a las dificultades políticas con las que hoy se encuentra el sistema de salud.

El que hoy podamos hablar de sistema de salud, es un hecho, que creo, marca por sí sólo la evolución que hemos tenido los actores de la atención médica institucionalizada en estos últimos treinta años. Donde es notorio un “antes y un después” del advenimiento de la seguridad social.

Podemos afirmar que hasta ese punto de inflexión, que significó el gran impulso a las obras sociales por parte del segundo gobierno de Perón, la actividad privada se concentraba en la asistencia a quienes tenían capacidad individual de pago. Para ser más exactos podríamos afirmar que de un modo u otro toda la asistencia se interesaba en conseguir y mantener este tipo de clientes. Existía una división muy clara entre servicios de salud para indigentes (Hospital Estatal) y la atención privada en consultorios o establecimientos para quienes tenían alguna capacidad de pago.

El nacimiento de la seguridad social revolucionó el concepto antes expuesto de la asistencia privada y trajo consigo la apertura de un importante mercado de trabajo para una profesión médica ya asfixiada por la plétora. También despertó la imaginación y la iniciativa de jóvenes empresarios, que hasta ese momento no tenían ningún horizonte, ya que predominaba una asistencia privada elitista, cerrada y cada vez con menos clientes. De manera que con la irrupción del financiamiento solidario institucionalizado a través de las obras sociales y más tarde por la Ley 18610, no sólo se benefició la población con el acceso a servicios que antes no estaban a su alcance sino también una creciente iniciativa privada de profesionales y empresarios, en su mayoría jóvenes, alentados por esta nueva demanda social de servicios.

Finalmente fueron estos requerimientos solidarios los que moldearon al sector privado que pasó a cubrir las necesidades de servicios de la seguridad social y la atención de casi el 80% de los enfermos agudos en nuestro país. Consiguientemente, este desarrollo, permitió al país contar con una importante infraestructura de servicios, fruto de la acumulación de capital de trabajo y de las continuas reinversiones.

Cuando la Argentina recuperó la democracia en 1983 el escenario del mundo había cambiado y a partir de ese momento se hizo evidente un cambio cultural y una situación de crisis, que por otra parte ya se venía registrando a nivel de los países más desarrollados del mundo. Y así fue que tuvimos nuestra propia quiebra del “Estado de Bienestar” del “Estado benefactor”. Por supuesto no se trató solamente de una crisis de la seguridad social y del sistema de atención de la salud sino de todas las actividades económicas, industriales, comerciales y aun de los servicios públicos esenciales. En nuestro caso impactados además por las inevitables interacciones y presiones del mundo unipolar que hoy vivimos, con muchos

* Presidente de la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la Argentina –CONFECILISA–. Presidente de la Cámara Argentina de Empresas de Salud –CAES–.

beneficios y también con serios peligros de perjuicios graves sino se tenía la capacidad de reaccionar rápidamente con propuestas y acciones que permitieran preservar nuestros intereses económicos nacionales y regionales y fundamentalmente nuestro patrimonio social y cultural.

Nuestro aporte

Sucintamente esta fue la evolución y el aporte del sector privado hasta la fecha. De aquí en más, la composición multisectorial de este auditorio, me permite adelantar que sus nuevos aportes no se refieren estrictamente a los problemas de la atención médica institucionalizada. Porque las clínicas, sanatorios y hospitales privados que represento han comprendido que el sector salud somos todos los que estamos acá, un sector salud que en los últimos años consiguió superar las distancias artificiales y los prejuicios interesados que creaban barreras entre lo estatal y lo privado. Buscamos por nosotros mismos alternativas de trabajo en redes que promovieran la necesaria integración de los subsectores privado, estatal y de la seguridad social. Y a pesar de la falta de políticas coherentes o que fomentaran esta integración, conseguimos compartir y complementarnos intersectorialmente y comprendernos un poco más.

Efectivamente en todos estos años hemos llegado a conocer las dificultades y los condicionamientos de un hospital estatal y muchos dirigentes y actores del Estado pudieron entender los graves problemas por los que atraviesa una pequeña clínica privada en cualquier provincia, por falta de una legislación que las promueva y ampare como PyMES, de créditos y de seguridad para el cobro de sus acreencias, sumado a ello un tratamiento impositivo y una persecución que en muchos casos fue la principal causa de quiebra de servicios esenciales para la comunidad. Y digo de una pequeña clínica en el interior de nuestras provincias, porque les voy a recordar que Buenos Aires es el country de la Argentina y que a mi como dirigente me toca trabajar fuera del country, con todas las dificultades y problemas que esto significa. Provincias que necesitan y en muchos casos dependen de esta infraestructura de capital privado argentino que emplea mano de obra intensiva, y que como ya se señaló no solo sirve de sostén a la asistencia de la población sino que constituye con las organizaciones estatales el sistema sanitario nacional y la principal fuente de trabajo de los profesionales y trabajadores de la sanidad.

Al hablar de cambio cultural qué estamos diciendo ? En mi opinión queremos significar que nada volverá a ser como era y que lo que será, ninguno de nosotros esta capacitados para decir cómo será. El cambio se puede intuir, pero es difícil de pronosticar con certeza, de cuantificarse. De lo que si podemos estar seguros es que sin participación el cambio no nos incluirá, si no somos parte de este proceso nuestro país y su sociedad resultaran gravemente perjudicados, porque serán otros actores, presumiblemente externos, los que determinaran ese cambio en función de intereses que no serán los de la gente ni los que defendemos los que estamos hoy aquí presentes.

A veces el tiempo parece volverse meteórico a la hora de tomar decisiones. Me asusta pensar que estamos a un año del nuevo gobierno nacional y que aun no hemos podido presentar propuestas unificadas para preservar y desarrollar nuestra infraestructura

asistencial. No hemos presentado las medidas que reclamamos, las acciones que creemos necesarias y que pretendemos que tengan en cuenta quienes van a conducir los destinos de nuestro país.

Por eso siempre sostengo que es necesario sincerarnos y creer en nuestra mutua honestidad para comunicarnos y comprendernos y poder realizar propuestas de conjunto. No hay sinceramiento sin sinceridad. Es decir no hay comunicación ni consenso, ni integración posibles sino valoramos como honestas, aceptables y creíbles nuestras recíprocas propuestas.

Y estas propuestas consensuadas por el sector salud son muy importantes, porque son un aporte que necesita y reclama la comunidad y porque son vitales para el sector salud. Sin ellas no podemos aspirar a participar en la definición del rol que tiene la salud en la construcción del nuevo paradigma de país y de sociedad que queremos. Por eso mi propuesta es invitarlos a que dejemos de lado las dificultades estrictamente mini subsectoriales, que son importantes, pero que no son las que van a determinar el verdadero cambio en el sistema argentino de salud.

Mi propuesta es que concentremos nuestro enfoque del sistema de salud en que llegamos a esta etapa democrática saliendo de la peor decadencia de nuestra vida nacional. Y en que nada se hace tan rápido cuando se trata de un cambio tan extraordinario, de un cambio estructural. Recuerdo claramente: que los civiles se disfrazaban de militares, los militares de civiles, cada uno asumía roles con un travestismo social grave, profundo, peligroso. Tengo en mi retina, aquel año nuevo que pasamos los argentinos con la disolución de nuestra moneda, sin saber cuál era el verdadero destino de la Nación. Venimos de ahí, mucho se ha hecho, pero desgraciadamente para el sector salud, todavía no le tocó, todavía la salud no se priorizó como una política de estado, todavía no logramos unir nuestros esfuerzos en propuestas conjuntas. Podemos hablar horas, hacer seminarios, talleres, podemos escribir libros, leerlos entre nosotros. Podemos seguir mirándonos al espejo, pero nada de esto va a servir si no hay una decisión política de tomar la salud como uno de los temas esenciales de la Nación.

Por supuesto no es malo lo que se hace: por ejemplo estas ocho reuniones de la AES que creció vinculando la economía con la salud y dándonos la oportunidad de conocer estas relaciones pero no es suficiente.

No es suficiente si no decidimos que ha llegado la hora de las decisiones políticas en salud y que estas deben incluir nuestras propuestas y nuestra participación en la toma de decisiones.

Me autodenominé político de la salud. Soy un político del sector de la salud que pretende, sea cual fuere el gobierno al que le corresponda dirigir los destinos de nuestro país, se prioricen los servicios de atención, investigación, docencia, prevención, cuidado, rehabilitación y educación para la salud.

Por eso mi propuesta es invitarlos a que tomemos conciencia de que es éste crisis de nuestro sector: si no hay una decisión política en el sentido de comenzar a resolver los gravísimos problemas de la protección de la salud, seguiremos inmersos en un proceso de destrucción de los recursos humanos, de la infraestructura sanitaria y de desasistencia de la población. Y no va a cambiar esta situación para mejorar como no cambió hasta ahora. Sólo hemos conseguido reacomodarnos para subsistir. Qué no deja de ser meritorio haber subsistido hasta hoy! Es extraordinario. Me gustaría que el Banco Mundial analizara cómo subsistimos a pesar de estas “despolíticas” de salud y de este desfinanciamiento de la seguridad social. Puedo adelantarles que gracias a una peor y cada vez menor asistencia y a la

transferencia al bolsillo de los ciudadanos el pago de servicios e insumos que tiene la obligación de cubrir el Estado o la Seguridad Social.

Entonces y resumiendo: Conciencia de que el sector de la salud cada vez tiene menos recursos, cada vez más desempleo, cada vez más evasión y cada vez se aporta menos. Conciencia de que cuando haya menos seguridad social no va a haber asistencia para la comunidad.

Conciencia que es imposible financiar la salud de un país sin la seguridad social en cualquier parte del mundo. Conciencia de que nos tenemos que poner de acuerdo para instalar el tema de la salud, de la universalidad de su cobertura y de su financiamiento solidario como problemas fundamentales, como prioridad en las políticas de estado. Y esperanza.

Porque se inicia un nuevo ciclo, más trascendente, porque en el pensamiento de todos los hombres esta presente la idea de cambio, el año 2000 es una de esas fechas que marcan los cambios culturales en el desarrollo humano. Un cambio de era marca en la conciencia colectiva la idea de un cambio cultural, lo predispone.

¿Cómo nos ubicamos nosotros entonces como sector ante esta oportunidad de cambio de era que nos encuentra con millones de personas expulsadas del mercado de trabajo y de los sistemas de protección social ? Que nos encuentra con que cada nueva tecnología que alabamos se destruye a millones de personas que se quedan sin trabajo. Es evidente que para poder ser protagonistas como Nación en este cambio paradigmático de la humanidad debemos definir aquellos aspectos esenciales de la reforma que puedan dar salida a nuestra propia crisis.

Esperanza entonces porque podemos ser protagonistas y participar en estos procesos y porque la comunidad nos respalda y los referentes de los partidos políticos tienen que escuchar cuando afirmamos que la salud es para el 100% de los habitantes del país y que no hay tecnología que sirva si no puede aplicarse al 100% de la población. Esta es mi propuesta: El sector salud debe asumir que es un sector de servicios públicos, que no hay una medicina estatal y otra privada. Hay una salud pública con inversores estatales y privadas, municipales y no gubernamentales de una misma nación.

El Sector Salud tiene un solo eje, que no es el hospital ni la clínica, que es el hombre. Su misión es protegerlo con sus organizaciones, sus conocimientos y tecnologías. Y sobre todo logrando los espacios y las interacciones necesarias con el poder político para que se priorice esta inversión que es el cuidado de la salud como el factor mas importante para la armonía y el desarrollo nacional.

LA INTEGRACIÓN PÚBLICO - PRIVADA

Carlos Albuquerque*

Coordinador: Mónica Levovich

Introducción

Contamos con 30 años de actividad en la administración y gerencia de servicios de salud y hospitales. De estos 30 años, 20 años aproximadamente, haciendo sólo esto. A partir de nuestra profesión de médicos, una cosa que nos preocupó todo este tiempo, cada vez más, y es cómo podemos nosotros convivir con el gran avance tecnológico, que es la característica central de los últimos años en el área de salud. Y cómo es que tenemos tantas dificultades en la gerencia y la optimización, y con todo lo que nosotros pensamos que debe ser o tener el sistema de salud de un país o del mundo como un todo. ¿Por qué? Y por qué somos nosotros tan conservadores. Una anécdota puede ilustrar esto, estuvimos hace pocos días en Bolivia, y el Ministro de Salud de ese país, que había mandado a hacer una auditoría en un hospital de Sucre, nos relataba que los puntos que llamaban la atención eran los mismos que en el año 1971 ya había observado una auditoría en ese mismo hospital. No había cambio alguno ni se había resuelto ningún problema de los observados entonces.

Lo que en este momento nos proporciona la Organización Panamericana de la Salud, es un tiempo y un espacio para poder reflexionar un poco sobre los por qué de todo esto. Estudiar y reflexionar sobre el tema. Creemos que la formación médica es de gran ayuda en este caso, porque el uso de la información, como el análisis físico, el raciocinio del método científico, la hipótesis diagnóstica, el plan terapéutico y la evaluación de los resultados, eso es muy importante para que se haga un trabajo como éste, reflexionar e incluso administrar.

Y en medio de esas reflexiones, arribamos a una conclusión, si bien transitoria, y es que en esta área nosotros tenemos ideas innovadoras, surgen cada cinco o diez años, hasta menos, pero con la misma rapidez se van y no resuelven el problema, digamos que no es una cirugía que sea curadora. Es como si fuera un tratamiento clínico de muchos pero muchos años para permitir que el problema siga, bajo tratamiento, pero siga existiendo

El escenario actual

Trataremos de decir una serie de cosas alrededor de estas ideas sobre las que reflexionáramos a modo de introducción. Vamos a empezar dando una mirada al escenario actual, donde se está en todo el mundo procurando hacer *la reforma del Estado*.

* Médico. Ex Ministro de Salud de Brasil. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Esta reforma del Estado propone algunos *cambios de funciones* que son muy importantes, que el Estado pase de benefactor a productor, de burocrático a empresarial, de ejecutor a gestor de políticas públicas.

Segundo que *el carácter* de esta reforma del Estado es un carácter democrático de cambio y no tecnocrático. Que tiene un carácter económico y empujan a la eficiencia y a la eficacia de los servicios. Hay un carácter político que cambia para que la democracia sea más abierta y más participativa. Y teóricamente, por lo menos, se trata de que esté centrada en la sociedad.

Los *objetivos* de esta reforma del Estado son en realidad, entre otras cosas más, intentar superar la dicotomía estatal – privada. Ampliar el concepto de lo que es público y ahí estamos usando un término “publicación:” que encontramos en un libro y que en Brasil se dice que es “publicización”. Pereyra es el dueño de esta idea, fue Ministro de Administración, hoy es Ministro de Ciencia y Tecnología y es un concepto que ha traído de Inglaterra y que en realidad lo que quiere decir es que hay empresas que tienen un fin público, ya sean privadas o estatales.

Y también lo que procura la reforma del Estado, entre otras cosas, es *evitar la apropiación privada del Estado*, que es una cosa muy común, acaso entre ustedes también sucede, pero en Brasil el Estado sirve para alimentar, diríamos amamantar a algunas personas, los que están en el poder. Para *evitar la actuación autoreferenciada o autoreferida de la burocracia del Estado*, que implica autoalimentarse, autosustentar la burocracia del Estado.

Finalmente, *mejorar la responsabilidad del Estado y evitar el mal uso de los recursos públicos*.

LA REFORMA DEL ESTADO

El cambio de funciones:

- Benefactor Productor
- Burocrático Empresarial
- Ejecutor Gestor de Políticas Públicas

El carácter:

- Democrático, no tecnocrático
- Económico: eficiencia y eficacia de los servicios
- Político: democracia directa y participativa
- Centrado en la sociedad

Los objetivos:

- Superar la dicotomía estatal-privada
- Ampliar el concepto de lo público
 - * “Publicación” de las instituciones

Evitar:

- La apropiación privada del Estado
- La actuación autorreferida de la burocracia
- La falta de responsabilidad pública
- El mal uso de los recursos públicos

Continuando con esto, dentro de esta misma propuesta del escenario actual “lo público y lo privado”. ¿Será que el concepto de lo público es lo mismo que hace años? ¿Será que pueblo tenía el mismo significado que tiene para nosotros hoy? Y entonces, dentro de esa idea hay una tentativa de la reforma de marcar la esfera del gobierno en la economía de mercado, de marcar la esfera de privacidad personal o individual, que puede ser de una empresa, de interés o uso común públicamente accesible, visible a todos y colectivo.

Quiere decir que lo que es público tiene que tener estas características y que sea de interés del ciudadano individual. Entonces el reto es que se pueda al mismo tiempo, dentro de la idea de reforma del Estado, atender la necesidad individual y la necesidad colectiva. En realidad en lo que se está pensando hoy es que, al revés de lo que fue en el pasado, el colectivo no está arriba del individual, porque si el individuo no está satisfecho en realidad es muy difícil construir la satisfacción de la colectividad.

LA REFORMA DEL ESTADO

Lo público y lo privado

Ciceron: Res Publica “Cosa del Pueblo”

- Demarcar la esfera del gobierno en la economía de mercado
- Demarcar la esfera de privacidad individual
- De interés o uso común, públicamente accesible, visible a todos, colectivo
- De interés del ciudadano general

Dentro de este tema público privado lo que hemos visto en los últimos años en el área de salud, es que tendremos en general una interpretación muy basada en aspectos ideológicos, políticos y corporativos o gremiales. Y en este contexto, lo público es de todos, siguiendo la idea luego el “privado” es de nosotros, que somos distinguidos con inmunidades y privilegios. Y atención que este “nosotros” puede no ser nuestra empresa, ni nosotros mismos, pero los que trabajan también en el servicio público, que tiene adentro un comportamiento totalmente de mercado privado. También la idea de la reforma es que haya una circunscripción de lo público en la esfera de lo estatal. Entonces surge la relevancia de lo público para revalorizar lo privado. Y esto quiere decir que si se pone lo público en su concepto verdadero, se va revalorizar el privado.

LA REFORMA DEL ESTADO

Lo público y lo privado

Interpretación ideológica, política y corporativa

- Público de todos
- Privado de nosotros, distinguidos con
INMUNIDADES Y PRIVILEGIOS
- Circunscripción de lo público a la esfera estatal
- Relevancia de lo público para revalorizar lo privado

Estas son algunas ideas que he traído, y querríamos también citar alguna bibliografía de los autores que hemos consultado y tenido en cuenta, para que se pueda discutir y entender esta posición cambiante. Bajo estas ideas, más adelante tendremos que llegar a una conclusión.

- *“La distinción público-privada no puede ni ser adecuadamente simplificada, ni provechosamente usada”.* (Weintraub, 1987).
- *“Es necesario reconocer y confrontar la variabilidad, la ambigüedad y la dificultad de distinguir lo público de lo privado, y también la importancia y la aparente indispensabilidad de esta gran dicotomía”* (Weintraub, 1997).
- *“Ninguna sociedad puede efectivamente acordar un valor moral para lo privado sin acordar la acción protectora a lo colectivo”* (Wolfe, 1997).
- *“Lo público no es un dato dado sino un proceso de construcción”* (Nuria Coningrao, socióloga y economista chilena, 1997).

El nuevo Estado, debe todavía decidir cuál es su responsabilidad:

- Apoyar la promoción del desarrollo de la ciudadanía.-
- Apoyar la aprobación de la educación y de la formación ética y moral del ciudadano y de la sociedad.-
- Apoyar la mejoría de la calidad de la vida del ciudadano.-
- Buscar, integrar, democratizar, socializar y difundir informaciones para promover y mantener la salud, prevenir y mejorar la enfermedad y la calidad de vida del individuo y de la población.
- Promover y decidir sobre la definición de las macro políticas de salud.-
- Promover la integración y racionalización de las acciones a través de alianzas estratégicas, asociaciones, fusiones, pactar acuerdos solidarios entre:
Estado- Estado

- Estado – privado
- Privado - privado
- Hacer parte del financiamiento del sector.

Hasta ahora lo que es el rol del Estado es una frase bíblica, enseñar a pescar no dar el pescado. El Estado super-protector, el Estado paternalista es anti-evolución, no nos permite que el ciudadano evolucione, y esta es una manera de dominar.

Entonces el nuevo Estado debe:

- Controlar las inversiones, la solidez económica y financiera de las instituciones y el cumplimiento en los contratos.-
- Evaluar cuantitativa y cualitativamente los resultados e impactos de su política.
- Garantizar los derechos de los ciudadanos y de la sociedad, a la accesibilidad, a la equidad, a la calidad, a la eficiencia y eficacia, etc. y los costos compatibles con la capacidad de pago de la sociedad.

No es posible que se quiera pretender en un país como Uganda que el Estado, o que la sociedad puedan tener la misma calidad de atención de la salud que tiene Estados Unidos, es imposible, no tienen plata, es una realidad. Es injusto, muy injusto, pero hay que trabajar con la realidad. Entonces ahora estamos tratando de decir que es la hora de la verdad. La idea que teníamos de que salud no tiene precio, no es verdad. Salud tiene precio. Es caro y no todos lo pueden pagar. Y solo trabajando frente a frente con esta verdad, vamos a buscar los puntos donde tenemos que actuar para cambiar.

LA HORA DE LA VERDAD

- El mercado mayoritario
- La sociedad y el individuo: El cliente
- El sector estatal complementario con el privado
- Salud/Enfermedad: “Un negocio de producción de bienes públicos”
- Contexto Social calidad de vida
- Contexto Económico
- Costoso y rentable
- De ingresos y gastos
- De importación y exportación:
- Recursos Humanos
- Tecnología
- Servicios

¿Cuál es el mercado mayoritario en el área de salud? Nosotros hemos sido tan cínicos que llamamos la enfermedad de salud porque lo que hacemos nosotros hace más de 10000 años es tratar enfermos, un rato prevenimos la enfermedad...pero ¿cuánto se hace de promoción de la salud? Casi cero. Entonces si en un país hay unos 162 millones de habitantes, de personas, no creo que tenga más de 20 0 22 millones de personas enfermas, y se producen 8000 médicos para tratar este mercado de 22 millones, que al revés no está ampliándose, está disminuyendo. Cuando el gran mercado es de las personas sanas, hay 140, para que se haga inversión no sólo de dinero, sino de recursos humanos para evitar la enfermedad.

Hoy se está consiguiendo aumentar el promedio de vida de varias maneras, pero no hay ninguna duda que la evolución tecnológica ha sido muy importante, por ejemplo en nuestro caso estamos ya algo viejos, y queremos llegar de aquí a cinco años productivos, queremos llegar sintiéndonos parte de la sociedad, no queremos llegar como sustentado por la sociedad. Pero nosotros mismos, todo este tiempo no nos estamos dando cuenta que éste es el gran mercado, y que ese es un mercado que la sociedad puede sustentar. Entonces ésta es una cuestión para tener en cuenta en este debate público privado, es un punto muy importante en el que debe reflexionarse.

Lo que es cliente, quién es cliente de quién. La OPS ahora lo llama usuario, pero no es usuario. Nosotros tenemos clientes y proveedores y se cambian los papeles y debemos identificar esto. Pero trabajamos como si no los tuviéramos. Es una cultura muy antigua de las sociedades de salud, o de los médicos. Centralmente, pensar que el pueblo necesita de nosotros. No es verdad. Somos nosotros quienes necesitamos del pueblo para por lo menos tener satisfacción personal, profesional, en tanto que otros lo necesitan para que se desarrolle su empresa. Es claro que el pueblo lo necesita, pero es una simbiosis. Y como en todo lo que producimos somos nosotros mismos los generadores de los costos, los médicos bajo la prescripción, entonces les ponen en el mercado todo lo que quieran, por eso es interesante que tengamos el concepto muy bien definido de qué es cliente.

En realidad por lo menos en América Latina, con algunas excepciones, en Brasil es muy claro, el sector Estatal es complementario al sector privado. Hay además algunas verdades con las que tenemos que enfrentarnos de una vez por todas.

La otra cosa muy importante es que salud o enfermedad, especialmente enfermedad, es un negocio, el mayor negocio del mundo, por donde pasan billones, trillones de dólares al año, no es caridad, es negocio. Negocio de producción de bienes públicos, ya que salud es un bien público. Entonces si es un negocio, si es la producción de bienes públicos, no es de tanta importancia diferenciar entre lo que es privado y lo que es Estatal, y mucho menos entre privado y público. En el contexto social produce lucro directo, es calidad de vida. Lucro indirecto como manutención de la capacidad productiva de la persona y disminución de lo que se refiere a la calidad de los servicios, disminución de los costos de manutención de esta capacidad. En el contexto económico es una empresa, un negocio costoso y rentable. Hay mucha gente que gana mucha plata con esto. De ingresos y de gastos, de importación y de exportación.

Como es un negocio no puede estar sólo bajo la ética y la moral médica, o la ética o la moral de bien público. Tiene que estar reglado por leyes de mercado y tendremos que aceptar y conocer esas leyes, de la ética y la moral de nuestra área, de nuestro sector y del área de los prestadores de servicios. Es claro que dentro del rol del Estado, la gran responsabilidad del Estado, como representante del pueblo y de la sociedad es controlar.

LA HORA DE LA VERDAD

- Salud/Enfermedad: "Un negocio..."
- Regulado por las leyes
- Del mercado
- De la ética y la moral del sector
- De los prestadores de servicios públicos

BAJO EL PODER RECTOR Y EL CONTROL DEL ESTADO Y DE LA SOCIEDAD

Y finalmente llegamos a los rumbos para el sector salud para este momento. Creemos que ni los profesionales de salud, ni los órganos formadores de recursos humanos, especialmente ellos, ni los empresarios o los líderes, los gobiernos, la sociedad y la población, saben y tienen conocimiento para hacia dónde tenemos que ir. Eso no está claro. Es importante que se empiece a hablar con la verdad. Hay que tener una verdad para el momento histórico. Este cambio y este momento lo que traen es el problema que el Estado se está transformando, en el área de salud es en realidad una empresa de seguros prepagos. Es absolutamente igual a un seguro privado. Está bajo las mismas leyes y hace negocios. Igual los que dominan el Estado, el gobierno, hacen negocios tal como los hacen los de las empresas privadas, ni mejor, ni peor, en general peor...

Si vamos a ver de dónde viene el capital, cómo se administra, sea sacándolo de su bolsillo y pagándolo a la empresa de seguro privado que se tiene o pagando al hospital más el médico de su bolsillo, es igual que si se paga al gobierno con sus impuestos. No hay diferencia. La diferencia no es palpable. La diferencia es quién lo administra. Muchas veces el gobierno lo administra para sí como lo hace una empresa privada. En realidad queremos llegar al punto de que no hay que hacer diferencias fundamentales, segundo que se tiene que trabajar bajo los mismos criterios, los mismos estándares de evaluación de resultados sean servicios gubernamentales, estatales o no y están bajo las mismas redes.

Los funcionarios de salud de la Argentina van a tener un comportamiento muy semejante a los de las empresas de seguros privados. Estas reglas no se cambian por leyes ni por constituciones, son cosas que están adentro de nosotros y sólo cambiando el concepto de colectividad van a cambiar.

RUMBOS PARA EL SECTOR SALUD

- Profesionales
- Organos formadores de recursos humanos
- Instituciones
- Empresarios
- Líderes
- Corporaciones
- Gobiernos
- Estados
- Sociedad/Poblaciones

El caso de Brasil

Veamos por ejemplo cómo es en Brasil. Hasta 1996 se interpretaba en la Constitución Federal del Brasil de 1988 que *“La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que lleven a la reducción del riesgo de enfermedades y de otros agravios, así como al acceso universal e igualitario de las acciones de servicios para su promoción y recuperación”*. (Art. 196)

La ley principal que regla el artículo constitucional, la Ley Orgánica de Salud –8080/09, sostiene en su artículo 2º que *“La salud es un derecho fundamental del ser humano, debiendo el Estado proveer las condiciones indispensables para su ejercicio pleno”*. Para el 1º, *“El deber del Estado de garantizar la salud consiste en la reformulación y ejecución de políticas económicas y sociales, que lleven a la reducción de riesgos de enfermedades y otros agravios, en el establecimiento de condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario de las acciones y los servicios para su promoción, protección y recuperación”*.

¿Acaso se puede leer allí que la atención de la salud tiene que ser gratuita? No está dicho. Pero es algo así como un acuerdo de caballeros entre la izquierda, los empresarios de la salud, especialmente los que tienen contratos con el gobierno, el gobierno, los diputados. La sociedad lo acreditaba, estaba claro que el gobierno tenía que dar universalidad, ¿Quiere esto decir gratuidad? No, universalidad quiere decir equidad más accesibilidad y ninguno de los instrumentos legales de Brasil dice que debe ser gratuito. Y no lo es, porque lo paga el pueblo, a través del Estado o por contrataciones con los privados.

BRASIL

- Interpretación de los marcos legales “el acuerdo entre caballeros”
- La definición de la misión del Ministerio de Salud
- La reforma administrativa del Ministerio de Salud
- El cambio de prioridad en la política de salud

El sistema único de salud, que es una buena propuesta que se hizo en Brasil, pasaron ya doce años y el año pasado realmente se empezó a cambiar, porque había intereses económicos y personales de políticos muy fuertes, para que se continuase trabajando por debajo de la mesa y sin aceptar estos conceptos que, creemos nosotros, más profundizados llegamos a la conclusión que son de sentido común.

El ministerio de salud está basado en esta interpretación de los documentos legales y la definición de su papel o de su rol, está basado en esto y en la idea del achicamiento del tamaño del Estado y las responsabilidades del Estado. Hizo también una reforma administrativa disminuyendo, enfocándose más la parte de promoción, de planeamiento y de evaluación. Esto empezó en el año 1996, cuando entramos en el ministerio, y continuó hasta ahora con el nuevo ministro que es un economista que está siguiendo este camino de una manera muy apropiada.

MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

- La misión institucional de ministerio de Salud es promover la salud de la población, mediante la integración y la construcción de asociaciones con órganos federales con los estados de la Federación, los municipios, la iniciativa privada y la sociedad, contribuyendo a la mejoría de la calidad de vida y el ejercicio pleno de la ciudadanía.

La aprobación de la ley que reglamenta los servicios, los seguros de salud fue muy importante porque demarcó la responsabilidad del gobierno, del sistema Estatal y del sistema privado y ahí se crearon las condiciones para que se pueda empezar a trabajar y hablar de empresario a empresario, porque así como estaba no se podía. Era necesaria todavía una reforma fiscal para que los municipios y el Estado pudieran participar y además implementar un fondo de financiamiento de los altos costos, de la alta complejidad para que, con la constitución que tiene Brasil, se le permita hacer una redistribución y mantener esta integración público privado.

LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS MARCOS LEGALES

- Reglamentación de los seguros privados de salud
- La reforma fiscal
- La creación de un fondo de financiamiento de los "altos costos" y/o de la alta complejidad

Los cambios

El cambio de prioridad es que en los últimos años la prioridad en el gobierno estaba en los hospitales de emergencias en salud. El cuadro de situación era que la persona se enfermaba en su casa, luego las personas enfermas venían a las emergencias de los hospitales, como en Brasil sólo hay prácticamente emergencias en hospitales públicos todos iban ahí. Entonces aquellos que tenían emergencias, los que no tenían emergencias y además las personas con enfermedad crónica, todos concurrían a los consultorios de emergencias. Y todo lo que se hacía estaba focalizado en esto, aumentando el número de hospitales de emergencias de salud.

Hacia el final del año 1997 cambiamos este cuadro. El ministerio de salud paga a los municipios por cobertura, todavía continúa hasta ahora con pago por acto médico, intentando que esto resuelva parte de los casos, y disminuir la tendencia hospitalocéntrica del sistema. Ya la prioridad no es mantener un sistema hospitalocéntrico, sino todo lo contrario, es llevar y fortalecer la salud cerca de la casa.

LA SALUD CERCA DE LA CASA: EN 4000 MUNICIPIOS HASTA FINES DE 1998.

- Agentes en salud
- Vacunación
- Salud de la familia
- Reducción de la mortalidad infantil
- Discar Salud
- Combate de las carencias nutricionales
- Salud en la escuela y educación en salud

Nuevos puestos de salud

- Asistencia básica
- Puesto 24 horas
- Farmacia básica

Hospitales

- Emergencia y trauma
- Internación domiciliaria
- Internación
- Hospital de día

PISO DE ATENCION BASICA

Recursos materiales del sistema brasileño

- 6348 hospitales
- 500.000 camas (actualmente quizás más)
- De propiedad del Estado es el 34.38% de hospitales y 27% de camas que suman 135.000.
- De propiedad privada con o sin fines de lucro (el sistema privado es complementario): el 65% de los hospitales son privados (4.165) y el 73% de las camas son privadas (365.000), contratadas por el Estado.

Los recursos financieros del sistema brasileño

- El Estado gasta U\$S 28,5 mil millones (45.8%)
- El sector privado U\$S 34,2 mil millones (54.2%)

Hasta hace poco tiempo se decía que en Brasil se gastaban U\$80 habitantes año. Esto es mentira, el gobierno federal lo gastaba, ahora está a U\$120, pero el país, el pueblo gastaba U\$392. Y no se puede cambiar la realidad si no se trabaja sobre la verdad. *O sea, el gasto per cápita a nivel país es de U\$S 392 hab/año, referido a 1997-1998.*

Gasto en salud en Brasil. Año 1998.

El gobierno federal tiene a través del Ministerio de Salud un gasto total de 17.000 millones de dólares, otros sectores del gobierno gastan otros 2000 millones de dólares, los gobiernos municipales y provinciales 9.2 mil millones de dólares. No se incluye en este gasto las inversiones en saneamiento.

Entonces queremos concluir mostrando que allí hay un cierto tipo de integración.

- El Estado más o menos atiende a 120 millones de personas
- El sector privado a 40 millones de personas.
- El Estado más el sector privado gastan en salud aproximadamente el 7% del PBI (no se incluye la doble participación)

El SUS (*Sistema Unico de Salud*) es financiado por impuestos, por el pueblo. Las dotaciones que son del tesoro nacional y en el año 1996 fue aprobado un impuesto que se llama contribución que debía brindarse en enero de este año, pero fue prorrogada por más de dos años que saca 0.20% de todas las transacciones bancarias. Es muy importante que se discuta un poco esto porque durante dos años o más una persona muy reconocida como profesional, como médico, profesor de la universidad de la USPI, básicamente trabajó buscando esto de que garantizar el presupuesto para la salud.

Los estados y las alcaldías ponen una parte de su presupuesto para la salud, pero a medida que el gobierno federal lo aumenta, ellos lo disminuyen porque esto todavía no está reglado, y hay necesidad de hacer la reforma fiscal.

El ministro de salud de Brasil dirige una empresa que tiene tres grupos de socios por lo menos, el federal, el provincial y la municipalidad pero no se sabe cuál es el número de acciones y los accionistas de esa empresa. La pregunta que surge es: ¿entonces cómo va a dirigir una empresa así?

Finalmente, cualquier persona, incluso las que tienen seguro, pueden ir al Estado. Es un ejemplo muy superficial pero creemos que se está intentando hacer una mayor integración del privado y del gobierno, no del público, porque salud es un bien público y esta integración estatal privada sólo ocurrirá de manera armónica cuando los gobiernos y los gobernantes sean elegidos por los ciudadanos, por la responsabilidad de hacer al Estado cumplir con su único y verdadero papel, ser el principal instrumento de desarrollo del hombre y de la justicia social. Nosotros hemos procurado hacer cambios para buscar la justicia social pero pensamos que hemos trabajado muy poco para hacer cambios en el hombre.

La integración estatal-privada sólo ocurrirá de manera armónica, cuando los gobiernos y los gobernantes sean elegidos por los ciudadanos, con la responsabilidad de hacer al Estado cumplir con su único y verdadero papel.

SER EL PRINCIPAL INSTRUMENTO DE DESARROLLO DEL HOMBRE Y DE LA JUSTICIA SOCIAL.

LO PÚBLICO EN SALUD

Participantes: Oscar Cetrángolo y Eduardo Amadeo

Coordinador: Arturo Schweiger

Presentación

Oscar Cetrángolo ha sido profesor de la Universidad de Buenos Aires, actualmente es profesor de políticas públicas en FLACSO y coordinador de un programa de estadísticas en el INDEC. Eduardo Amadeo es economista y fue Secretario de Desarrollo Social.

Oscar Cetrángolo*

Los límites de lo público y lo privado

Cuando preparábamos estas ideas nos dimos cuenta que en realidad, la cuestión de lo público y lo privado es una forma diferente pero no distante, de ver el debate estado mercado. Incluso podríamos decir que es una forma tal vez más apropiada para la Argentina como introducción general, porque no nos olvidemos que tenemos un fuerte componente en el sector de salud de instituciones que no son estatales, pero sin embargo tienen funciones de políticas públicas. Básicamente nos estamos refiriendo a la seguridad social.

Lo primero que se nos ocurre, y que surge un poco a raíz de lo expuesto en la conferencia anterior, es que *los límites de lo público no son permanentes ni únicos*. Es obvio que eso cambia, los límites de lo público no son los mismos en Estados Unidos que en Inglaterra, en Canadá que en Australia, ni mucho menos en Argentina que en Chile. Y por supuesto los límites de lo público hoy en la Argentina, no son los mismos que los que se plantearon en la década del '40 o del '60. Y qué significa esto? En primer lugar que si no es una definición permanente y general no podemos buscar una solución única y general, en cada momento tenemos que estar dispuestos a ser flexibles y ver cómo cambia el límite de las políticas públicas. Claramente esto tiene una enseñanza de política, no podemos replantearnos los límites de la política pública en salud desde la ideología. Debíamos en cada momento, ante cada tipo de decisión de la política pública plantearnos si corresponde o no la intervención estatal. No sir-

* Economista Principal del CECE. Profesor de la Universidad de Buenos Aires. Vicepresidente Segundo de la Asociación de Economía de la Salud Argentina.

ve decir esto lo hacemos así porque nosotros defendemos esta posición, simplemente porque eso es escaparle al debate.

Y una vez que llega ese punto viene el otro problema, que es el tema que nos tiran por la cabeza a los economistas: *la restricción fiscal*. La definición de lo público no es para nada independiente de la restricción fiscal. Una sociedad define qué quiere que sea lo público, pero la voluntad de una sociedad para definir cuál es el límite de lo público, no es independiente de la voluntad de esa misma sociedad para pagar impuestos. No hay una manera de decidir que algo lo haga el Estado pero no decidir quién lo paga. Lamentablemente eso nos costó llegar a entenderlo, pero hoy es algo que no podemos dejar de mencionar.

La definición va cambiando, entonces hay que partir de una sensación impresionista y es que el papel de lo público va disminuyendo. Sea lo que sea el papel de lo público ésta es la sensación. Veamos si esto está bien o esta mal.

Lo público

Cuando hablamos del papel de lo público hay que ver qué es lo público. Hay un principio básico que refiere a una parte de la bibliografía de la economía, y que es que si hay algo que es público es la provisión de bienes públicos. Hay algunos bienes que son públicos puros donde no hay ninguna forma de discutir quién los hace. Como criterio para el que no esté en esta discusión: cualquier provisión de lo que se crea que es bien público por parte del mercado implica que éste no es un bien público. En ese caso, claramente la organización de esa provisión está a cargo del Estado, campañas de vacunación, de prevención, cuidado del medio ambiente, diseño de la política, ese es un accionar exclusivo del Estado.

Luego vienen zonas más grises, donde está toda esta cuestión de cómo se regula al sector privado, que existe y es importante y hay distintas formas de regularlo. Alguien nos puede decir que la forma de regular al sector privado no es necesariamente pública, sino que el mercado mismo debiera regularlo. Esta es una posición y marca los cambios que se van viendo en la definición de lo público.

Si hilamos un poco más fino, se encuentran problemas que tienen que ver con la provisión pública de salud en aquellos lugares donde el privado no aparece, no porque no pueda aparecer, sino porque no le interesa. Entonces tenemos que pensar que el Estado tiene algo que hacer y es importante que lo asuma y lo haga.

Por detrás de todas estas cosas, está lo que nos parece que es *lo público por excelencia, que es la definición de la política de salud, que no hay duda que debe ser pública*. Y tenemos que ir un poco más allá, y cuando decimos definición de política, nos estamos refiriendo básicamente a tener un diseño de organización del sector que responda a un criterio de equidad que la sociedad considere justo, que crea razonable defender. Entonces hay un criterio de equidad que está por detrás de cada política, de cada diseño institucional, y eso implica dos cuestiones definición de provisión y definición de financiamiento.

Así visto y tratando de aterrizar en la Argentina, encontramos que las mayores dificultades tienen que ver por un lado con el exceso de optimismo, cuando se considera que el mercado puede regular al sector privado. Esto es algo que parece reiterativo, pero los vicios también se reiteran. La idea que el mercado va a solucionar los problemas de eficiencia y hasta de equidad sigue prevaleciendo. Entonces cuando una idea prevalece durante tanto

tiempo, cabe preguntarse qué está pasando, si no hemos sido convincentes o si estamos equivocados.

Claramente, la experiencia internacional dice que el mercado en salud no es un buen regulador, entonces hay que hacer un poco de autocrítica. Nos parece que hay que ponderar un poco la idea, y considerar que tal vez nos equivocamos en ser tan vehementes en esa definición. ¿Y por qué decimos esto.? Porque parece que Argentina tiene una parte importante de su sector salud al que las políticas públicas no le llegan. Hay un sector con tales mecanismos defensivos, con tales barreras que es muy difícil que un Estado logre tener políticas de regulación que logren dominarlo.

¿Cuánto hace que se habla de generar un esquema de regulación de la seguridad social que la haga más eficiente, que se separe la política de salud de la política sindical, etc. etc.? La verdad es que hace décadas. Y no se logró armar una institución pública capaz de regular esta cosa tan peculiar de nuestro sistema, que es un subsector tan vinculado al gremialismo, y que además comparte los vicios propios y los problemas de eficiencia y equidad que tiene ese sector.

Y la verdad es que cuando nos damos cuenta de eso, pensamos que a lo mejor algo de mercado no le vendría mal. Pero cuando se dice esto se tiene que ser consciente que se está pensando en el mercado que arrasa y no en el mercado que regula. Y ser asimismo consciente de los peligros que tienen este tipo de propuestas, pero éste es el tipo de debate que nosotros estamos procurando desde hace unos años.

El otro problema serio y que pensamos que implica una renuncia a una política pública, que acaso entendemos menos, es la falta de una política pública regional. Se discute si la política debe existir o no, queda claro que tiene que existir, pero, ¿a cargo de quién tiene que estar? Es un ministerio nacional, provincial, o municipal? ¿Quién es el encargado de asegurar la equidad en la provisión y el financiamiento de la salud? Estos son grandes interrogantes que aún no han sido resueltos, que deben incluirse en el debate.

Nosotros vivimos en un país con grandes desigualdades regionales. Es un país muy extenso, muy amplio, con provincias muy ricas y provincias muy pobres y con diferencias de preferencias, aún comparando provincias con similares posibilidades de gasto de recursos, tenemos provincias con distintos gustos.

Si eso es así, creemos que si hay un bien que tiene que ser accesible a lo largo de toda la nación, eso es la salud, y ésta genera un tipo de responsabilidades que la nación no puede relegar. Entonces la revisión del proceso de descentralización que ha tenido la Argentina, marca que en realidad nació descentralizado por nuestra propia organización, y pensamos que debería ser revisado. Nuestra constitución del siglo XIX no se hizo cargo de este problema y la última reforma tampoco se hizo cargo de esta cuestión, y hoy no hay garantía de provisión y financiamiento de la salud a nivel nacional. Pero tal es el problema, que aún habiendo sido descentralizada la política por motivaciones absolutamente fiscales y sin ningún tipo de relación con la política de salud, hoy se hace necesaria la redefinición de cuál es el rol de la nación, cuál es el rol de las provincias y de los municipios.

Las políticas nacionales

Hoy, básicamente, la equidad no puede ser atendida desde otros gobiernos que no sean

el nacional. Aquí llegamos a una cuestión que tiene que ver con los recursos. Si la política es nacional, el tema pendiente es quién maneja los recursos.

Hoy tenemos una discusión bastante seria que tiene que ver con cómo se redistribuyen los recursos en los distintos niveles de gobierno. Es imposible redefinir las prioridades entre nación, provincias y municipios si no se replantea la forma en la cual se distribuyen los impuestos entre los distintos niveles de gobierno. Y en esa distribución es donde habría una tendencia lógica, una cierta inercia hacia descentralizar cada vez más. Nos parece que desde el sector debería haber algún tipo de llamado de alerta en el sentido de que descentralizar todo no es tan bueno, y hay algunas cosas que deben estar o mantenerse centralizadas. Y si hay que centralizar algunas cosas lo mejor que podemos hacer es recuperar financiamiento para políticas nacionales.

Esto quiere decir que el encargado de custodiar que los programas de salud, por ejemplo en la provincia de Jujuy, sean de un nivel y de una calidad que se acerquen a lo largo del tiempo a los programas que tiene una provincia con mayores recursos dedicados a la salud, como pueden ser Mendoza o Neuquén, ese encargado tiene que ser la nación. No es posible esperar que las provincias pobres reasignen sus propios recursos para alcanzar a la provincia rica. La idea que la gente vota con los pies, y se va de un lugar a otro, y de esa manera logra cambiar las decisiones políticas de los gobiernos provinciales para que todos tengan una política homogénea, en salud es una ingenuidad, y da la sensación que la política nacional tiene mucho que hacer en ese sentido.

Por supuesto que eso no quiere decir ir en contra de nuestra historia federal, lo mucho que hay que hacer tiene que estar de acuerdo con las prioridades que tiene cada gobierno. Tiene que haber instancias de concertación entre gobiernos nacionales y provinciales para rediseñar las políticas. Y en eso más allá de todos los problemas que haya en general en todas las políticas sociales, en Argentina hoy y por distintas razones, quienes actuamos en salud tenemos una cierta sensación de envidia hacia el área de educación. En educación nosotros discutimos alrededor de una política nacional, cuando se discuten los problemas de la educación, de la equidad, se discute si uno de los artículos de la Ley Federal de Educación está bien o está mal, si el financiamiento que está definido en esa ley es el apropiado o no, hay claramente una política nacional.

Nosotros no tenemos una política nacional en salud. Entonces acá hay que entender por qué pasó eso. Un punto muy importante a tener en cuenta, es que en las diferencias regionales no están solamente las diferencias en las preferencias y recursos que asigna el sector público, o el sector privado y que es extremadamente diferente en cada región. El desarrollo del sector privado es totalmente distinto en una ciudad que en una zona rural, obviamente en la zona rural posiblemente no existe, pero además en cada provincia el desarrollo y la puja sectorial que se dan en el sector privado son absolutamente diferentes y la puja sectorial en cada ciudad, en cada provincia genera comportamientos defensivos en las formas de regulación que deben ser necesariamente diferentes. Entonces si nosotros tenemos sectores privados tan heterogéneamente desarrollados, nosotros no podemos pensar que la política es única para todos.

Finalmente consideremos un segundo problema que no es menor, estamos defendiendo la idea de que las políticas de salud, en lineamientos generales son nacionales, pero a su vez estamos mostrando y proponiendo que la política nacional debe ser flexible, cosa que no es tan fácil de hacer, y eso marca una diferencia con la política educativa, donde se dan parámetros generales y después se van adaptando de región en región.

Conclusiones

Nos parece que el desafío no es para nada simple. Y queremos terminar con este punto: nuestra idea es que se debe diseñar una política pública que sea nacional, y que esa política pública nacional tiene que tener en cuenta necesariamente qué actores, qué funcionamiento, y qué intereses defiende el sector privado en cada lugar de nuestro país.

Pero lo importante es diseñar la política, es discutir qué tipo de política queremos y qué criterios de equidad y solidaridad buscamos defender en la política de salud en general, y no solamente en la seguridad social que es lo que está prevaleciendo en el debate de los últimos tiempos.

Eduardo Amadeo*

Las políticas sociales globales

Queremos inicialmente aclarar que no hablaremos estrictamente de la relación de lo público y lo privado en políticas de salud. Apenas podemos con nuestra propia salud, no somos especialistas en el tema. Y por esa razón quisiéramos tocar este tema desde una perspectiva diferente, que tiene que ver con el tema global de las políticas sociales, destacando que estamos absolutamente de acuerdo con lo que dijo Oscar Cetrángolo precedentemente.

Si uno hace una foto de lo que pasa en el sector salud encuentra, al igual que en el sector social, una mezcla de filminas que dan imágenes complejas. Por un lado es cierto que ha venido aumentando de manera sostenida el gasto público consolidado en el sector social, esto es así sin ninguna duda. Y lo mismo ha sucedido en el sector salud, hay indicadores que demuestran que Argentina no tiene un problema estructural de infraestructura o de recursos humanos. Esto puede comprobarse consultando todas las estadísticas e indicadores, por ejemplo del Banco Mundial, acerca de las comparaciones en cantidad de habitantes por cama, médicos por habitantes, etc.

Hay una estadística muy interesante que dice que el 70% de la población argentina vive a menos de 10 cuadras de un centro de salud. Los niveles de cobertura de las carencias o de las necesidades sociales más elementales, como los niveles de vacunación, los cuidados prenatales, etc., muestran que desde el punto de vista estructural, esto es las cifras en general, la Argentina no es un país que tiene un problema de infraestructura, material o humana, que implique restricciones estructurales para desarrollar un sistema. Se puede afirmar que sucede todo lo contrario. Sin embargo a medida que se comienza a hincar el diente en las cifras lo que se encuentra son problemas graves, ante todo desde el punto de vista de la equidad territorial, y de la equidad medida por los niveles de ingreso o de acceso de los distintos niveles de ingre-

* Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Ex Secretario de Desarrollo Social de la Nación.

so al sistema de salud y a sus resultados. Tenemos una relación de 9 médicos por 1000 habitantes en la Capital Federal, 1 por 1000 habitantes en Formosa. El 97% de la población argentina tiene cuidado prenatal, sin embargo cuando uno analiza la calidad del cuidado prenatal en términos de la frecuencia de las visitas y la estructura de los programas, el 33% de los pobres tienen un cuidado prenatal inadecuado según los estándares internacionales, para no medir los indicadores más conocidos como la mortalidad infantil, la mortalidad evitable, etc.

Y acercándonos más al punto en el que vamos a concentrarnos, hay una fuerte asociación entre problemas de salud y carencia de infraestructura social en términos de pobreza, como naturalmente el tema del acceso al agua, cloacas, calidad de la vivienda. Entonces estos son para nosotros los problemas macro más importantes, la fuerte asociación que hay en los problemas que tiene el sistema en términos de equidad.

No quisiéramos dejar de mencionar un tema que creemos muy importante y que estaría detrás del título de esta conferencia, que es que en términos generales en los sistemas sociales en la Argentina y en el mundo, estamos con nuevos problemas que exigen repensar los modos de prestación. Y estos nuevos problemas y desafíos tienen que ver con la explosión no de desempleo, sino más precisamente de la carencia de un empleo estable y bien remunerado. En todo el mundo estamos teniendo un problema muy grave con respecto a la carencia de empleo, y la estabilidad en el acceso al empleo con sus naturales consecuencias en términos de demanda sobre el sistema público, o sea tanto el sistema público de prestaciones básicas como de previsión social. Y desde ya el segundo gran problema es el envejecimiento de la sociedad. Estos dos temas generan y justifican todas estas preocupaciones que tenemos por el acceso de los pobres y de los distintos territorios, a los diversos beneficios del sistema de salud, y son justamente los que están agudizando las presiones por el lado de la disponibilidad de recursos.

La visión sistémica

Si decimos que la disponibilidad de recursos en Argentina para el sistema de salud y para las inversiones sociales ha venido creciendo sostenidamente en el tiempo, y es comparable con niveles equivalentes en términos de producto bruto per cápita, decimos que pongamos una luz roja sobre lo que va a pasar en el futuro con estos dos problemas y pensemos en la necesidad de examinar los sistemas desde el punto de vista de estas variables.

El problema de salud al igual que todas las inversiones sociales es un problema de eficiencia sistémica, esto es hay una fuerte interrelación entre el resultado final sobre la calidad de vida, el bienestar y la felicidad de los habitantes, de todos los componentes del gasto social en general. Acabamos de mencionar el tema de la relación entre salud y agua y cloacas, pero también se da entre salud y educación, entre salud y vivienda, entre salud y prestaciones previsionales.

Es central poder entender el tema de eficiencia sistémica. Si nos concentramos puramente en el tema de salud, estamos dejando de lado una cuestión que desde la perspectiva de las políticas públicas resulta fundamental entender. Y cuando lo vemos así, en la Argentina tenemos un muy complejo sistema de decisiones y mecanismos de financiamiento, que produce una matriz de difícil resolución técnica y mucho más compleja resolución política. Porque si tenemos una matriz donde hay vivienda, infraestructura social, educación, salud, nutrición, y

tenemos nación, provincia y municipio como fuentes de decisión, pero le agregamos como en un cubo otra dimensión donde tenemos los sistemas de financiamiento de todas estas áreas, y luego otra dimensión de lo privado y de lo público, como resultado tenemos un problema sistémico de extrema complejidad para resolver y que, en nuestra experiencia es el determinante fundamental de los problemas de eficiencia y equidad en las prestaciones sociales en la Argentina.

En razón de todo esto, en la práctica existen sistemas mixtos y sistemas tripartitos, donde el sector social participa por ejemplo en las cooperadoras escolares, entonces esta multidimensionalidad de las políticas sociales es un tema bien complejo.

Todo nuestro argumento va en la misma línea: que la descentralización fue desde algún punto de vista una decisión revolucionaria, en el caso de educación pedida desde la profundidad de los siglos por las provincias, pero además con un beneficio muy fuerte que es poner las políticas al beneficio de la gente y esto debería mejorar la eficiencia.

Pero al mismo tiempo implicó uno de los problemas que estamos teniendo ahora, que es la desaparición o la disminución de la capacidad del Estado Federal para actuar como compensador. Tenemos provincias cada vez más ricas, Estado cada vez más pobre y en el conjunto una multidimensionalidad, como la que mencionábamos recién, que hace difícil corregir los problemas de equidad y eficiencia. Porque el Estado, además de que no puede operar porque no tiene recursos, tiene problemas de poder político.

Entre este tipo de problemas, uno de ellos son las dificultades para inducir o aprovechar las ventajas de las economías de escala que nacen de la regionalización de la salud. En nuestro caso nos tocó administrar un programa federal destinado a los beneficiarios de pensiones no contributivas, que no era poca plata, significaba unos 100 millones de pesos por año para atender a esta población de 600.000 beneficiarios, y era un programa de cabecera para poder intentar desarrollar sistemas de regionalización de prestaciones. Pero debemos admitir que realmente fracasamos absolutamente, teníamos plata pero no teníamos el poder político, es muy complejo intentar un ordenamiento en la utilización de recursos. Entonces sigamos componiendo la matriz, nos falta poder para poder buscar elementos de consenso que tiendan a la mejor utilización de los recursos.

Equidad y financiamiento

Quisiéramos hacer dos comentarios, uno sobre la equidad y otro sobre el tema del financiamiento a la oferta y financiamiento a la demanda.

Creemos que a veces nos falta mirar las cifras del gasto público y del gasto privado con una frescura intelectual que se corresponda con las preocupaciones ideológicas, intelectuales o las opciones que hemos tomado. Y esto tiene que ver con la equidad en el gasto, la libertad que tenemos para mirar el tema de la equidad en el gasto.

Tomemos dos ejemplos, con los cuales somos conscientes que juntamos muy pocos votos. Creemos, y es una de las cosas que más angustia cuando se trabaja con la pobreza, creemos que los pobres no tienen voz, o sea salvo que se armen estructuras políticas muy fuertes, los pobres generalmente tienen mucho menos voz que aquellos que tienen acceso a los medios de comunicación en los medios urbanos. Un ejemplo muy claro de esto es la inversión en Chagas versus la inversión en SIDA. No hay ningún criterio social ni humano que autori-

ce a entender por qué se invierten 60 millones de dólares en programas de SIDA y tan poco en Chagas. Y sin querer abrir juicio sobre lo que significan una y otra enfermedad, una razón es porque los pobres no tienen voz. Pero si nosotros no miramos el presupuesto público y no tomamos decisiones sacándonos de encima este tipo de presiones corporativas, no hablemos entonces de la necesidad de nuestro compromiso con los pobres. Y lo mismo pasa con el tema de la asignación de recursos entre la educación primaria y la universidad.

Ponemos estos ejemplo pensando en cuestión de eficiencia y de equidad, porque creemos que tenemos que repensar el gasto público con este tipo de visión.

El otro tema sobre el cual tenemos que tener la una visión lo suficientemente clara es si financiar oferta o financiar demanda. Este tema es claro y se ha abierto más el debate y las definiciones en educación, que tiene muchas ventajas en términos de la globalidad y la nacionalización de las ideas. De todos modos pensamos que no hay que atarse las manos, hay que pensar libremente, si bien no entendemos muy bien el tema en salud porque en salud hay mucho más capacidad de los beneficiarios de poder elegir, se ha avanzado mucho en la libertad de elección, aunque aquí también hay ciertas restricciones estructurales. Los pobres por definición tienen menos capacidad de elección porque tienen menos herramientas para organizarse, para expresarse y para saber. Y en la medida en que haya más horizontalidad en el conocimiento habrá más capacidad de elegir. Y en el tema de la educación el caso es clarísimo, mientras siga funcionando un sistema definido por comportamientos y compartimientos corporativos la víctima es el alumno. Entonces mientras la discusión se plantee en términos de la corporación de los docentes, la corporación de los gobernadores que reciben el dinero y no lo quieren repartir y los padres de los alumnos no puedan su demanda, el sistema seguirá teniendo las ineficiencias que tiene. Reiteramos que no lo tenemos claro en el tema de salud, pero en esta discusión de lo público y lo privado hay que romper el pensamiento desde la ideología e intentar entender el tema en términos de eficiencia y equidad.

La energía social como recurso para la eficiencia

El último punto es señalar que en Argentina existe una fabulosa subutilización de la energía social. Esto es, de la posibilidad de interactuar con la gente, con las organizaciones de la comunidad, con la participación comunitaria, con la importancia que tiene el componente educativo en las políticas preventivas, desde el reconocimiento el respeto y el cuidado del propio cuerpo, desde la relación con los padres, etc. Creemos que en Argentina todavía tenemos mucho camino para trabajar, en términos de la utilización de la energía social como un instrumento de prevención y de mejora, en este marco de eficiencia sistémica del cual hablaríamos antes.

Falta discutir formalmente qué experiencias hay en términos de utilización de la energía social, y cómo la gente organizada puede ser un instrumento tan efectivo de las políticas de salud por muchas razones. Una de ellas es porque cuando uno abre el juego, arma sistemas de participación, la gente se hace oír, esto es no existe este tabicamiento entre el decisor y el receptor porque en el medio hay organización. Podríamos contar algunas experiencias notables de cómo mejora localmente la situación en términos de prevención y de mejor calidad de vida de los habitantes de determinados lugares, cuando se organiza la energía social. Un ejemplo es el de los cuidadores domiciliarios, que llevaba a que los ancianos trabajaran con ellos,

o bien dentro de las comunidades entre ancianos o de las organizaciones de la comunidad cuidando a los ancianos. Todos estos emprendimientos producen una mejoría de la calidad de vida realmente notable.

Al tema de la dicotomía privado público, adicionémosle el tema social, porque esto tiene mucha miga para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.

Planteo de la audiencia a la mesa

Uno de los problemas que se planteó es el problema regional de las políticas de salud, ¿cómo se considera que se puede avanzar un poco en la idea de la negociación, qué tipo de instrumentos, o qué negociación habría que hacer entre nación, provincias y municipios y cómo se financiaría, qué parte de coparticipación federal estaríamos asignando en ese supuesto?

Oscar Cetrángolo: La cuestión no es para nada simple, básicamente por varias cosas. Hay cuestiones que tienen que ver con la organización de los mercados en cada lugar, que tienen que ver con la salud. El desarrollo de la seguridad social en cada provincia es totalmente diferente. Hay provincias en donde los institutos provinciales son muy centrales a la organización del sistemas y otras provincias donde no. Hay provincias donde la capacidad, la infraestructura es más apta que en otras, y hay provincias a donde la geografía es diferente. Este dato que dio al principio de la charla Eduardo Amadeo es muy importante, esta cosa de que el 70% de la población está a 10 cuadras de un centro de atención, el problema es que el 70% no está equitativamente distribuido. Hay lugares, digamos en la Capital Federal es del 100% pero en Catamarca o en Jujuy o en Santiago del Estero hay más del 50% que no está a 10 cuadras, entonces el gasto y las transferencias y la política nacional tienen que tener en cuenta ese tipo de disparidades, no sólo en el desarrollo del sector privado sino también de características geográficas y culturales.

El armado de transferencias compensatorias, la coparticipación, acaso sean la solución final. Pero ahora el problema es que en educación hasta podríamos saber qué cosas tenemos que compensar, nosotros tenemos tasas de analfabetismo, tasas de repitencia, etc. Ahora hasta tenemos tasas de evaluación. Entonces se puede imaginar qué tipo de programas tienen que ir y de hecho algunos programas ya están actuando. En salud ni siquiera sabemos qué es lo que tenemos que compensar, no tenemos una clara idea de las diferencias entre regiones, y ahí tenemos un primer problema que requiere el trabajo diferencial en cada jurisdicción, por eso lo que decimos es que cada provincia debería definir características de su sistema de salud, y acordar líneas generales con la nación.

Si llegáramos a eso tenemos un problema financiero bastante serio, y es que la coparticipación en Argentina está armada de manera tal que las provincias tienen recursos de libre disponibilidad por un determinado monto, en tanto que la nación se queda con otro porcentaje, que hoy es mucho más grande que el que establece la ley en virtud a distintos pactos y reformas a lo largo de los últimos años, es decir: el reparto es diferente. Y es diferente porque la nación tiene a su cargo un gasto que es extremadamente demandante y que está por detrás de todas las modificaciones que hubo desde 1994 en adelante, que es el sistema previsional. Tenemos un sistema previsional extremadamente demandante de recursos, lo que implica que ante cada crisis, ante cada problema macro, ante cada accidente, la nación trata de sacarle par-

te de un recurso que en teoría, en teoría pero no en la Ley coparticipable, para asignarlo al sistema previsional. Y en última instancia otra línea de reforma es reducir el gasto previsional que es el último tipo de reforma anunciado.

Tenemos la sensación que hasta que no se resuelva el problema previsional es muy difícil plantear la cuestión de la coparticipación. Lo que vamos a decir es muy poco político, pero sentimos que el tema de la coparticipación es una definición muy crucial entre asignación a los ancianos y asignación a los jóvenes. En la discusión de la coparticipación uno siempre tiene que estar pensando que cada fondo o recurso que se lleva la nación, va hacia los jubilados pero deja de ir a la educación y a los ancianos. Y eso habría que sincerarlo y hasta que no se resuelva esta cuestión, una de las formas de hacerlo es aumentar la torta, si se plantea aumentar la presión tributaria tal vez esto se resuelva, pero eso también es otro problema, quién va a pagar los impuestos.

Entonces este es uno de los problemas a resolver: de dónde salen los recursos para las políticas compensatorias. Recupera funciones de la nación, ¿y qué significa? ¿que las provincias ceden una parte de sus gastos para que se armen políticas nacionales compensatorias? ¿la nación recibe una parte de sus fondos para armar políticas compensatorias? Eso en la Argentina de hoy y de los próximos años, con la retracción fiscal existente nos parece un tema resolver.

Eduardo Amadeo: Coincidimos con el planteo de Oscar Cetrángolo. Lo que dijimos del sistema previsional y del envejecimiento de la población es un tema a mediano plazo extremadamente complejo. Creemos que en términos de plantear herramientas se debería tener en cuenta que vendrá un cambio de gobierno dentro de poco tiempo, hay que empezar discutiendo el tema de la coparticipación en estos sentidos, o sea hay que exigirles a los candidatos que demuestren la voluntad política y la capacidad política de poder plantear este tema al inicio, cuando se tiene poder, porque si esperamos de vuelta el tema se diluye y pasa lo que estamos exponiendo.

Luego hay que encontrar algunos acuerdos operativos mínimos. Para nosotros hay cuatro herramientas que tienen que ser parte de un acuerdo político. El primero es ponerse de acuerdo sobre las brechas, este tema de dónde estoy y dónde quiero llegar y acordarlo. Segundo trabajar por presupuestos sociales consolidados en todas las jurisdicciones. Tercero, tener un sistema de monitoreo acordado. Hay que hacer públicos permanentemente los resultados. Y cuarto tener un padrón público de beneficiarios. Con estas cuatro herramientas creemos que se tiene la base para discutir política porque sino no hay transparencia.

LA VISIÓN DE LA ECONOMÍA POLÍTICA

**Expositores: Jorge Remes Lenicov, José Luis Machinea
y Adolfo Sturzenegger**

Coordinador: Laura Lima Quintana

Jorge Remes Lenicov*

Introducción

Los análisis sectoriales deben realizarse en el contexto de todo el sistema socioeconómico. La economía es un esquema de vasos comunicantes, donde el equilibrio parcial o la satisfacción de un sector puede perjudicar a todo el resto.

I. Las restricciones que tiene Argentina en esta nueva etapa

Argentina deberá afrontar los nuevos desafíos en un marco de restricciones generadas por la condición de país emergente, nuestra propia historia y el contexto internacional.

Restricciones internacionales:

- Desaceleración económica y menor comercio
- Futuro incierto e inestable.
- Precios bajos de nuestras exportaciones y altas tasas de interés.
- Devaluaciones de muchos países con relación al dólar

Restricciones locales:

- La deuda externa, que si bien en términos de PBI no es muy elevada sí lo es en términos de exportaciones (capacidad para generar divisas). Para crecer se necesita el ingreso de capitales porque el ahorro interno es menor a la inversión. El déficit de la cuenta corriente del balance de pagos que llegara al 4.5% del PBI y es considerado muy alto.

- El desequilibrio fiscal consolidado, que aumento a cerca de 8.000 M. Es prioritario tener equilibrio fiscal.

- Estos factores, mas las políticas económicas erradas previas al 90, se refleja en mayores tasas de interés (riesgo país).

* Economista. Ex Ministro de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

- La escasa o mala capacidad del Estado (3 niveles) para gestionar/administrar políticas sociales y activas.
- Relativa calificación del capital humano, pero con una población importante que tiene muy bajo nivel educacional.

II. Los desafíos de la Argentina hacia el futuro

Argentina está enfrentando tres importantes desafíos:

- 1) Mejorar la competitividad sistémica de su economía
- 2) Mejorar la distribución del ingreso y promover la igualdad de oportunidades.
- 3) Mejorar la educación (cobertura, pertinencia, calidad).

La competitividad, concepto básico para poder crecer, se refiere al conjunto de la economía y no sólo a la fuerza de trabajo que participa directamente de la industria o el sector agropecuario. La competitividad está estrechamente ligada también al comportamiento de los sectores no transables. Exige que todos los servicios, públicos y privados, alcancen altos niveles de productividad. El gasto consolidado en salud es un elemento clave de la competitividad (costos y eficiencia) pero también para lograr un mayor bienestar de la población.

Para *la distribución del ingreso* el Estado tiene distintos instrumentos: la política tributaria (su progresividad y la carga tributaria sobre el consumo y el trabajo), el desarrollo de las PYMES, buenas regulaciones en mercados monopólicos o imperfectos, defensa de la competencia y de los usuarios, y el Gasto Público Social. Este es un instrumento muy potente que tiene el Estado para redistribuir y para promover la igualdad de oportunidades.

La educación permite mejorar la competitividad y la distribución (igualdad de oportunidades y genera mayor movilidad social). El sistema educativo argentino ha bajado su performance fundamentalmente por problemas de pertinencia de los contenidos educativos, limitaciones en la cobertura de la población y bajas en su calidad.

La importancia del Gasto Público Social es su impacto redistributivo, aún cuando dicho impacto no se transforma siempre en mejora en el ingreso monetario. Se ha estimado que el efecto redistributivo de la intervención estatal a través del GPS implica un incremento del 103% del ingreso real del primer quintil de la población y de solo el 3% para el quinto quintil de la población.

Los gastos públicos en salud son altamente redistributivos ya que representan un 9% de los ingresos de los hogares del primer quintil y solamente un 0,2% de los ingresos del quintil más rico. Incide además en la competitividad porque privilegia la calidad del recurso humano, la cantidad de horas laborales efectivas, los costos laborales por riesgo de trabajo, etc.

III. El Gasto Público Social en la Argentina

El Gasto Público Social representa casi el 63% del Gasto Público Consolidado y el

17% del PBI. No es mucho si se lo compara con las economías avanzadas, pero tampoco es poco, si se considera que Argentina tiene la relación GPS/PBI más elevada de América Latina.

**Cuadro 1. Gasto Público Social.
Composición por sectores (% del PBI)**

Concepto	1980	1988	1990	1991	1994	1997
Educación y cultura	3.3	3.7	3.3	3.3	3.8	3.6
Salud	3.4	4	3.9	4	4.4	3.7
Agua potable y alc	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
Vivienda y urbanismo	0.9	0.6	0.7	0.6	0.4	0.4
Promoción y asist social	0.8	1.0	0.9	0.9	1.0	0.8
Previsión social	5.7	5.9	7.5	7.7	7.5	6.9
Trabajo	0.9	0.4	0.4	0.6	0.8	0.8
Otros servicios urbanos	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
GPS/PBI	16	16.5	17.6	18	19.	17

Fuente: Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP.

Del total del GPS, la seguridad social representa el 40%, la educación el 20% y la salud –incluyendo obras sociales y PAMI– el 24%. En el período analizado se observa que estos sectores incrementan o por lo menos mantienen su participación en el PBI.

Cuadro 2. Evolución del GPS. (en millones de \$)

Concepto	1991	1992	1995	1997	Variac% 91-97	Variac \$ 91-97
GP Total	51.401	66.145	83.277	85.696	66.7	34.295
GP Social	32.530	41.686	53.874	56.634	67.9	22.104
GP Salud	7.118	9.210	12.316	12.080	70	4.962
Salud Pública	2.613	3.674	4.828	5.054	93	2.441
Obras Soc	3.280	3.830	4.800	4.839	48	2.226
INSSJyP	1.225	1.706	2.688	2.187	79	962

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP.

Cuadro 3. Valores reales. (en millones de \$ de 1997)

Concepto	1991	1992	1995	1997	Variac% 91-97	Variac \$ 91-97
GP Total	65.605	75.686	83.951	85.696	30,6	20.092
GP Social	41.519	47.699	54.310	54.634	31,6	13.155
GP Salud	9.085	10.538	12.416	12.080	33	2.995
Salud Pública	3.335	4.204	4.867	5.054	51.5	1.719
Obras Soc.	4.186	4.382	4.839	4.839	15.6	653
INSSJyP	1.564	1.952	2.710	2.187	39.9	623

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP.

Durante la convertibilidad el Gasto Público Social creció \$22.104 M en términos corrientes (aumento mas que el Gasto Público Total), que significa el 11,3% promedio anual durante 6 años. El Gasto en salud creció casi \$5.000M en términos corrientes y el 70% en seis años.

**Cuadro 4. Gasto Público en Salud
Participación de los distintos niveles de gobierno**

Concepto	1980	1988	1990	1991	1994	1997
Nación	63	61	61	56	50	48
Provincias y GBA	34	35	34	39	44	45
Municipios	4	4	5	6	6	7
GPS/PBI	100	100	100	100	100	100

Fuente: Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP.

La reducción progresiva de la participación de la Nación y el consecuente aumento de la participación de las Provincias y Municipios está vinculado a la descentralización que se llevó adelante durante la década del '90 y a que la expansión del Gasto Público en Salud se registro fundamentalmente en la Salud Pública (de administración provincial).

La Nación concentra el financiamiento de los seguros sociales (obras sociales, a excepción de algunas provinciales para sus empleados públicos), el seguro de salud de jubilados y pensionados, algunas prestaciones de salud pública y acciones focalizadas de epidemiología. Las provincias concentran, en cambio, el financiamiento de la salud pública y algunos programas focalizados. Los municipios, en algunos casos tienen hospitales o realizan acciones de atención primaria.

Cuadro 5. Gasto en Salud. Composición por sector (1997)

Sector	Gasto en M de \$	En% del PBI	Distribución% del GP Salud
I. Público	5.031	1,7	23
a) Nacional	873	0,3	4
b) Provincial	3.662	1,2	17
c) Municipal	496	0,2	2
II. Obras sociales	7.691	2,6	36
a) ANSSAL	3.475	1.1	16
b) PAMI	2.463	0,9	12
c) Provinciales	1.753	0,6	8
Gasto Público Social	12.722	4,3	59
III. Sector Privado	8.828	3	41
TOTAL	21.549	7,3	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Nacional de Análisis del Gasto Social; Secretaría de Programación Económica, MEyOSP y PRESSAL, Ministerio de Salud.

La distribución es la siguiente: sector público puro: 23% (financiado con recursos fiscales); obras sociales: 36% (financiado con impuestos al trabajo) y familias: 41%.

Se gastan por año 21.600 millones y es el 7.3% del PBI. La participación en el PBI es mayor a la de algunos países desarrollados (Inglaterra, Japón, Luxemburgo).

El gasto en salud per capita es de \$615 pesos. Es menos que los países europeos pero mucho más que los de América Latina. Es, en promedio, 40% superior al de la región. Sin embargo la proporción del Gasto Público en Salud se encuentra en el promedio de la región y por debajo de los países avanzados. El Gasto Privado en Salud es particularmente significativo: Argentina es el segundo país (luego de USA) en términos de Gasto Privado en Salud. Mientras Argentina cuenta con el 1% del PBI mundial, representa 3% de la demanda total de medicamentos.

Otro comentario: *el índice de precios de Salud creció por sobre el PC.*

**Cuadro 6. Gasto en Salud
Comparación Internacional – Países seleccionados.**

País	Gasto Total en Salud	Gasto Público	Gasto Privado
Estados Unidos	13,6%	6,3%	6,3%
Alemania	10,5%	8,2%	2,3%
Canadá	9,2%	6,4%	2,8%
España	7,4%	5,8%	1,6%
Argentina	7,3%	3%	4,2%
Japón	7,2%	5,7%	1,5%
Inglaterra	6,9%	5,8%	1,1%
Luxemburgo	6,8%	6,2%	0,6%
Chile	4,8%	3,4%	1,4%
México	4,6%	2,7%	1,9%
Uruguay	4,6%	2,5%	2,1%
Brasil	4,2%	3,9%	0,3%
Corea	4%	2,1%	1,9%

Fuente: MEyOSP (indicadores de eficiencia comparados) y Organización Mundial de la Salud.

**Cuadro 7. Variación del Índice de Precios al Consumidor
de Servicios de Salud.**

Año	IPC	Salud
1992	17.5	22.4
1993	7.4	12.8
1994	3.9	8.3
1995	1.6	2.5
1996	0.1	0
1997	0.3	0.9
1998	0.7	-0.2
Acumulado 92-98	35	54

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), MEyOSP.

El índice de precios al consumidor de bienes y servicios de salud se incrementó un 54% desde 1992, mientras que el índice de precios general creció un 35%.

**Cuadro 8. Impacto del sistema de salud.
Comparación regional.**

Tasa	Argentina	Chile	Uruguay
Tasa de mortalidad infantil	21‰	11‰	16‰
Tasa de mortalidad materna	46‰	34‰	38‰

Fuente: estadísticas de OPS y OMS

El impacto del sistema puede ser medido por la situación de dos indicadores estrechamente vinculados a la calidad de la salud de la población y las prestaciones médicas del sistema. A pesar de la mayor importancia del Gasto en Salud de la Argentina, la mortalidad infantil y la mortalidad materna muestran una importante brecha con países demográfica y socioeconómicamente similares a la Argentina.

En la Salud conviven tres subsectores: ello exige un análisis sistémico. El Estado puede intervenir en la salud mediante: el financiamiento y las prestaciones (oferta) y las regulaciones (funcionamiento del mercado).

El desarrollo del sector se ha caracterizado por: financiamiento múltiple (entre aportantes a sistemas públicos, financiamiento de la salud pública por distintos niveles de gobierno y gastos privados), desintegración de prestadores y bajas o deficientes regulaciones.

IV. El futuro del GPS y del gasto en salud:

En una economía ordenada y que requiere capitales externos para sostener el crecimiento, el equilibrio presupuestario del sector público es crucial.

El aumento de impuestos o de los aportes a las obras sociales es inviable en una sociedad que está realizando importantes esfuerzos para mejorar su productividad, y que además no ha visto que el mismo esfuerzo haya sido realizado por el sector público. Es, además, contraproducente en términos de competitividad porque significa trasladar recursos necesarios desde los sectores productivos hacia el Estado. Por el contrario, el planteo actual, para mejorar la competitividad es bajar los costos impositivos.

Una hipótesis realista hace suponer que primero hay que alcanzar el equilibrio fiscal: debe recordarse que en 1999 el déficit consolidado será de \$ 8.000 M. A partir de allí el Gasto Público Social podría crecer, en promedio, como máximo al 4% anual, porque esta es la tasa de crecimiento que se estima en promedio puede tener la economía argentina.

Esta posición se condice con el Proyecto de Ley de Solvencia Fiscal que presentara en 1998 para limitar la presión tributaria y el gasto, alcanzar el equilibrio fiscal, sentar las bases para la transformación del estado y crear un fondo anticrisis.

Sin embargo, y para no volver a cometer los viejos errores, es imperioso que a los equilibrios macroeconómicos se le adicione una mayor capacidad de gestión y reformas institucionales adicionales. Sin cambio en el Estado es difícil llevar adelante políticas sociales y activas y por ende cumplir con su rol.

Se exige, entonces, un aumento de la eficiencia del gasto social y la revisión de su destino para mejorar la calidad de las prestaciones. Para mantener dicha tasa de crecimiento económico debe haber un aumento de la competitividad global de la economía, tanto en el área pública como privada. Necesitamos ganar en productividad del sector público.

V. Las principales transformaciones y los problemas del sector salud.

Las principales transformaciones que ha tenido el sistema de salud en los últimos años han sido:

- Aprobación del marco normativo que establece los lineamientos de políticas sustantivas e instrumentales del sistema, en base al cual se han realizado todas las reformas ocurridas hasta la fecha (Dec. 1692/92).
- En 1993 se transfirió y centralizó en la Dirección General de Impuestos (DGI), las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de Obras sociales (decreto 507/93). Este es un elemento de importancia que permitió ordenar mejor el sistema (es a partir de este decreto que se inicia la confección de un padrón de afiliados, elemento que no existía).
- Regulación y control de la calidad de la atención médica por medio del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Esta es una herramienta sin la cual ningún sistema de salud puede funcionar en forma eficiente, tanto en el sector público como en el privado. Si bien aún no se ha desarrollado suficientemente, es un punto de partida que se debe ir perfeccionando.
- El control de calidad de los medicamentos, alimentos y tecnología fue puesto en manos de una institución autárquica, la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que es una institución referente nacional y formador de recursos humanos (Decreto PEN 1490/92).
- Se aprobó una nueva ley de patentes (leyes 24.481 y 24.572/95, Decreto 260/96).

En el subsistema de salud pública:

- Creación del Registro de Hospitales Autogestionados (Decr.578/93), donde deben inscribirse los hospitales descentralizados nacionales, provinciales y municipales. Esta norma está orientada a la reconversión de los hospitales públicos a fin de dotarlos de mayores responsabilidades en administración.
- y gestión. Los hospitales inscriptos podrán facturar al Sistema Nacional de Salud por las prestaciones brindadas a los beneficiarios del Sistema.
- Mejoramiento de las posibilidades de financiación de los hospitales públicos al determinar la obligación de las obras sociales a pagar las prestaciones de los efectores públicos (Decreto9/93).

- Incremento de la inversión en infraestructura hospitalaria y en equipamiento para la modernización de servicios y tecnologías.

En el subsistema de obras sociales:

- Desregulación de obras sociales sindicales pasando de un modelo de prestador monopolístico a uno de competencia entre las mismas y con las privadas (prepagas), otorgando a los beneficiarios la libre elección de la obra social, como así también la unificación de aportes de los grupos familiares a un único prestador.
- Incorporación del Programa Médico Obligatorio (PMO) como nivel de cobertura mínimo que debe ser provisto y garantizado por las obras sociales.
- Se inició la transformación del ANSSAL para cumplir con la superintendencia de regulación y control de obras sociales.

En el subsistema de medicina prepaga:

- Defensa de los usuarios de medicina prepaga a través de la Comisión de Defensa del Consumidor, que ha implicado en algunos casos entender que el PMO es aplicable a las prestadoras.

El sistema de salud enfrenta en la actualidad tres problemas claves:

- 40% de la población no tiene cobertura de seguro de salud (público o privado), con importantes diferencias inter-jurisdiccionales. La atención de toda esta población es responsabilidad del subsistema de salud pública.
- El sistema de salud no está regulado como un todo integrado y además se encuentra fuertemente condicionado desde la oferta de servicios. Falta coordinación entre sector privado (no regulado), el sector público y el sistema de obras sociales. Esto limita la eficiencia en la utilización de recursos, hay sobreinversión en algunos sectores (tecnologías) y subinversión en otros.
- La vinculación efector - administrador del seguro y las características atípicas del mercado de la salud limitan la competencia y los derechos de los usuarios, para lo cual es necesaria una clara regulación del Estado a favor de la defensa de los intereses de éstos últimos.

Estos problemas pueden plantearse en dos niveles:

- La organización institucional, los marcos regulatorios y la coordinación entre los subsectores. Definir la participación del mercado, el sector público y las regulaciones.

- La organización micro de cada una de las áreas prestadoras de servicios públicos. Es imprescindible cambiar el enfoque institucional y las regulaciones que se vinculan a él para ganar en eficiencia. Este es un debate hacia adentro que nos debemos los argentinos.

VI. Condiciones para mejorar el impacto del Gasto en Salud y en particular los gastos públicos

1. Las cuestiones básicas institucionales

- El diseño de la política de salud debe incluir a todos los subsistemas y definir el rol de cada uno y sus formas de interacción. Es fundamental la planificación de la organización de redes nacionales, provinciales y locales de atención. Se debe involucrar a las ONG en la gestión y en el control.
- Hay que definir responsabilidades y funciones entre las Provincias, los municipios y la Nación. El Estado Nacional deberá cumplir un rol en la fijación de objetivos y metas sectoriales, en la armonización de los desequilibrios regionales y en la imprescindible coordinación de las políticas sociales y de salud y realizar monitoreos y controles con criterio sanitario y económico. Es fundamental coordinar las acciones sobre una misma población teniendo en cuenta que la descentralización es un proceso que debe continuar y fortalecerse.
- Se debe mejorar y ampliar los sistemas de información económica y social básica (periódica, oportuna y accesible) como también los controles. Ello permitirá no solo conocer el funcionamiento del sistema sino también darle mayor transparencia.
- Se tiene que definir el marco regulatorio en la salud y la coordinación entre los subsistemas público, obras sociales, prepagas y medicamentos. El estado es responsable de la salud de sus habitantes por lo que debe comprometerse a obtener mejores resultados y producir cambios en la equidad de las prestaciones en los servicios de salud.

Es necesario:

a) Profundizar la desregulación de las Obras Sociales pero supervisando que no aparezcan mecanismos discriminatorios en la aceptación de afiliados, mejorar la redistribución del fondo de solidaridad y evitar filtraciones. Crear mecanismos que mejoren la eficiencia en la asignación de recursos.

b) Incorporar regulaciones al sistema de medicina prepaga (protectivas de usuarios y calidad de servicios - obligatoriedad del Programa Médico Obligatorio, carencias, preexistencias, edades, etc.)

c) Mejorar la transparencia del mercado de medicamentos a través de la publicidad de los precios y su autorización de comercialización. Llama la atención que Argentina represente el 1% del PBI mundial pero el 3% del mercado mundial de medicamentos, ubicándose en este mercado en el 10° lugar en el mundo.

Este rediseño institucional deberá evaluar la incorporación de seguros de salud obligatorios (extendiéndose a los autónomos) y coseguros voluntarios y la cobertura por seguros de salud de personas no cubiertas, a través del Estado, que aún cuando tengan como principal efector de prestaciones al subsistema público puedan ser derivadas al sector privado.

2. Consideraciones sobre la organización del área de salud pública

La naturaleza micro y la propia complejidad de los cambios pendientes, demandan una firme determinación reformista, decisión y voluntad política, una adecuada capacidad de diseño, gran perseverancia en la ejecución y tiempo para consolidar las transformaciones y medir sus resultados.

Debemos hacer una “gran cruzada nacional”, tanto para la administración de los impuestos y aranceles como la del gasto, y lograr para ello el consenso de la comunidad y el compromiso de todos los involucrados: nación, provincias y municipios, sector público, obras sociales y sector privado.

Para reordenar la salud pública tienen que tenerse en cuenta los siguientes principios:

- Criterio de servicio público: adecuada atención a los usuarios y beneficiarios.
- Definir prioridades, objetivos y metas incorporando criterios de equidad y eficiencia. Evaluación por resultados y análisis del impacto redistributivo de cada medida.
- Control de la calidad y monitoreo de las actividades. Generar información sanitaria de utilidad para medir resultados y planificar servicios.
- Redefinir la oferta de los servicios, que deben estar siempre en función de las necesidades de la gente y no de la oferta. El diseño de un seguro de salud que, teniendo como efector principal al hospital público, permita derivar pacientes en casos determinados al sector privado es una alternativa a estudiar detenidamente. Jerarquizar la red de atención: fortalecer la atención primaria de la salud, desarrollar instrumentos de internación domiciliaria, atención ambulatoria, descentralizar a los municipios los programas preventivos y de sanidad escolar, establecer el ingreso al sistema por el médico clínico o general, quien deberá ser el derivador, cuando sea necesario, para lo cual habrá que involucrarlo con políticas de incentivos en la eficiencia del sistema y también responsabilizarlo por los resultados.
- El fortalecimiento de la autogestión hospitalaria es una tarea pendiente. Hay algunas experiencias piloto exitosas, un marco normativo desarrollado pero falta fortalecer la ges-

tión. Hay que incorporar administradores de salud a los hospitales y acrecentar criterios de administración y costos, otorgando facultades de administración con auditorias y control de resultados externos.

- Modificar la legislación laboral en el sector público, reconocer la idoneidad profesional y la capacitación. Despolitizar las administraciones, establecer un gerenciamiento público responsable e incorporar recursos humanos calificados. Son “servidores públicos”. Las alternativas son tan amplias que por ejemplo en Canadá los médicos no son empleados públicos y reciben pagos por servicios prestados, mientras que en Grecia se optó por médicos de dedicación exclusiva y bloqueo de matrícula profesional.
- Cambios en los procedimientos administrativos y en la organización para mejorar la eficiencia y tener flexibilidad en la gestión. Evitar que los recursos que tienen que ir a la gente se queden en las vueltas burocráticas o en el personal excedente. Dos aspectos claves son la organización institucional del sistema de facturación (cobros vía ANSSAL) y los criterios para asignación de presupuesto (en Alemania, Holanda y Bélgica fijan el presupuesto por un costo estandarizado de prestaciones o por producción, en Italia por capitación).
- Desarrollar instrumentos que permitan la mayor información al usuario en relación necesidad y calidad de la prestación (evitando así que se restrinja o se aumente las prestaciones), establecer estándares de calidad de la atención y de los procesos, normas de procedimientos diagnóstico y tratamiento, auditorias sanitarias, vigilancia y control (en Canadá se establecieron controles de prestación eficiente, basados en la obligatoriedad de comprobar la necesidad del servicio, efectividad, medición de resultados positivos demostrables, con parámetros que se ajustan permanentemente). Muchos consideran que deben darse incentivos a la demanda para que puedan libremente elegir al prestador; el problema, no fácil de resolver es la existencia de información asimétrica.

VII. Conclusiones

Ni en salud ni en todo el ámbito de la política social, debemos seguir pensando que los problemas existentes son de tipo presupuestario. Se ha demostrado que aún habiendo un fuerte incremento en el presupuesto se mantienen sin resolver los problemas de eficiencia microeconómica, y la eficacia y equidad del Gasto Público Social.

El gran desafío es cómo lograr, con el mismo presupuesto, el máximo de eficiencia en la asignación y uso de los recursos destinados a las políticas sociales para mejorar las prestaciones y cobertura.

Para esto se requerirá amplio respaldo político para modificar diferentes cuestiones que permitan mejorar la distribución del ingreso: mayor control de la evasión (impuestos, aduanas, aportes previsionales), mejoras en el funcionamiento de los entes reguladores de los servicios públicos privatizados y en la defensa de la competencia y del usuario, políticas de empleo (capacitación, eliminación de los impuestos al trabajo), apoyo a las pequeñas y medianas

empresas. Todos estos aspectos bien direccionados favorecen una mejor distribución del ingreso. En dicha estrategia juegan un rol preponderante las decisiones en materia del gasto público social. En este caso es imprescindible diseñar e implementar políticas y acciones para elevar la productividad del gasto público.

Como puede observarse para avanzar en la superación de la pobreza y erradicar los déficit en salud, educación, vivienda y servicios básicos hay que implementar un conjunto de políticas; una de ellas, muy gravitante es la correspondiente al gasto, pero no es la única. Es fundamental el análisis integrado la interrelación economía -sociedad- estado. Esto significa reconocer que son necesarios modificaciones de carácter multidimensional; es decir, no sólo de políticas económicas y sociales, sino también de orden político, de la burocracia y hasta culturales, con un amplio consenso de la población.

Por estas razones el desafío es grande, exige cambios de tipo institucional y de organización, es muy intensivo en creatividad, requiere cambios de concepción y formación de cuadros directivos muy capacitados, para no volver a caer en el error histórico de justificar ineficiencias con juicios de valor.

Si no se rediscuten estas cuestiones y los límites del financiamiento, se corre el riesgo de caer en planteos irreales que, muchas veces, al amparo de reclamos de justicia social, terminan relegando a los más necesitados e imponen límites al crecimiento futuro de la economía.

Por ello hay que aceptar y afrontar el desafío, con el compromiso de los responsables públicos y privados para conciliar la realidad social y la viabilidad financiera. Porque será el único camino en un país que pretende aumentar su competitividad y alcanzar un crecimiento sostenido con equidad.

José Luis Machinea*

Breve análisis de la situación actual

Creemos que cuando se analiza el tema de la educación, de la salud, de la justicia, estamos ante subsistemas que tienen su lógica particular, y por cierto hay que discutirlos. Pero también es cierto, y ese es el rol de los macroeconomistas, que las circunstancias de alguna manera limitan la capacidad de dar más recursos a ciertas actividades, en esto coincidimos con lo que decía Jorge Remes Lenicov y queremos enfatizarlo, el gobierno está terminando su mandato con una situación fiscal anunciada de - 5000 millones, pero seguramente será de 6000 millones, un déficit del sector externo de alrededor de 15.000 millones de dólares, un contexto de una caída del producto de 2 o 3 puntos, problemas de competitividad serios. El problema

* Licenciado en Economía. Presidente de la Fundación Argentina para el Desarrollo con Equidad. Ex Presidente del Banco Central de la República Argentina.

del sector externo crea alguna vulnerabilidad, que no es nueva en nuestro país, pero parece que hemos descubierto el tema de la vulnerabilidad de la economía argentina ante este shock. O sea que no solamente es un problema de shock externo sino también de crecimiento de la Argentina en los últimos años.

Por un lado tenemos esta situación. Y por otro lado también es cierto que hay otra circunstancia más de mediano plazo que debe tenerse en cuenta, y es que si bien esta economía creció, que aumentó la inversión, que se hizo un conjunto de reformas estructurales que eran necesarias, más allá que en nuestro caso no estemos de acuerdo con la manera en que se hicieron algunas de estas reformas, tema sobre el que volveremos más adelante. Lo cierto es que esto se puede contar en el activo, pero en el pasivo se tiene que poner una sociedad que está más fragmentada ahora de lo que estaba al comienzo o inicios del plan de convertibilidad. Queremos decir que no solamente empeoró la distribución del ingreso sino que tenemos más pobres en términos absolutos de lo que teníamos en el año 1991, y junto con ello tenemos desequilibrios regionales, o sea hay un problema social global y a nivel regional hay un problema de excesiva concentración, no solamente de ingresos sino también de la riqueza.

Toda esta situación se enmarca en un problema de falta de respeto de los derechos de los ciudadanos en términos muy generales, y en términos más particulares de los derechos del consumidor. Entonces, junto con el tema de las circunstancias de corto plazo que entendemos necesario tomar en cuenta, también es necesario tomar en cuenta que esa sociedad donde ha aumentado la pobreza, es una sociedad que también tiene una demanda mayor hacia el sector público. Mayor desempleo, mayor desigualdad, mayor cantidad de gente viviendo por debajo de la línea de la pobreza, son variables a considerar y combinar con las restricciones macroeconómicas, también forman parte de esas circunstancias que hay que tener en cuenta para el diseño de una política.

La políticas públicas en el tema de la salud

Cuando se habla de la salud específicamente, este tema se inscribe en el conjunto de las así llamadas reformas estructurales. Algunos las denominan reformas estructurales de segunda generación y siempre hemos dicho que llamarlas reformas estructurales a alguna de estas es un eufemismo, por ejemplo en el tema de la justicia, y llamarlas de segunda generación tampoco nos gusta porque parece que la salud o la educación como temas tienen que venir después de la apertura económica, o la justicia después de las privatizaciones. De modo que preferimos llamarlas “reformas que no se hicieron”, es decir son las reformas que tenemos que hacer. De alguna manera creemos que existen tres elementos que van a cruzar a las reformas, y estos tres elementos que van a cruzar a las reformas pendientes son los derechos del ciudadano por un lado, la otra característica es que las ganancias fiscales de estas reformas no van a existir, en todo caso en algunas son demandantes, y en tercer lugar, la otra característica a tomar en cuenta es que son reformas de una alta complejidad.

En el caso específico de la salud, también aplicado a la educación, quizá la otra característica de esta reforma que sí se aplica a salud es que son reformas donde va a haber una mezcla entre Estado y mercado, una mezcla que va a depender en cada caso, no solamente de la complejidad del sector sino del funcionamiento o no de las reglas del mercado.

Es claro que en áreas como la salud el mercado no resuelve los problemas y las políticas públicas van a tener mucho más peso que en otras áreas.

El gasto en salud

Esta es la segunda cuestión que queremos analizar respecto al tema específico de la salud, y que ya comentara Jorge Remes Lenicov, cuánto es lo que se gasta en salud en este país.

Quizás lo primero es subrayar que cuando se analizan las cifras de otros países no queda muy claro cuánto es este gasto. En Argentina se gastan 3 puntos del producto, entonces ahí creo que el sector privado gasta en salud 3 o 4 puntos del producto, son 7 en total, probablemente gaste 4. Entonces si se excluye a ese sector privado, no por excluirlo sino porque hay problemas de equidad cuando uno analiza este sector, podemos luego considerar que las obras sociales tienen en conjunto una cápita de alrededor de 340 pesos por año. Y al analizar finalmente el sistema público en sentido más estricto, vale decir excluyendo las obras sociales, ese que atiende teóricamente al 45% de la población sin cobertura explícita, pero que desgraciadamente atiende a mucho más que ese 45%, porque atiende a esa parte de la población que no tiene suficiente cobertura en salud por las obras sociales y también atiende algunas prepagas, si atendiera entonces solamente a los no cubiertos por las obras sociales o por las prepagas, tendría alrededor de 270 pesos anuales. En la medida que atienda a muchos más individuos, esos 270 pesos anuales son en realidad mucho menos en términos de cápita anuales.

Por eso si bien importa cuánto se gasta en salud, importa más considerando los subsectores porque el tema de la equidad tiene que ver de alguna manera con eso. Las prepagas, la cápita en las prepagas es de 910 pesos por año y la cápita en el sector salud, si los únicos cubiertos fueran aquellos no cubiertos, o sea el 45%, sería de 270 pesos por año.

La tercer cuestión es que ese sistema que teníamos a comienzos de los '70 era un sistema realmente fragmentado, caracterizado por esta cosa público-corporatista, que tenía problemas de equidad y de eficiencia. Cuando se toman las cifras agregadas y se suma 7 puntos del producto, y se ve que en Chile con 4 puntos y algo los indicadores de esperanza de vida son mejores que en Argentina, o hay más chicos vacunados en Chile o en Uruguay de los que hay en Argentina, entonces se piensa qué está pasando con la eficiencia de ese gasto. Por eso creemos que primero hay que meterse adentro y ver cuánto hay privado, cuánto hay público y dónde se gasta, para poder hacer más válidas las comparaciones con otros países.

La reforma de los '90

El cuarto tema a considerar es que teniendo en cuenta esas características que mencionáramos, podríamos decir en principio que algunas cosas han cambiado, y analizar el impacto de reforma de comienzo de los '90 sobre las características de este sistema fragmentado. ¿Qué es lo que se hizo? Como no podía ser de otra manera, se trató de introducir más mercado, y más mercado digamos con distintas maneras de verlo. Tomemos por ejemplo el tema

del hospital autogestionado donde se buscó introducir el tema de los incentivos de mercado. Allí se puede ver como introdujimos incentivos de mercado pero al mismo tiempo generamos problemas porque los introdujimos mal, porque no dotamos a esos hospitales de la suficiente capacidad de administración, y por otra parte lo hicimos pidiendo al hospital que se financie y finalmente generamos un problema de selección adversa. La tendencia es que aceptemos aquellos que pueden pagar y dejemos afuera a aquellos que no pueden pagar, que son a quienes realmente el hospital público debería atender.

También introdujimos competencia en las obras sociales, y personalmente estamos de acuerdo con esto, pero claro ¿qué hicimos para introducir competencia en las obras sociales? Lo hicimos de una forma particular. A los que compiten con las obras sociales les dejamos una regulación distinta. Entonces diríamos que la competencia de las obras sociales simplemente significó el descreme de las obras sociales. Le dejamos al sector de las prepagas el tema de aquellos más sanos y de mayores recursos. Les dejamos las obras sociales a todos aquellos de menores recursos y menos sanos. Podríamos entonces concluir que hicimos más mercado y convertimos al sistema en más inequitativo, ahora debemos analizar si fue porque hicimos más mercado o porque hicimos mercado pero mal.

En todo caso se podría decir que si bien es temprano para evaluar la reforma de los '90 nuestra impresión es que fue una mala reforma a un mal sistema. Porque ya teníamos un mal sistema y sobre este introdujimos una mala reforma. Y subrayamos esto porque si no nos acordamos de ello, tenemos una reacción refleja que nos lleva a decir "tiremos toda esta reforma al diablo porque antes funcionaba bárbaro...", y no funcionaba todo bárbaro.

Siguiendo con el análisis, podríamos decir que esto es igual que las privatizaciones. Hay privatizaciones que fueron mal hechas y la pregunta es ¿nacionalizamos de nuevo o corregimos lo que hay que corregir? Creemos que la pregunta a formularse con respecto a la reforma de salud de los 90 es ¿qué hacemos, volvemos a comienzos de los 90 y tratamos de corregir las cosas que se hicieron mal en los 90? Y nos parece que la manera de encarar el asunto es volviendo sobre estas reformas y viendo cómo hacemos estas reformas, no solamente reformas que sean más eficientes sino que también impliquen mayor equidad.

Entonces por ejemplo, cuando uno tiene la competencia de un subsistema de obras sociales, está fantástico introducir competencia, ¿pero la introdujimos en la provisión del servicio o en el financiamiento? Los canadienses ponen mucha competencia en la provisión del servicio y no en el financiamiento. El problema de la Argentina es que introducimos competencia en el financiamiento. Cuando introducimos competencia en el financiamiento, que es donde no la debemos introducir, el sistema se vuelve muy inequitativo. Entonces el problema no es que introduzcamos competencia, el problema es cómo y dónde la introducimos. Reiteramos que no debería ser en el financiamiento, porque sino se produce el tema del descreme. Y creemos que lo que estamos eliminando ahí es el tema del subsidio cruzado. Sabemos que algunos colegas economistas se horrorizan con este tema del subsidio cruzado, pero cuando no se tiene subsidio cruzado, por ejemplo en salud, lo que se tiene es más gasto público.

Digamos que estas son las alternativas, no es un subsidio cruzado *versus* un subsidio no cruzado, es menos subsidio cruzado *versus* más gasto público. Si eliminamos el subsidio cruzado, que de alguna manera estaba en un sistema muy eficiente de las obras sociales y vamos a una reforma no regulada también en el financiamiento, lo que hacemos es en lugar de tener tres subsectores es tener dos, uno destinado al sector privado y el otro al hospital público. En-

tonces de nuevo la manera es cómo introducimos la competencia: sí en la provisión, no en el financiamiento.

Otro tema es que no más provisión privada no significa menos control. La experiencia en el mundo es que hay una provisión privada, en algunos países mayor en otros menor, pero hay mucho control, pero lo que no podemos hacer es lo que pasó con las privatizaciones, que privatizamos y después no controlamos. No está mal que tengamos mayor provisión privada, lo que no podemos hacer es no controlarla, porque el mercado no es perfecto.

Tomemos el hospital autogestionado, así como se hizo digamos que está mal, pero si introducimos una reforma con capacitación, si eliminamos el problema de selección adversa porque hacemos que el sector público pague por aquellos que no están cubiertos por una obra social o por una prepaga, si cambiamos el enfoque y hacemos menos atención secundaria y menos curativa e introducimos más prevención y más atención primaria. Entonces creemos que la situación cambia para bien. ¿Por qué no tener un hospital que se autogestione pero con estos criterios, donde le demos capacitación, donde no discriminemos y donde al mismo tiempo la atención primaria y la prevención tengan un rol más importante que la curativa o la atención secundaria?

Y respecto a la descentralización, ¿tenemos que dar marcha atrás? En primer lugar no se puede, lo decía Jorge Remes Lenicov, además éste es un país federal, pero al margen de estas dos cuestiones, creemos que está bien la descentralización en la medida que se está acercando a la gente al servicio, y ahora lo que tenemos que hacer es coordinar....

Reflexiones finales

En resumen, no podemos tirar por la borda todos los instrumentos porque se hicieron mal ciertas reformas, como no podemos decir que hay que volver a estatizar porque las privatizaciones se hicieron mal. La etapa que viene no es la de refundar todo, es de ver qué es lo que se puede aprovechar, y ver cómo usamos los instrumentos de otra manera para tener mayor eficiencia y mayor equidad.

En síntesis diríamos que lo que tenemos por delante es la necesidad de una visión integral en un sector donde el mercado no resuelve los problemas, pero donde seguramente los incentivos son válidos a medida que puedan ayudar a introducir mayor eficiencia, y también mayor equidad, porque hay una idea de que eficiencia se contraponen a equidad. Nosotros creemos que en el sector salud es necesaria mayor eficiencia para tener mayor equidad.

También es cierto que las decisiones políticas que hay que tomar en el sector salud, pueden tomar años. Cuando decimos que hay que tener más atención primaria, la primera pregunta es cómo vamos a hacerlo si no hay médicos formados para hacer esto. Entonces habrá que formar los médicos generalistas para hacerlo. Y este tipo de cuestiones, al igual que sucede en otras áreas, implica que la Argentina tiene por delante reformas que sin duda no van a ser resueltas por un gobierno, ni por dos, sino reformas que requieren varias generaciones, pero ciertamente algún día hay que empezar.

Adolfo Sturzenegger*

Introducción

En mi caso, la idea es ser un poco más audaz e intentar dejar de lado comentarios de la disciplina macroeconómica, y abordar en particular el tema del mismo sector.

En tal sentido ordenaré la charla en tres partes:

1. La no existencia de insuficiencia de recursos destinados al sector.
2. Planteo de cinco problemas en la provisión de salud en Argentina.
3. Algunas primeras opiniones sobre cómo podrían solucionarse o moderarse esos problemas.

Los recursos destinados a salud son suficientes

El primer punto ha sido claramente expresado, y presentado en números, por mis dos colegas. Parece válido que los recursos que hoy estamos destinando a salud no deberían ser aumentados. De los cuadros de Jorge Remes Lenicov se desprende que tenemos el mismo porcentaje de PBI en salud que por ejemplo Inglaterra y España, dos países de tamaño y calidad de población no demasiados distintos. A su vez, con productos por habitante más altos, y sí sabemos que hay un sector cuya elasticidad-ingreso es mayor que 1, tal sector es salud. Entonces es probable que nosotros, teniendo la perspectiva de nuestro producto per cápita, estemos destinando demasiados recursos al sector salud.

La provisión de servicios de salud en Argentina

Pasemos entonces al segundo punto, la cuestión de los problemas principales que a mí me parece ver en el sector. Los he ordenado en cinco, aunque tal vez haya alguna superposición

Factores condicionantes de la salud

El primer problema, que ustedes conocen muy claramente, está reflejado por los análisis estadísticos que se han hecho en distintos países, por ejemplo Canadá, donde se indica que en el campo de la salud intervienen básicamente cuatro factores: el entorno de vida, el medio ambiente, la biogenética, y el proceso de curar la enfermedad. Es bastante común en el mundo, y lo es también en nuestro país, que alrededor del 90% de los recursos del sector salud se

* Doctor en Ciencias Económicas (Universidad Nacional de La Plata). Master of Arts (Universidad de Harvard). Profesor de las universidades de La Plata, Austral y San Andrés. Presidente de la Fundación Novum Millenium.

destinan a curar la enfermedad, mientras que esos mismos estudios indican que el factor “curar la enfermedad” no incide en mucho más del 10 o 15% en el campo de la salud, mientras que el “estilo de vida” aparentemente está incidiendo en más del 40%. Entonces un primer problema es este, ¿cómo logramos que los distintos campos de la salud se atiendan más equilibradamente?

Medicina curativa versus medicina preventiva

Un segundo problema, que es de alguna manera un desprendimiento del anterior, o tal vez el mismo presentado de otra forma, es que se hace mucha medicina curativa y poca medicina preventiva.

La equidad en el acceso a los servicios

El tercer problema, que ya fue comentado por mis colegas, es que en el sistema actual argentino bastante más del 30% de la población de bajos ingresos no tiene cobertura, no tiene un seguro de salud porque no aporta a una obra social y no tiene la suficiente capacidad económica para pagar un prepago, y entonces tiene que acceder indefectiblemente al hospital público, en general a un hospital público que no representa condiciones de calidad del servicio razonablemente aceptables, con lo cual aparece el problema de equidad que ya fue comentado en esta mesa.

La sobreprestación de servicios médicos

El cuarto problema, que a mí me obsesiona, porque si yo tomo una aspirina cada seis meses es mucho, es la posibilidad de la sobreprestación. Aquí las razones parecen ser complejas. Una es la famosa asimetría de información, la gran precariedad de información que tiene el cliente, sano o enfermo, que a veces lo lleva a recurrir al médico innecesariamente, o que lo lleva a aceptar cualquier nivel de sobreprestación pensando que eso es lo correcto.

Otra es el problema del tercer pagador, que significa que hay un tercero que paga por la relación entre el profesional y el paciente. A veces hay hasta un cuarto pagador, ya que la obra social puede no tener mayores incentivos para eliminar la sobreprestación porque en todo caso recibe los ingresos por los aportes y, si fuera necesario, se podrían aumentar esos aportes por parte de quienes contribuyen a la obra social ya que se trata de clientelas cautivas y de falta de competencia entre quienes proveen las coberturas de salud. Creo que una tercera razón es la existencia de la perniciosa “industria” judicial de la mala praxis que hay en argentina. Estas situaciones que se repiten en los juicios contra el Estado, en los juicios laborales, etc. Significa, a veces, la necesidad de que el médico intente correr menos riesgos, aconsejando, por ejemplo, todo tipo de análisis aunque clínicamente sabe que son innecesarios, que pueden tener contraindicaciones, y hasta ser agresivos, pero que hay que ordenarlos, porque de lo contrario puede venir el castigo de la perniciosa litigiosidad asociada a la llamada mala praxis.

La subprestación de servicios médicos

El último problema es el inverso al anterior y es la posibilidad de subprestación. Este problema se genera básicamente con los sistemas de capitación.

Algunas propuestas orientativas

¿Cómo se podrían enfocar algunas ideas acerca de la posibilidad de modelar estos problemas?

Con respecto al primer punto, que no se atiende equilibradamente el campo de la salud, enfatizando sólo el factor de curación de la enfermedad, creo, coincidiendo con José Luis, que hay ciertos bienes públicos que el Estado va a tener que producir mejor, y uno de ellos es el de educación para la salud. Creo que aquí habrá que gastar mucho más y bien, por ejemplo, para que nos enseñen a tener un estilo de vida que pudiera disminuir el nivel de enfermedad y consecuentemente disminuir los recursos que hay que destinar a curar la enfermedad. No quiero introducirme en el complejo problema de la investigación básica en biogenética. Probablemente el país no está todavía capacitado para hacerlo, pero esta es una cuestión mucho más propia de ustedes que de mi opinión. Sí tendríamos que ver qué debemos hacer en términos de medio ambiente, y aquí también es probable que deban proveerse nuevas políticas y nuevos bienes públicos.

En términos del segundo problema, que es poca medicina preventiva, pienso que en una medida importante ello se origina en el hecho que, en una alta proporción, se pagan los servicios de salud según las correspondientes prestaciones de servicios que se hacen. Estamos proponiendo en Acción por la República, que hay que ir a un sistema de capitación más amplio. Bajo este sistema es probable que surjan incentivos naturales en las prepagas, o en las obras sociales, o en el hospital público, para desarrollar más medicina preventiva. Hay ejemplos importantes en el sector privado, en prepagos, de que se están obteniendo niveles interesantes de medicina preventiva.

El tercer problema era el de la exclusión, o sea de aquel más del 30% sin cobertura. Este problema se resuelve generando los elementos para que haya un seguro universal de salud, con financiamiento público de la población que, por indigencia, no puede pagar, total o parcialmente, el seguro. Las primas de seguros, que cubrirán la provisión de un programa médico obligatorio, deberán también cubrir diferencias de riesgos por edad, sexo, y, eventualmente, de las que surgen del enfoque de riesgo de los modelos epidemiológicos. Por el contrario, los diferenciales de riesgo que surgen de enfermedades “catastróficas”, serán cubiertos solidariamente por mecanismos de reaseguro financiados con aportes de sueldos altos y/o financiamiento público. Pero a su vez, esto debería ser complementado con el desarrollo de mecanismos de autogestión de los hospitales públicos, según las ideas de subsidiar la demanda. Tales hospitales regionalmente, en el ámbito de cada municipio o más amplios, se integrarían en redes con clínicas privadas y con consultorios primarios, en un entorno de competencia, cobrando sus servicios y “quebrando” sus administraciones en el caso de que no puedan brindar servicios de calidad razonables con las capitas que reciban del sector público, o de obras sociales, o de otros agentes de servicios de salud.

Uno de los componentes del cuarto problema, tal vez el más delicado, es la cuestión de la litigiosidad perniciosa asociada a la mala praxis. Creo que hay que hacer un gran esfuerzo de normatizar y estandarizar los posibles litigios y los resultados de los mismos, esencialmente para acotar y precisar el eventual riesgo económico para el médico, facilitando de esta forma el desarrollo de sistemas de seguros con costos razonables. Creo que definir el contenido de esa normatización es una cuestión de altísima complejidad, donde en la búsqueda de soluciones debe colaborar el sector público, la profesión médica y los propios profesionales legales bien intencionados.

En términos más generales con relación al cuarto problema, creo que si derivamos de un sistema de financiamiento por prestación a un sistema de financiamiento por capitación, se eliminaría una gran parte de los incentivos para la sobreprestación. Con algo más de audacia, pienso que se podría analizar la conveniencia de introducir sistemas parecidos a los seguros privados donde si uno no tiene accidentes bajan las primas. Creo que hay que desalentar a ese paciente mal informado que cree que siempre es mejor ir al médico que no hacerlo. Hay que desalentarlo a que se ponga contento cuando le recetan un medicamento, y consecuentemente, desalentarlo a que penalice al médico que no lo hace.

El último problema es el de la posibilidad de subprestación, y aquí en la medida que propiciamos el uso de la capitación para el financiamiento de los servicios de salud, también creemos que es inevitable, además de propiciar un entorno adecuadamente competitivo, tener un control de la calidad de los servicios. En el esquema de salud que tenemos en Acción por la República vemos básicamente al nivel nacional como responsable principal de la normatización y regulación del sector, al sector provincial como responsable principal del control de la calidad de la prestación, y a las redes en el ámbito regional y local efectuando la prestación de los servicios.

TEMAS DE INTERÉS GENERADOS EN EL DEBATE DE LA MESA REDONDA "LA VISIÓN DE LA ECONOMÍA POLÍTICA"

1. *Considerando a la salud como un bien público y objeto de políticas públicas, ¿cómo podremos institucionalmente avanzar en ese sentido?*

Adolfo Sturzenegger: Al respecto, he tratado de demostrar que debe ser objeto de una política pública ya que es un bien público, y nos parece que los bienes públicos tienen que ser provistos por el Estado, y por lo tanto los legisladores y el presupuesto nacional tienen que tener partidas importantes para atender este problema de la educación para el campo de la salud, la educación sobre el estilo de vida, la educación sobre la medicina preventiva, que creo que es la forma de resolverlo.

Jorge Remes Lenicov: Por nuestra parte pensamos que hay dos tipos de información. En parte esto se canaliza a través de la comisión de defensa de los consumidores, nosotros como consumidores necesitamos tener información micro, y cuando se dice que los usuarios tienen que hacer valer sus derechos, para hacer esto necesitan tener información. Cada sector tiene su especificidad, no sabemos exactamente cuál es el tipo de información que el ciudadano común tiene que tener en materia de salud, costos de medicamentos, marcas de medicamentos, etc.

Hay otro tipo de información que es para los analistas, o para quienes están en cargos públicos, para los investigadores, o para los legisladores. Cualquiera que repase el presupuesto, y esto hablando exclusivamente de salud pública, tiene información, pero no necesariamente información relevante, y analizando los sectores sociales no es fácil encontrar cuál es la demanda, o en el caso del sector salud, la oferta, la capacidad del sector, los costos, etc. Pasa lo mismo con la educación, con los programas de atención para la pobreza. Creemos que sin buena información es difícil llevar adelante reformas que mejoren la eficiencia y obtener recursos para mejorar la equidad.

2. *Se ha destacado la importancia de incrementar el gasto en prevención para a mediano o largo plazo disminuir el gasto en salud. Sin embargo este resultado es discutible, por cuanto aumentaríamos la esperanza de vida elevando la proporción de ancianos en relación a la población joven. Esto significaría un aumento más que proporcional del gasto en salud, dado que el gasto per cápita es superior y directamente proporcional con la edad.*

Adolfo Sturzenegger: Cuando nosotros hacemos este análisis, hacemos una fotografía del hoy, y decimos hoy dado el nivel de vida, la estructura demográfica de la Argentina, etc., parece que hoy tendríamos una proporción del PBI razonable en términos del gasto en salud, pero dijimos que si hay un bien que tiene elasticidad ingreso elevada, que si el PBI aumenta 20%

la demanda justificada de salud sin sobreprestación, aumenta 40 o 60%. Por lo tanto cada vez el sector salud va a estar demandando una proporción mayor del PBI total. Cuando presentamos esta fotografía no queremos decir que ese porcentaje, en relación al PBI no tenga que ir aumentando significativamente. Y claramente, la razón de esa altísima elasticidad ingreso es que cambia la esperanza de vida con el desarrollo económico y con el propio crecimiento del PBI.

3. *¿Qué opinan sobre la reducción de aportes patronales para mejorar la competitividad?*

Jorge Remes Lenicov: En los últimos dos años la Argentina perdió competitividad. Hay tres mecanismos para mejorar la competitividad de la economía argentina.

Una opción es como Argentina hizo antes de 1991 y es devaluar, salir de la convertibilidad y fijar un tipo de cambio distinto o dejarlo flotante. Si uno pasa revista de cómo es la estructura económica argentina podemos observar que el 85% de la deuda está en dólares, la mitad de los depósitos está en dólares, los servicios privatizados están indexados en dólares y hay una gran cantidad de contratos en dólares. Claramente, una salida de la convertibilidad o una devaluación significa caída del salario real, porque no nos olvidemos que buena parte de lo que exporta Argentina compone los bienes de la alimentación y la vestimenta, entonces si a los bienes de la alimentación y vestimenta le sumamos los servicios que están en dólares, la consecuencia es que el salario real cae y eso mejora la competitividad, digamos que los que exportan tienen más ingresos.

El segundo mecanismo es dejar la convertibilidad y bajar los salarios nominales como lo propuso López Murphy. Esto claramente baja el costo de los empresarios de parte del factor trabajo y mejora su posibilidad de vender al exterior, o de evitar mayores importaciones.

La tercera alternativa es bajar costos, costos impositivos, financieros, de los servicios. Es una salida muy trabajosa, ya que no es una sola medida. Cuando se habla de competitividad no es una sola medida milagrosa. Dentro de esos costos impositivos están los aportes patronales, que no dejan de ser un impuesto al trabajo. Cuando se discutió si había que bajar los aportes patronales, nuestra posición el año pasado fue que había que bajarlos hasta su eliminación, pero empezando por los transables. Con esto de alguna manera se está matando dos pájaros de un tiro, por un lado se mejora la estructura de costos y se puede hacer frente a la competencia internacional, y también se mejora la relación capital trabajo y hay mayores posibilidades de generar empleo. Si un bien tiene un impuesto tiene menos demanda, si un factor tiene un impuesto tiene menos demanda, si el empleo tiene un impuesto como es el aporte patronal la consecuencia es que hay menos demanda de empleo. Si eliminamos los aportes patronales baja el costo, y hay mayores posibilidades de aumentar la demanda de empleo. La otra pregunta es cómo se compensa esto. La única forma es a través de impuestos generales. El IVA, ganancias, patrimonios. Personalmente creemos que el bajar los aportes patronales ayuda a mejorar la competitividad.

4. *¿Creen ustedes que nuestro país no está en condiciones de desarrollar industria biotecnológica?*

Adolfo Sturzenegger: Como he aclarado, presumimos que debe ser muy compleja la investigación básica en biotecnología pero no tenemos una opinión fundada sobre esto. Es cierto que

hay muchas cosas de tecnología que se transforman en bienes públicos, y los países pueden copiar algunas cosas, no todas, pero hay que pensar que tampoco un país, y sobre todo un país chico, tiene necesidad de desarrollar todas las tecnologías, ya que esto en definitiva puede ser ineficiente.

5. *¿Qué opinan del período de 10 años que existe como plazo para presentar demandas de mala praxis y si esto no genera un alto costo por pólizas o seguros?*

Adolfo Sturzenegger: Creo que un juicio de mala praxis debe ser un juicio de altísima complejidad para demostrarlo y para tener una prueba fehaciente. Imagino que un plazo de 10 años es un absurdo, pero probablemente este tema habría que analizarlo con los juristas académicos, por cierto no con aquellos que dependen de la industria de la mala praxis, pero pensamos que esto debería tener plazos más cortos.

6. *¿No cree usted que premiar el no consumo es tan peligroso como castigar el consumo o el sobre consumo?*

Adolfo Sturzenegger: El paciente no está suficientemente informado para limitar su demanda de prestación. Reconozco que la pregunta está realmente bien planteada.

7. *Sabemos que el gasto más importante en salud pública es generado por el gasto previsible, esto significa que la política de gobierno está más preocupada por mejorar la salud de los ancianos que la del resto de la población, ¿Creen que esto debe revertirse?*
8. *¿Cuál es su definición de equidad y su aplicación en las políticas de salud?*

José Luis Machinea: Desde ya que el gasto de los ancianos, seguramente requiere capitales más grandes. Creemos que esto no sucede solamente en Argentina sino que en todo el mundo los ancianos llevan cada vez una porción mayor, por un lado por el envejecimiento de la población y por otro lado porque las capitales son más grandes. Así que no creemos que eso se pueda revertir y que sea deseable que se revierta, lo que sí es necesario revertir es qué es lo que uno hace con la eficiencia y la transparencia en el PAMI. Acá sí que el aumento de la eficiencia tiene que ver con el aumento de la equidad. Seguramente el PAMI es el ejemplo más claro de ambos criterios. En el tema de la información, yo sinceramente creo que los factores de demanda, tienen incentivos, tienen un rol importante a cumplir, pero la información es mucho más complicada que incluso en la educación, donde uno puede hacer un test de calidad y decir cómo están los chicos. En salud es mucho más difícil que los factores de demanda tengan un rol excesivamente relevante, porque la información no termina de ser suficiente y clara, excepto en los medicamentos donde seguramente ahí sí hay algo más.

En cuanto a qué entendemos por equidad, cabe primero aclarar que la equidad absoluta en el tema de educación y de salud es difícil de lograr, porque no depende simplemente de cómo llega a la totalidad de la gente sino depende de dónde la gente se crió. Esto ha sido comprobado, si ponemos a dos personas con la misma educación el mismo colegio, los mismos profesores, las mismas exigencias, uno que proviene de un hogar muy humilde y el otro de un hogar de mayores recursos, los tests que se han hecho en Estados Unidos dicen que al que proviene del hogar con mayores recursos le va mejor. Cuál es la respuesta a esto que hay en

educación, pongamos a los chicos más tiempo en el colegio y empecemos con la educación a los dos años. Para nivelar la cancha acá lo que necesito es más tiempo en el colegio.

Ahora en salud lo que uno tiene que tener es alguna manera de nivelar la cancha. Es como una igualdad de oportunidades, una prestación básica, una nivelación mínima, entonces ahí hay que definir el tema de la equidad. Cuando se habla de salud, no solamente se está hablando de la prestación, del acceso al hospital y a la calidad del hospital, sino que cuando hablamos de salud estamos hablando también del agua potable, de cuidados prenatales, postnatales, y otros de carácter preventivo.

Entonces a nosotros nos parece que nivelar la cancha, el introducir mayor equidad, tiene que ver mucho con la prevención y tiene que ver mucho con una serie de prestaciones que afectan la salud, y no son necesariamente el médico atendiendo al paciente.

Ahora equidad en el sentido de igualar el acceso nos parece que puede ser una utopía. Creemos que tenemos que pensar en una equidad un poco más relativa en cuanto acciones de política en el corto y mediano plazo.

9. *¿Cuál es el costo laboral en Argentina? ¿Cómo es el aporte a las obras sociales? ¿Qué hacemos con la salud de los desocupados?*

José Luis Machinea: Creemos que el sentido de la pregunta es cuánto incide esta cosa de la que los economistas hablan tanto, del costo laboral y el aporte, y cómo se mejora la competitividad, etc.

En este tema de los aportes patronales estamos de acuerdo con lo que dijo Jorge Remes Lenicov, pero debemos confesar que el tema del costo laboral es importante. Ahora dicho eso, nos parece que el tema central es el del crecimiento. Porque respecto a los aportes patronales, más allá de la elasticidad, lo cierto es que hay más demanda de mano de obra cuando bajan, es decir que hacen a la competitividad. Digamos que hacen más a la competitividad cuando se habla de los sectores transables, porque es como una devaluación encubierta, si reducimos el costo al bajar los impuestos, es como bajar el tipo de cambio. En la medida en que mejoremos la competitividad sobre todo en los sectores transables, eso nos permite exportar más o competir mejor con los productos importados, nos permite por lo tanto tener menor vulnerabilidad externa, crecer más, tener más demanda de mano de obra, así que creemos que el efecto directo de una reducción de los impuestos puede implicar tomar más mano de obra en términos relativos, es decir si uno quiere.

10. *En su concepto el hospital público está preparado para que se atiendan los pacientes o para que trabajen los médicos?*

José Luis Machinea: No nos consideramos expertos en el tema, pero queremos decir lo siguiente. Creemos que esto dependerá de cada hospital, cuál es el sistema de incentivos que tienen los médicos, etc. No obstante, de lo que no tengo demasiadas dudas es de que el hospital es una pieza fundamental en la prestación de los servicios de salud. Entonces creemos que la pregunta no es si el hospital está mejor preparado para que se atiendan los pacientes o para que trabajen los médicos, sino qué es lo que tenemos que hacer para que estén bien preparados para atender a los pacientes. Esto nos hace acordar a que como no tenemos Estado no podemos imaginarnos ninguna política pública. En nuestro criterio si las fallas del Estado

son mayores que las fallas del mercado, hay que tomar en cuenta las fallas del Estado. Ahora si todas son fallas del Estado y no se puede hacer nada, no lo hagamos, pero no hacemos nada en cuanto a políticas productivas, ni en educación, ni en salud, y nos parece que eso es inaceptable. Pero el diagnóstico hay que hacerlo porque lo que se requiere seguramente es una reestructuración en el hospital público. No nos imaginamos un sistema de salud, digamos con 45% de la gente que no tiene todavía acceso y que en todo caso el proceso de transición hasta encontrar mecanismos de cobertura, etc. etc. va a llevar años, no nos imaginamos un sistema de salud de estas características sin el hospital público jugando un rol importante.

11. *¿No creen que la primera desimetría macroeconómica son la desigual evolución del costo de la salud y el ingreso medio per cápita?*

Jorge Remes Lenicov: En esta década en promedio el gasto en salud se ha mantenido en 7 y pico%. El gasto en salud en relación al PBI, esto es al ingreso medio per cápita creció en relación a la década del '80 y del '70. Pero el problema está en el resultado que tiene el gastar 7 y pico% del producto cuando se compara el caso nacional con Uruguay o con Chile que tienen menos plata asignada y mejores resultados, o bien cuando se discuten las cuestiones de la equidad interna del sector, porque como bien se dijo acá hay sectores que tienen acceso a muy buena salud y hay sectores que no tienen acceso a ningún tipo de salud o muy mala salud.

Lo que se plantea es avanzar sobre resultados y equidad y sobre el tema de costos y resultados, y también acá se habló de medicamentos, Argentina representa en el mundo el 1% del producto. Sin embargo consume el 3% de los medicamentos mundiales y este tipo de indicadores nos vuelven a enfocar el tema de cómo se gasta y la cuestión de la información.

PRESENTACION DE TRABAJOS CIENTIFICOS

Experiencia organizativa de un hospital por cuidado progresivo. Gestión hospitalaria.

Carlos Alberto Díaz*

Método: Se efectúa la descripción de la estrategia para desarrollar un cuidado progresivo, en un hospital general de agudos desde su inauguración.

Objetivo: Explicar la forma de implementación, el desarrollo de las modalidades asistenciales, el servicio de admisión, la gestión de la información, de las camas, rol de departamento de enfermería y de las direcciones. Armonizando la tarea asistencial con altos niveles de producción. Pensar un hospital desde la demanda.

Descripción: El cuidado progresivo sirve para aumentar la producción asistencial, gestar un diseño organizacional con cortas distancias entre las direcciones y el personal en contacto. Eficacientizar la respuesta del factor humano asistencial. Evita los feudos de los servicios. Aumenta el intercambio entre los servicios.

Es una internación definida por la necesidad de cuidado del paciente. Los servicios no tienen áreas definidas. Permite dimensionar los recursos de acuerdo a la demanda epidemiológica, en forma dinámica.

Los *puntos críticos* en la cadena de cuidados que detectamos fue el tamaño de cuidados intermedios e intensivos, el sector asignado inicialmente al cuidado de los pacientes, las altas neonatales y los médicos, que tienden permanentemente al modelo de servicio por especialidad. Los *servicios asistenciales deben ser horizontalizados*. No deben tener camas fijas. Ni despachos. Solo sala de reuniones polivalentes para discusión de casos. Cada paciente tiene un médico internista asignado, los especialistas funcionan como interconsultores, salvo en obstetricia. Evitar identificaciones de historias clínicas o de indicaciones, secretaría o enfermería. Evitar las excusas.

Funcionamiento de los *servicios de apoyo*: este modelo de cuidado, para que funcione, exige un buen funcionamiento del conjunto de la organización, respuesta adecuada de los servicios de laboratorio, radiología, ecografía, etc. Que entreguen a domicilio.

La *admisión* debe ser un servicio independiente entrenado en la gestión administrada de las camas, y la asignación de los niveles de cuidado, y del suministro de la información. Las

* Médico. Director médico de la Clínica Constituyentes.

camas son de los pacientes no de los servicios. No hay reservas. Se debe evaluar las estancias todos los días y las esperas. Las altas hospitalarias son de Lunes a Lunes. Administrativas, médicas y sociales.

La *participación de la enfermería es esencial* para esta modalidad de cuidado, debe asegurar que los procesos de atención sean controlados, perfeccionados y redefinidos. Debiendo existir una dirección de enfermería.

Conclusión: El cuidado progresivo una forma sistémica de gestión, pensando en la demanda regional, en la satisfacción del usuario y del cliente interno. Permite cumplir con un objetivo de producción asistencial y de calidad que no es un hecho marginal, es el principal elemento de una correcta gestión.

Estudio de costos de bilirrubina neonatal en el servicio de laboratorio, Hospital Materno-Infantil “Dr. J. Equiza”. González Catán

Gabriela Hamilton*, Liliana Carbajales**

Este proyecto se propone desarrollar un modelo capaz de mejorar la eficiencia y la eficacia en la asignación de recursos financieros para los servicios de laboratorio de Análisis Clínicos de los hospitales públicos de la Municipalidad de La Matanza. Estos servicios son financiados fundamentalmente a través de un subsidio a la oferta asignado por presupuestos globales cuya elaboración es centralizada.

Este modelo de asignación de recursos no permite distinguir con qué objetivo o finalidad se realiza cada gasto, es decir guarda poca relación con la eficiencia y la eficacia en el uso de los mismos.

En los establecimientos de salud del municipio se registra una gran brecha entre la incorporación de la tecnología médica y la incorporación de tecnología de gestión.

El estudio de costos en los Servicios de laboratorios de Análisis Clínicos permitirá discriminarlos por prestación, permitiendo a posteriori la implementación de otros tipos de presupuestos más acordes a la realidad (presupuestos por programas o Clínicos).

El mismo se apoyará en la revisión y adaptación de los modelos existentes pero considerando las particularidades de los servicios públicos de la Argentina. La intención es lograr

* Bioquímica. Jefa del servicio de laboratorio Hospital “Dr. Equiza”. Maestría en Sistemas de salud y seguridad Social Universidad de Lomas de Zamora (en etapa de Tesis). Investigadora de la Fundación ISALUD.

** Bioquímica. Diplomada en Administración de Servicios de Salud (Colegio Bioquímico de la Provincia de Buenos Aires).

un desarrollo adecuado para posteriormente modelizar el proceso de estudio de los costos de servicio de Laboratorios de Análisis clínicos facilitando, su replicación en otros establecimientos.

Para modelizar esta propuesta se utiliza la Bilirrubina que es una determinación de laboratorio con características propias, en la que el trabajo en serie no disminuye sustancialmente el tiempo de procesamiento y en nuestro servicio es una determinación que se realiza exclusivamente en el sector de guardia, es considerada una determinación de guardia.

El **objetivo general** del presente trabajo es desarrollar un modelo adecuado de estudio de costos para los servicios de laboratorio de Análisis clínicos de hospitales públicos.

La equidad complementaria como modelo de desarrollo entre los subsectores de salud de la República Argentina.

Mauricio Klajman*

En las últimas décadas la Argentina ha asistido a procesos de cambio muy significativos en todos los órdenes: políticos, económicos, sociales y culturales.

Todo esto en el marco de un escenario inédito de recesión nacional, acompañada de una crisis global nunca vista y con un escenario de estancamiento sostenido durante casi veinte años.

Frente a esta realidad, todo parece indicar que el espacio de la política social, en su concepción mas amplia y no como administración de las llamadas áreas o sectores sociales - Salud, educación, previsión social - sino en su papel distributivo y como parte consultiva de las políticas públicas, debería estar en expansión y fortalecimiento: *lo que sin embargo hasta ahora no ha sucedido.*

El mismo contexto se da en la salud, la equidad es una problemática de difícil desarrollo en el terreno antes descripto.

La complementariedad de los sistemas se ha vuelto una necesidad estratégica y no un mero discurso político.

La aparición de amplias porciones de la población que pasan de un sector de la economía a otro, descendiendo en la pirámide social y acompañando la tendencia generalmente recesiva de la economía es el campo de oportunidades del nicho etéreo a captar.

* Médico y Licenciado en Ciencias Políticas.

Allí hay que apuntar los recursos y la oferta de salud tanto Privada como la proveniente de las Obras Sociales, tratando de recuperar esos nichos poblacionales que se pierden irremediablemente del mercado y quiebran la equidad de un sistema que continuamente disminuye la base de aportantes al mismo debilitando el status social de sus componentes.

Es esta la única opción posible para la expansión del Mercado Privado y también la única opción para las Obras Sociales, de mantener *dentro* a los grupos perdidos por el empobrecimiento social y la pérdida laboral continua de grandes sectores de la sociedad.

A su vez, la interacción con el Estado - que ya se está produciendo a través de la autogestión hospitalaria - permitirá cerrar la ecuación posibilitando conformar un sistema eficiente y con una equidad aceptable.

El mercado de medicamentos en Argentina

***Ginés González García, Carlos Vassallo, Matilde Sellanes,
Manuel Limeres, Claudia Madies, Graciela Ventura, Roberto
Bisang, Lucas Godoy, Rodrigo Falbo.***

Coordinador: Federico Tobar*

El mercado de medicamentos, como parte sustantiva de los mercados de la salud, exhibe estructuras de competencia imperfecta, con ciertas características tales como la capacidad de la oferta para crear o inducir su propia demanda, o el hecho de que, desde el punto de vista de la demanda, quien consume no elige, quien elige no paga y quien paga suele ser un tercero ajeno a la elección y consumición de los bienes. Ello determina un conjunto de fallas entre las que se puede destacar: *Asimetría y asincronía de la información, Relación de agencia y Competencia limitada.*

En el caso argentino la industria farmacéutica es uno de los sectores más dinámicos de la producción industrial local. Conformada centralmente por unos 250 laboratorios relevantes con cobertura nacional, emplea poco más de 17.000 personas de manera directa y factura poco más de 3.600 millones de dólares anuales (a precio de salida de droguería). Esta capacidad productiva se materializa en una amplia oferta de medicamentos que cubre la casi totalidad de la demanda interna. Su esquema productivo está articulado a partir de la im-

* Licenciado en Sociología. Master en Administración Pública. Jefe del Departamento de Investigación de la Fundación ISALUD.

portación del grueso de los principios activos, registrándose, complementariamente, una mínima producción local a nivel farmoquímico.

Argentina es un país de alto consumo de medicamentos, con un gasto que ha registrado una expansión alcanzando los \$5.500 millones en 1997. Argentina es el país de mayor gasto en Latinoamérica y la dimensión de su mercado la ubica, desde hace años, en la primera docena del ranking mundial.

De este mercado el 90% se consume a nivel ambulatorio mientras el consumo en internación representa solo el 10%.

Cuando se analiza la demanda de medicamentos se verifica la alta regresividad de su financiación. Los estratos de menores ingresos destinan 52% de su gasto en salud a la adquisición de medicamentos mientras que los superiores sólo el 19%.

Las especialidades: clínica médica y pediatría representan más de la mitad del total de prescripciones.

Los grupos terapéuticos líderes de consumo: aparato digestivo, cardiovasculares y sistema nervioso central son también los que encabezan el gasto.

Las cinco clases terapéuticas más vendidas constituyen más de la mitad del consumo y del gasto.

Si se observa la evolución de los precios de los productos líderes durante el período de convertibilidad, se verifica que registraron un incremento que va desde el 17% hasta el 109%, promediando un aumento del orden del 60%.

Sin embargo, los precios de estos productos líderes se estabilizan a partir de 1995 registrando un incremento de solo 7,4% durante los últimos tres años.

Una aproximación a la evaluación económica aplicada al sector de salud mental.

Arturo Schweiger*

El objeto del presente trabajo es el de presentar los elementos centrales de la Evaluación Económica aplicada al sector salud y realizar un ejercicio demostrativo del mismo. Para ello se evaluarán 3 alternativas institucionales del tratamiento de pacientes de salud mental. Al respecto, cabe destacar que las patologías depresivas pasan del cuarto lugar en 1990 al segundo lugar en el año 2020 según un estudio presentado por la OMS (Murray y Lopez, 1996).

Este tipo de estudios aportaría una pauta de la importancia creciente que presentan estas patologías y por ende los estudios de costo efectividad de las mismas.

* Licenciado en Economía. Miembro de la Comisión Directiva de la AES.

A los fines del ejercicio de la metodología de evaluación de costo efectividad, se efectúan un conjunto de hipótesis que se incluyen en el anexo. Los valores adoptados se consideran estimados y se los incluye con carácter demostrativo.

La evaluación económica aplicada tiene como principal antecedente el desarrollo del Análisis Costo Beneficio (ACB). El mismo se remonta a la década de los años cincuenta con el inicio de los grandes proyectos de inversión en el proceso de reconstrucción de las Economías de postguerra. Los proyectos de infraestructura de servicios públicos comienzan a ser evaluados utilizando la metodología de ACB, basada en criterios de Economía del Bienestar basado en hipótesis del enfoque económico de óptimo paretiano.

Durante la década de los años 60, se inicia la aplicación de dicha metodología a la evaluación de la Inversión y de Programas en los Sectores Sociales de las Economías (Salud, Educación, Vivienda, Nutrición, etc.) por parte de los Gobiernos y de las Agencias de Cooperación Técnica Internacional (PNUD, OMS, OPS, OIT, etc.), así como los Organismos Financieros Internacionales (BIRF, BID). Por otra parte, en algunos campos de la Economía Aplicada (Economía de la Salud y de la Educación) también se comienza a utilizar dicha metodología para evaluar inversiones o programas específicos.

La aplicación del ACB presenta dificultades en su utilización en los sectores sociales, ya que en los mismos no siempre resultaba factible la cuantificación en valores monetarios de los beneficios de los proyectos. Es por ello, que surge el Análisis de Costo Efectividad (ACE). La aplicación del ACE al sector salud consiste en desarrollar un análisis de la efectividad de los programas o las tecnologías y luego calcular el costo de las alternativas planteadas por el análisis de efectividad.

Competencia estructurada: Una Alternativa para la Reforma del Sistema de Salud en Argentina

Federico Tobar*

El presente trabajo presenta una propuesta integral para la reforma del sistema de salud de la Argentina. La misma se centra en un esquema de división de funciones entre las instituciones de la Nación, provincias y municipios así como obras sociales y prepagas.

* Licenciado en Sociología. Master en Administración Pública. Jefe del Departamento de Investigación de la Fundación ISALUD.

En la primer parte se analizan algunas de las tendencias mundiales en la reforma de los sistemas de salud. Entre ellas se destacan tres: a) la redefinición del rol del Estado incorporando mayores responsabilidades en la regulación y financiación que en la provisión directa de servicios, b) la descentralización de los servicios y su gestión, y c) la incorporación de mecanismos de competencia regulada o estructurada.

En la segunda sección se plantean alternativas para la implementación de reformas sectoriales acordes con las tendencias anteriormente presentadas. La propuesta está centrada en:

- El desarrollo de seguros públicos en la esfera provincial,
- La incorporación de la financiación de la demanda en los servicios públicos de salud
- El fortalecimiento de las capacidades y responsabilidades de los municipios como ejecutores de políticas saludables
- La consolidación de un marco regulatorio y financiero desde la esfera central que estimule la competencia por resultados sanitarios entre las obras sociales y prepagas.

Los cambios en la producción y distribución de medicamentos en Argentina

Carlos Vassallo*

El crecimiento de la oferta de salud llegó a su fin a principios de los noventa, ingresando en un período de ajuste donde la puja distributiva amenazaba con dejar fuera del sector las clínicas y sanatorios, consultorios y profesionales, laboratorios bioquímicos y tecnología médica, laboratorios medicinales y cadena de distribución de medicamentos.

Los actores tendieron a ajustarse en su mayoría, saliendo incluso del mercado o disminuyendo su renta. Para el mercado de medicamentos en cambio **primó la “política” del acuerdo y el consenso estratégico de los laboratorios por sobre el efecto racionalizador del “mercado”**

La industria demostró un mayor conocimiento sobre la mejor estrategia para actuar en un mercado con fallas, como medicamentos. El gobierno quizás con una visión macroeconómica del funcionamiento de los mercados, suponiendo un comportamiento automático y genérico de las firmas, evaluó que la libertad de precios y de contratación, generaría competencia, reestructuración y baja del precio de los medicamentos.

* Coordinador Académico Maestría en Economía y Gestión del Instituto Universitario de la Fundación ISALUD, Vocal de la Asociación de Economía de la Salud

El incremento del gasto en medicamentos y el incremento de precios verificable en los productos nuevos y aquellos de mayor venta, permitió dilatar la puja interna dentro de la oferta y comenzar articular estrategias de avance sobre la cadena de comercialización mediante el accionar de las cámaras y las distribuidoras. Los laboratorios asumieron en algunos casos el rol de “agente racionalizador” que asegura al prepago u obra social un precio fijo por la cobertura de medicamentos a cambio de mantener el mercado de marcas.

El avance de los Laboratorios comenzó con el asedio de las droguerías y mandatarias, pero nada impide pensar que los seguros de salud puedan estar exentos de completar el proceso de integración vertical “aguas arriba” iniciado por la industria, mediante la compra de prepagas y obras sociales.¹

En 1992 Jorge Katz se preguntaban cómo se reacomodarían los actores ante el ingreso de esta nueva figura a la cadena de distribución, considerando que parecía haberse llegado a un “plateau” en términos de venta, que resultaría difícil de expandir.

Estos seis años han demostrado que si bien la cantidad de unidades vendidas no se incrementó, la disminución del poder de ciertos actores (droguerías y mandatarias) sumado al incremento de los precios permitieron mediante un fortalecimiento y expansión de la capacidad negociadora, “capear el temporal” que significaba el ajuste y cierre de laboratorios, produciendo una transición gobernada del proceso de cambio de la oferta.

En el caso del sistema de salud de Estados Unidos, resulta notable como las HMO (*Health Maintenance Organization*) están recibiendo el impacto de la compra por parte de grandes grupos financieros e incluso farmacéuticos. Cuando se observan los recientes esfuerzos de algunos laboratorios, muchos están extendiendo su control hacia los seguros de salud. Esta es una tendencia nueva que se denomina **gestión de la enfermedad**².

Las alianzas entre los seguros de salud y las compañías farmacéuticas que se concentran en una enfermedad en particular se vuelven cada vez más comunes. Si bien las Clínicas han desdeñado las ideas promocionales de los laboratorios, estas compañías evalúan que podría reducirse el costo de internación si se motiva a los pacientes crónicos a que tomen sus medicamentos con regularidad.³

Los laboratorios farmacéuticos quieren participar en áreas como la atención de la salud a domicilio, la educación de los médicos y hasta las cuentas del hospital.

En el caso de Argentina todavía no existen laboratorios interesados en comprar prepagas o participar en la gestión de las obras sociales según lo recogido en algunas de las entrevistas realizadas, pero ¿Cuánto tiempo pueden tardar en identificar que los seguros cierran definitivamente la cadena de distribución del medicamento ?

La tendencia del mercado farmacéutico es a dividirse en dos sectores, *el de los productos innovadores bajo patente y el de los productos genéricos fuera de patente*. En el segundo primará la competencia en precios y se impondrá la calidad y reducción de costos.⁴ En el primero, solo tendrán acceso las empresas que investiguen e introduzcan novedades o que las co-

1 De las entrevistas realizadas no surgió que exista hoy un interés de los Laboratorios por avanzar sobre prepagas, no obstante el importante cambio de propiedad y concentración que se está dando en este sector.

2 Jorge Katz. Reportaje diario el Médico. Diciembre 1997

3 Gestión de enfermedades, un nuevo negocio. The Wall Street Journal Americas. George Anders (Redactor de The Wall Street Journal) 18 de mayo 1995

4 A vueltas con el medicamentazo. ¿ Otra ocasión perdida para abordar la racionalización del sector farmacéutico ? Joan Rovira – Fernando Antoñanzas. Economía y Salud. Febrero 1998

mercialicen bajo licencia. Las empresas que opten por esta segunda opción tendrán la lógica expectativa de recuperar la inversión en I + D en los productos innovadores. Esto solo será posible si los precios de dichos productos logran asegurar un margen de beneficio que compense el riesgo de investigación y que debería ser mayor que en los productos no innovadores.

Este ajuste del sector es sin dudas una responsabilidad de las empresas, no obstante sería importante que el sector público contribuya con los mecanismos que tiene a su disposición, y que en un mercado con tantas necesidades de regulación no deberían ser escasos.

En primer lugar la financiación mediante organismos públicos y semipúblicos, podrían ser instrumentos de una política de reestructuración industrial con objetivos realistas a mediano y largo plazo, negociados con el sector, de tal manera de reorientarlo hacia una estructura viable.

Y por último pero no por ello menos importante, el gobierno debería trabajar en el diseño de una política de financiamiento y precios de medicamentos tendiente alcanzar los objetivos de efectividad y eficiencia del consumo, pero al mismo tiempo trazando objetivos industriales que contribuyan a la reconversión del sector, de tal manera que pueda desarrollarse en el contexto internacional sin tener que cargar el país con las distorsiones del sobreconsumo, altos precios y exceso de gasto en cobertura de medicamentos.

El mercado de geriátricos en Argentina

Clara Spindel*, Alejandro Zubieta**

En el marco de las iniciativas de la Fundación ISALUD, con el desarrollo de equipos de investigación, se presenta el proyecto “El Mercado de Geriátricos en Argentina”.

Este trabajo -en su etapa inicial- se sustenta en dos dimensiones claves, la demográfica y lo institucional.

El incremento demográfico de la población con 60 años y más, cuyas proyecciones del INDEC estiman para el 2025 será el 16.9% de la población total y del 23.6 para el año 2050 tendrá una trascendencia en el diseño de políticas públicas ineludibles, ya que no sólo los sistemas de seguridad social deberán readaptarse sino también el conjunto de la infraestructura sanitaria, habitacional, educativa, etc.

En lo que respecta a las instituciones de asistencia a la tercera edad, son en la actualidad básicamente efectores privados, tanto lucrativos como no lucrativos, y en menor dimensión instituciones públicas. Se destacan los diseños de “instituciones totales” en que queda garan-

* Licenciada en Psicología. Investigadora de la Fundación ISALUD.

** Licenciado en Ciencias Políticas. Investigador de la Fundación ISALUD.

tizada la atención, pero no para la rehabilitación y el fortalecimiento de la persona anciana sino en condiciones saludables de internación, sin garantizar los derechos que asisten a toda persona humana por su condición y en carácter de usuario del sistema.

Por último se pretende desde esta investigación exploratoria-descriptiva identificar a los actores del sector, analizar la oferta por tipo de servicios y precios, la demanda en su evolución histórica y su proyección, la legislación vigente, los criterios de calidad reconocidos en los servicios geriátricos y proponer estándares de calidad y control de los servicios e información para la libre elección de los usuarios.

INDICE

Prólogo	5
ACTO DE APERTURA	7
José Manuel Corchuelo Blasco	7
Roberto Peluso	7
Carlos Garavelli	8
Héctor Lombardo	9
EL DEBATE PÚBLICO PRIVADO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD	13
Ginés González García	13
Introducción	13
Desarrollo económico versus exclusión social	14
Gran Estado, pequeño Estado	15
Estado, Economía y Salud	16
Los bienes privados	17
Los bienes públicos	17
Estado, Salud y Reasignación Social	19
Reflexiones finales	21
ESTADO DEL DEBATE EN ARGENTINA	23
Armando Reale	23
La equidad y la eficiencia como objetivos centrales	23
La competencia en nuestro sistema de salud	24
El caso de los hospitales: el Hospital de Autogestión	24
Conclusiones	25
La macrogestión como marco del debate	27
Sergio Del Prete	27
La influencia de la reforma económica	28
Reflexiones finales	31
Aldo Neri	32
El debate en el marco nacional	32
La necesidad del espacio público	34
Conclusiones	35
LA CONTROVERSIAS ENTRE LOS PRINCIPIOS DE UN SISTEMA SANITARIO	37
Juan Manuel Cabasés Hita	37

Introducción	37
El problema organizativo en el Sector Público	37
Principios de un buen sistema sanitario	39
Criterios de determinación de prioridades	43
Ética y eficiencia	45
LOS ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES	
ANTE EL SIGLO XXI	47
Charles Griffin	47
Introducción	47
La salud en el Siglo XX	47
El Programa de Préstamos del Banco Mundial	48
Las reformas actuales en el sector de la salud	51
Algunos elementos clave en la reforma del sector de la salud	52
Desde el punto de vista económico, creemos que todo esto pasa la cuestión de los contratos	55
Hay distintos tipos de reforma	56
Reflexiones finales	58
Algunas conclusiones	58
LO PRIVADO EN SALUD	61
Presentación	61
Jorge Aufiero	61
La visión del Sector Privado de Atención de la Salud	61
La imagen del sector privado	62
Comentarios finales	63
Pablo Giordano	64
La situación del subsector privado	64
Evolución del subsector privado. Período 1960 - 1979	65
Evolución del subsector privado. Período 1980 - 1990	65
Evolución del subsector privado. Período 1991 - 1999	66
¿Cuáles son nuestras conclusiones?	68
Hernán López Bernabó	69
La industria farmacéutica en el escenario nacional	69
El marco macroeconómico del sector	70
Nuestra propuesta	71
Conclusiones	72
Norberto Larroca	73
El sector privado y el sistema de salud	73
Nuestro aporte	74
LA INTEGRACIÓN PÚBLICO - PRIVADA	77

Carlos Albuquerque	77
Introducción	77
El escenario actual	77
El caso de Brasil	84
Los cambios	86
Recursos materiales del sistema brasileño	87
Los recursos financieros del sistema brasileño	87
Gasto en salud en Brasil. Año 1998	87
 LO PÚBLICO EN SALUD	 89
Presentación	89
Oscar Cetrángolo	89
Los límites de lo público y lo privado	89
Lo público	90
Las políticas nacionales	91
Conclusiones	93
Eduardo Amadeo	93
Las políticas sociales globales	93
La visión sistémica	94
Equidad y financiamiento	95
La energía social como recurso para la eficiencia	96
Planteo de la audiencia a la mesa	97
 LA VISIÓN DE LA ECONOMÍA POLÍTICA	 99
Jorge Remes Lenicov	99
Introducción	99
I. Las restricciones que tiene Argentina en esta nueva etapa	99
II. Los desafíos de la Argentina hacia el futuro	100
III. El Gasto Público Social en la Argentina	100
IV. El futuro del GPS y del gasto en salud	105
En el subsistema de salud pública	106
V. Las principales transformaciones y los problemas del sector salud .	106
En el subsistema de medicina prepaga	107
En el subsistema de obras sociales	107
2. Consideraciones sobre la organización del área de salud pública	109
VII. Conclusiones	110
José Luis Machinea	111
Breve análisis de la situación actual	111
La políticas públicas en el tema de la salud	112
El gasto en salud	113
La reforma de los '90	113
Reflexiones finales	115

Adolfo Sturzenegger	116
Introducción	116
Los recursos destinados a salud son suficientes	116
La provisión de servicios de salud en Argentina	116
Factores condicionantes de la salud	116
Medicina curativa versus medicina preventiva	117
La equidad en el acceso a los servicios	117
La sobreprestación de servicios médicos	117
La subprestación de servicios médicos	118
Algunas propuestas orientativas	118
TEMAS DE INTERÉS GENERADOS EN EL DEBATE DE LA MESA REDONDA	
“LA VISIÓN DE LA ECONOMÍA POLÍTICA”	121
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS	127
Experiencia organizativa de un hospital por cuidado progresivo.	
Gestión hospitalaria	127
Carlos Alberto Díaz	127
Estudio de costos de bilirrubina neonatal en el servicio de laboratorio,	
Hospital Materno-Infantil “Dr. J. Equiza”. González Catán	128
Gabriela Hamilton, Liliana Carbajales	128
La equidad complementaria como modelo de desarrollo entre	
los subsectores de salud de la República Argentina	129
Mauricio Klajman	129
El mercado de medicamentos en Argentina	130
Ginés González García, Carlos Vassallo, Matilde Sellanes,	
Manuel Limeres, Claudia Madies, Graciela Ventura, Roberto Bisang,	
Lucas Godoy, Rodrigo Falbo	130
Una aproximación a la evaluación económica aplicada al sector	
de salud mental	131
Arturo Schweiger	131
Competencia estructurada: Una Alternativa para la Reforma	
del Sistema de Salud en Argentina	132
Federico Tobar	132
Los cambios en la producción y distribución de los medicamentos	
en Argentina	132
Carlos Vassallo	133
El mercado de geriátricos en Argentina	135
Clara Spindel, Alejandro Zubieta	135