

Planes privados de salud con aportes de la seguridad social promueven un uso racional de los recursos de la salud

Un avance importante en favor de lograr un uso más racional de los recursos en salud ha sido la introducción de la posibilidad de elegir el tipo de cobertura por parte de los afiliados de la seguridad social. Este cambio se llevó a cabo hace 12 años y ha permitido que muchas personas puedan acceder a una cobertura privada de mayor calidad gastando menos recursos gracias a que pueden utilizar sus aportes a la seguridad social. Obstaculizar esta política generaría una importante pérdida de bienestar al volver a obligar a la población a pagar dos veces por el mismo servicio.

La posibilidad de utilizar los aportes de la seguridad social para acceder a la protección de un seguro privado

Hasta 1996 los trabajadores formales en relación de dependencia tenían afiliación cautiva a la obra social de su actividad. Esto significaba que si la persona estaba disconforme con el servicio que recibía no podía optar por afiliarse a una obra social alternativa o, si lo prefería, a un plan médico privado. Lo que sucedía es que la persona tenía que incurrir en una doble cobertura y, con ello, en un doble gasto. El doble gasto consistía en que debía seguir aportando a la obra social (cuyos servicios no utilizaba) y paralelamente asignar recursos de bolsillo del presupuesto familiar para contratar un plan privado de salud. Esto era una pérdida de bienestar importante porque los hogares pagaban dos veces (una vez a la obra social y otra vez al plan privado) para poder tener servicios de salud.

En respuesta esta regla, ausente de racionalidad y sentido común, en 1996 se incorpora el concepto de libertad de elección para los afiliados a las obras sociales nacionales. Con este cambio, las obras sociales realizaron convenios con las entidades que administran planes privados de salud para que las personas que lo deseen puedan utilizar su aporte de seguridad social para cubrirse con un seguro médico privado. Esto ha dado buenos resultados. Los hogares, que hasta 1996 estaban obligados a pagar dos veces por el mismo servicio, a partir de ese año tienen la posibilidad de utili-

zar su aporte para protegerse con un plan privado ahorrándose el gasto de bolsillo que hasta ese momento le causaba la duplicación de coberturas.

Para una descripción más expositiva sobre cómo funcionaba el esquema hasta 1996 y cómo funciona a partir de 1996 puede resultar útil observar los Gráficos 1 y 2. En el Gráfico 1 se presenta la situación anterior a 1996. Las empresas del sector productivo pagaban a la obra social una contribución patronal de 6% sobre el nómina salarial a nombre de cada trabajador y los trabajadores pagaban un 3% de su salario. De este total (9% del salario) entre un 10 - 15% se enviaba al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para subsidiar a los trabajadores de menores aportes y financiar algunas prácticas de alta complejidad. El remanente del 9% neto del FSR es lo que las empresas y los trabajadores destinaban a la obra social para financiar la cobertura médica. Como el trabajador tenía afiliación cautiva, en caso de que estuviera disconforme con los servicios de la obra social, no tenía más alternativa que contratar, por fuera de la seguridad social, un plan privado de salud.

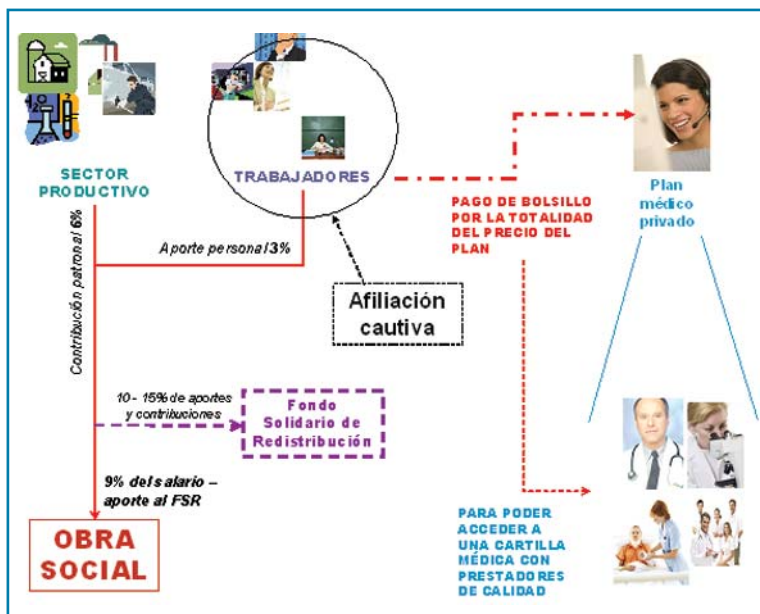
De esta forma, si el trabajador deseaba acceder a una cartilla de prestadores más variada y de mayor calidad debía pagar con dinero de bolsillo el precio completo de un plan médico privado. Así, se producía el doble pago. Por un lado, pagaba el 9% de su salario con destino a la obra social por un plan de



Por el LIC.
JORGE COLINA
Investigador del
Instituto para el
Desarrollo Social
Argentino (IDESA).



**Gráfico 1. El doble gasto en salud.
La vieja regla de cobertura de la seguridad social**



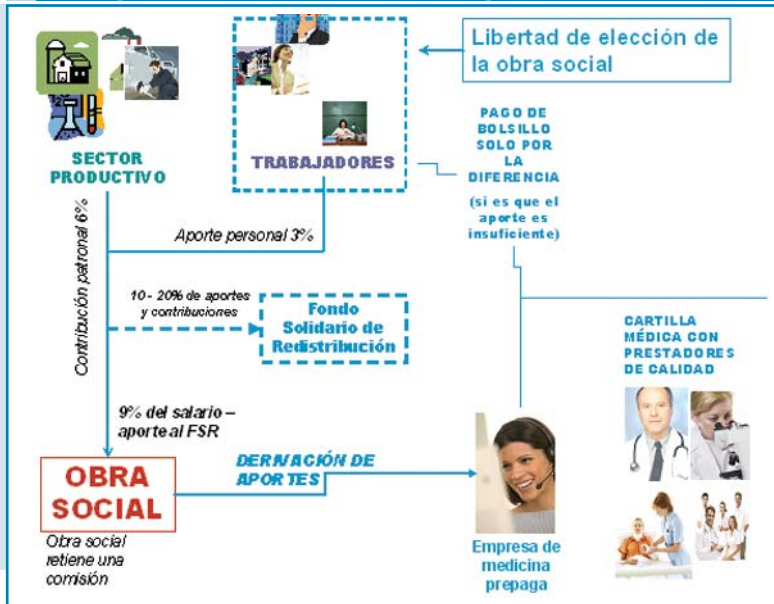
salud que nunca utilizaba. Por otro, pagaba paralelamente el costo completo de un plan privado de salud que era el que la persona quería utilizar y que efectivamente utilizaba, que era el plan privado (Gráfico 1).

A partir de 1996 se incorpora la regla de la libertad de elección de la obra social por parte del tra-

bajador. Las obras sociales, entonces, en respuesta a este cambio de reglas, permiten a las personas utilizar su aporte de seguridad social para comprar un plan privado de salud, si así lo desean. En el Gráfico 2 se presenta el esquema de cómo opera, ahora, la regla de cobertura.

El trabajador, al tener libertad de elección de la obra social, tiene la alternativa de derivar su aporte (9% del salario), neto del FSR, a la cobertura del plan privado de salud a través de la elección de una obra social que ofrezca la posibilidad de derivar el aporte. La obra social deriva el grueso del aporte al plan privado de elección del afiliado a cambio de una comisión de gestión para la obra social. Si el aporte del 9% del salario (neto del FSR y de la comisión de la obra social) es suficiente, la persona no paga nada por su cobertura privada. Si el precio de la cobertura privada es mayor que el aporte, entonces, paga sólo la diferencia. En muchos casos, las empresas otorgan a su personal, como beneficio laboral adicional, el pago de esta diferencia de forma tal que los trabajadores puedan acceder a la cobertura privada sin tener que gastar dinero de su propio bolsillo. En todos los casos, el cambio de regla significó y significa un ahorro significativo para los hogares dado que ya no incurren más en el doble pago que ocasiona la cautividad de la afiliación.

**Gráfico 2. El uso racional de los recursos en salud.
La regla actual de cobertura de la seguridad social**



■ EL IMPACTO POSITIVO DEL CAMBIO

a.- Un uso más racional de los recursos

En Argentina, las bases de información sobre salud son parciales y segmentadas. En general, más allá de datos poblacionales y epidemiológicos que recaba el Ministerio de Salud, no hay información sistematizada sobre recursos, gestión y resultados. Cualquier indagación de evidencias sobre uso de recursos en salud se debe hacer con fuentes alternativas, con las limitaciones que ello conlleva. Algunas de estas fuentes son las encuestas del INDEC que si bien no recaban datos de salud, tienen al menos datos de cobertura que pueden ayudar a echar luz sobre el impacto positivo que la libertad de elección en el sistema de seguridad social tuvo en términos de un mejor uso de los recursos en salud.

El análisis preliminar de los datos disponibles arroja que, si se compara la situación de cobertura en 1997 (cuando se inicia la libertad de elección) con la del 2006 (último disponible) los cambios han sido bastante drásticos. Luego de una prolongada crisis económica que se extiende entre 1999 y el 2003, seguida por una posterior recuperación económica, se observa que habría aumentado la cantidad de personas con cobertura de obras sociales y las personas sin cobertura, mientras las personas con cobertura privada no habrían aumentado. Estos datos corresponden sólo a la región metropolitana.

La primera lectura de los datos sugeriría que la cobertura privada habría disminuido. Debido a la imperfección de las bases de información que se

usan, sería prematuro tener una conclusión terminante en este sentido. Es más fundada la conclusión de que las coberturas privadas aumentaron, pero fue gracias a que la gente con cobertura de obra social nacional ha podido utilizar su aporte de seguridad social para protegerse con una cobertura privada. Lo que los datos reflejan como una disminución de la cobertura privada, esconde que ahora la gente con obra social puede acceder a la cobertura privada.

En el Recuadro 1 se presenta un análisis más pormenorizado de los resultados. A grandes rasgos, las evidencias muestran que el beneficio que las personas ahora tienen es la posibilidad de no tener que incurrir en el doble gasto que ocasiona la doble cobertura. Entre 1997 y 2006, la población de la muestra bajo análisis, -que es la región metropolitana-, aumenta en más de 1 millón de personas donde aproximadamente 800 mil son las nuevas personas que se incorporan a la cobertura de obra social y 650 mil las que se incorporan a la legión de personas sin cobertura. Entre los planes privados se observa que hay 300 mil personas menos, precisamente, son las personas que dejan de estar en lo que es la doble cobertura. En 1997 en la cobertura privada había 1,5 millones de personas en la región metropolitana de las cuales 500 mil estaban en la doble cobertura mientras que en el 2006 hay 1,2 millones de personas en la cobertura privada y la reducción se debió prácticamente en su totalidad a la gente que en 1997 tenía doble cobertura.

Cabe resaltar lo que se señala en el Recuadro 1 y es que mucha gente que declara tener "sólo obra social" también está accediendo a los planes privados de

Recuadro 1. Un uso más racional de los recursos en salud: algunas evidencias

Una primer fuente de información es la Encuesta de Gasto de los Hogares de 1997 que muestra cómo se organizaba la cobertura cuando la afiliación era cautiva (es decir, sin libertad de elección de obra social). Una segunda fuente es la Encuesta Permanente de Hogares de 2006 (última disponible) que permite observar cómo es la cobertura luego de 10 años de aquella medida de política. El análisis se hace sólo para la región metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y conurbano) que es donde ambas encuestas son comparables. El Cuadro 3 presenta los resultados preliminares.

En 1997 se estimaba que en la región metropolitana había aproximadamente 11,5 millones de personas. El 50% tenía cobertura sólo de obra social, que puede ser: obra social nacional, provincial (OSBA o IOMA), PAMI, u otro tipo de obra social (FFAA, universidades, poder legislativo, etc). Un 37% no tenía cobertura. El 13% restante (1,5 millones de personas) tenía cobertura de planes

privados. De este total, 1 millón tenía cobertura sólo privada mientras que 500 mil tenían doble cobertura, es decir, hacían doble gasto (obra social y cobertura privada).

En el 2006 la población de la región metropolitana se había incrementado en 1,1 millones de personas, llegando entonces a las 12,6 millones de personas. El periodo fue traumático en el interregno, con una fuerte crisis de cobertura que se da entre 2000 y 2004, y una posterior recuperación. En términos de cobertura, en principio, estas evidencias sugieren que en el 2006 habría más gente con obra social y sin cobertura, aunque menos gente con planes privados. Las personas con cobertura sólo de obra social serían el 52% y las personas sin cobertura serían el 39%, en ambos casos, mayores proporciones que en 1997. La gente con cobertura privada sería de 1,2 millones. Sin embargo, en la lectura de los datos hay que tener en cuenta tres elementos.

En primer lugar, lo que cae es solamente la doble cobertura y este es un signo muy positivo porque significa que la gente que todavía puede acceder a la cobertura privada ha dejado de pagar dos veces. Este es el resultado positivo de permitir que las personas puedan utilizar su aporte a la seguridad social para protegerse con una cobertura privada. En segundo lugar, mucha gente que declara tener cobertura "sólo obra social" también está accediendo a los planes privados de salud ya que está afiliada a obras sociales de personal de dirección desde donde se accede a planes privados de salud. En tercer lugar, mucha otra gente que declara tener "sólo obra social", en realidad, son personas que ahora a través de la obra social accede a los planes de medicina privada.

El 1% remanente de personas que todavía declara tener doble cobertura pueden ser personas con OSBA, IOMA, PAMI, u otro tipo de obra social que no tienen posibilidad de libertad de elección.

Cuadro 3. Tipo de cobertura en la región metropolitana
En miles de personas

	1997		2006		Diferencia 2006 - 1997
Sólo obra social	5.717	50%	6.520	52%	804
Sólo plan privado	1.033	9%	1.040	8%	7
Doble cobertura	503	4%	188	1%	-314
Sin cobertura	4.256	37%	4.905	39%	649
Total	11.508		12.654		1.146

Fuente: IDESA en base a ENGH (1997) y EPH (2006), ambas, del INDEC.

salud ya que, por un lado, está afiliada a obras sociales de personal de dirección desde donde se accede a planes privados de salud, y, por otro lado, es posible que mucha otra gente declare tener obra social cuando en realidad a través de la obra social es que accede a planes de medicina privada. De todas formas, lo más importante en este análisis es resaltar este efecto uso más racional de los recursos que se ha producido gracias a la posibilidad de utilizar los aportes de seguridad social para la protección de un plan privado de salud evitando la doble imposición que implica la doble cobertura.

b.- Mayor calidad del gasto en salud

No sólo se gana por el lado de que ahora se paga menos por la misma cobertura, sino que con el cambio de regla mucha más gente utiliza su aporte de seguridad para acceder a la cobertura privada y esto implica que el gasto en salud ahora se gasta con mejor calidad. Varios factores permiten fundamentar esto.

En primer lugar, con la libertad de elegir de las personas las obras sociales tuvieron que optimizar el uso de sus recursos para asignarlos en función de retener y/o atraer nuevos afiliados. Hubo progresos que se materializaron en la disminución de los gastos administrativos, la mejora de los procedimientos internos y una mayor inclinación a pensar la organización interna de las obras sociales a favor de la atención del usuario, algo que con cautividad no ocurría simplemente porque no era necesario.



En segundo lugar, la infraestructura y los recursos humanos de las obras sociales se ajustan al modelo de gestión que elija la obra social en función de que gestione su propio plan, o bien, haga derivación de aportes. De esta forma, se evitan el sobreempleo y la sobredotación de infraestructura algo que era muy común que ocurriera cuando la población era cautiva. Adicionalmente, si la obra social opta por gestionar a través de derivación de aportes, estabiliza su ecuación de ingresos y gastos ya que quién asume el riesgo financiero del gasto médico es la entidad que gestiona la cobertura privada.

Finalmente, eliminando el doble gasto y mejorando la calidad del gasto en salud, se liberan recursos familiares que pueden ser gastados en usos alternativos que mejoran, tanto como la medicina, la calidad de vida de las personas (mejor alimentación, vestimenta, educación, deportes, entretenimientos o recreación).

CONCLUSIÓN

La mayor preocupación que tienen los formuladores de políticas sanitarias en todos los países del mundo es el uso racional de los recursos. El campo más investigado en esta dirección son los desarrollos de la atención primaria, la promoción y la prevención, y las políticas de medicamentos. Sin embargo, en Argentina hay un ejemplo claro de cómo con otro tipo de política, en este caso, con articulación de coberturas, se puede lograr o reforzar el uso racional de los recursos. Posibilitando que las personas puedan utilizar su aporte de seguridad social para protegerse con mecanismos de cobertura privada, si lo desean, ha sido un avance muy importante.

Los datos estadísticos muestran cómo con esta política se pudo erradicar gran parte del doble gasto en salud en que incurrieron los hogares por verse obligados a recurrir a la doble cobertura en caso de querer optar por un protección privada. Con el cambio, ganaron los hogares en bienestar porque tienen un ahorro importante de presupuesto familiar que pueden tener un uso alternativo tan importante como los de salud. Gana el sector productivo porque la eliminación de la doble cobertura disminuye costos al evitar tener que comprar coberturas adicionales, o soportar el clima de disconformidad del personal cuando el servicio de la obra social de actividad no es satisfactorio. Gana el Estado porque teniendo a una porción de la población con razonables niveles de satisfacción, -que se demuestra en el hecho de que la gente permanece en la cobertura privada por libre decisión-, puede concentrar su atención en la creciente cantidad de personas que carecen de cobertura. Las evidencias muestran que eliminando la doble cobertura ha ganado toda la sociedad.

Eliminar este mecanismo produciría un daño económico y sanitario difícil de reparar. A diferencia de otros subsistemas de la seguridad social, los aportes de la seguridad social que la gente canaliza a la cobertura de salud privada no se acumulan, se asignan íntegramente al pago de prestaciones médicas que los afiliados demandan continuamente. Una eventual vuelta atrás en la derivación de aportes implica automáticamente que toda la gente que utiliza este mecanismo se quede sin cobertura privada de salud, cobertura que ella explícitamente eligió. A menos que esté dispuesta a incurrir en un doble gasto como era hace 12 años atrás. ■■