

Las coberturas privadas: balance 2007

Agenda para el 2008



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

En este 2007 la revista de ADEMP ha presentado una serie de artículos de análisis de economía de la salud con el foco puesto en la problemática de las coberturas privadas de salud en Argentina. Con una modalidad de presentación simple y sin resignar rigurosidad, se analizaron los problemas y los desafíos que actualmente enfrenta el sector salud en Argentina y las alternativas de políticas tendientes a encontrar soluciones conducentes, sustentables y fundamentalmente que ayuden a generar valor económico y social. En esta oportunidad, y a modo de balance, se presenta una síntesis de los análisis que se hicieron en el 2007. Se traza el hilo conductor que une a todos los temas que fueron tratados para definir la agenda de lo que queda por resolver -o, al menos, comenzar a resolver- a partir del 2008.

Los principales temas estructurales que se trataron en estos Enfoques de la Medicina Prepaga del 2007 fueron:

a. Un análisis crítico de la idea de fijar al Programa Médico Obligatorio (PMO) como un paquete prestacional mínimo que deben cumplir las coberturas privadas.

b. Un breve análisis de la dinámica de la inflación en salud en los países desarrollados (EE.UU., Inglaterra, Suecia, España) y porqué su incidencia sobre los presupuestos de

los hogares en esos países es inferior a la que provoca la inflación en salud en los hogares argentinos.

c. Un análisis de alternativas de políticas para crear un sistema especial de cobertura de enfermedades financieramente catastróficas en Argentina.

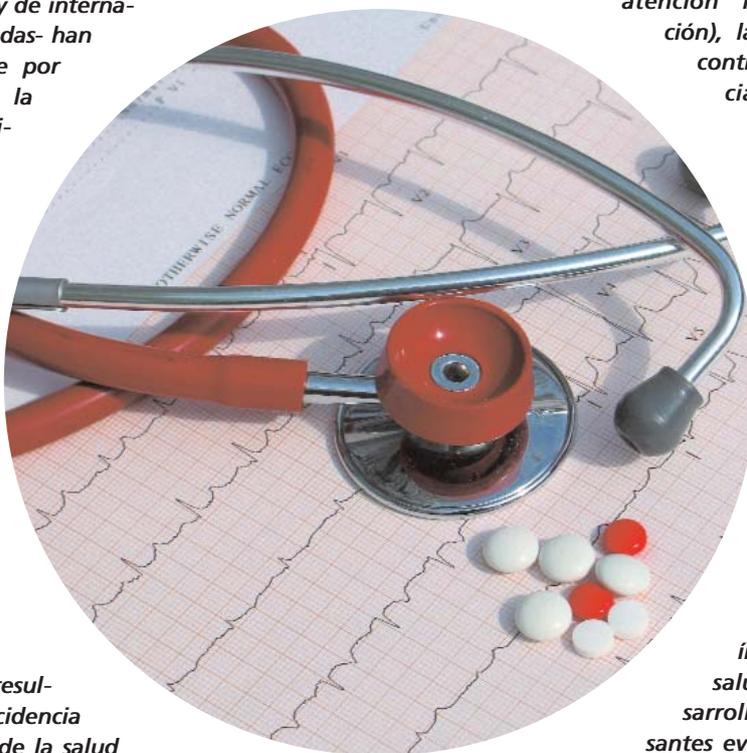
d. Un análisis crítico de las reglas de cobertura de salud en Argentina que, por estar desarticuladas de la definición del PMO, se produce una superposición de coberturas que genera ineficiencia e inequidad.

■ LA DINÁMICA DE LOS PRECIOS DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

Si se hiciera un recuento de las noticias que durante el 2007 involucraron de una u otra forma a las coberturas privadas, se verá que la lista de problemas estuvo casi monopolizada por los incrementos de costos y la incidencia que esto tiene en los presupuestos familiares. Una primera reflexión que surge en el tema precios es que la inflación de los últimos 6 años no ha estado motorizada por el incremento de los precios de la salud sino fundamentalmente por el incremento en los precios de los alimentos (142%) y la indumentaria (141%).

Los precios de la salud -entendidos en un sentido integral, es decir, incluyendo medicamentos, accesorios terapéuticos, honorarios médicos, honorarios quirúrgicos y de internación, y coberturas privadas- han crecido sustancialmente por debajo de lo que fue la inflación. Es más, las evidencias sugieren que el sector salud habría contribuido a morigerar la inflación más que a alimentarla. La inflación promedio desde el resurgimiento de la inflación en 2002 ha sido -según el INDEC- de 102%-, mientras que los precios de la salud -según la misma fuente, INDEC- se incrementaron en 78%.

Más importante aún resulta discutir cuál es la incidencia que tienen los precios de la salud en la inflación. Esto es, cuánta inflación "genera" el sector salud. En este sentido, es importante tener presente que los precios de los alimentos y la indumentaria, además de haber sido los que más crecieron, son los que más pesan en el gasto de las familias, por ende, son los que más influyen en el índice de precios con el que se mide la inflación. En la canasta de bienes y servicios que el INDEC utiliza para la medición del índice de precios al consumidor el gasto en alimentos representa el 31% del total de gasto de los hogares y el de indumentaria el 5%. Esto significa que la inflación que produjeron los alimentos y la indumentaria fue de 50 puntos de los 104 puntos que hubo de inflación desde el 2001 hasta la actualidad. El sector salud produjo sólo 8 puntos de los 104.



■ ¿ES POSIBLE QUE LOS PRECIOS DEL SECTOR SALUD SE MANTENGAN POR DEBAJO DE LA INFLACIÓN PROMEDIO?

Las evidencias internacionales sugieren que no. Por el contrario, todo indica que por su carácter de país de desarrollo medio, en Argentina, los precios de la medicina tenderán a ser cada vez más altos. La presión sobre los precios es la consecuencia natural de un problema estructural: la medicina es cada vez más cara por razones demográficas, cambio tecnológico y elevación de las expectativas de la población.

En otras palabras, el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos que prolongan la vida de los enfermos sin desterrar las enfermedades, las fallas de control de los procesos de atención médica (sobrestimación), la medicina preventiva contra la litigiosidad judicial y las expectativas (reales o ficticias) crecientes de las personas en torno al poder de la medicina para salvar vidas lleva a que las personas y los profesionales médicos demanden cada vez más prestaciones y los precios de los bienes y los servicios médicos sean cada vez más caros.

La evolución de los índices de precios de la salud en los países desarrollados muestra interesantes evidencias en este sentido. En el mundo desarrollado, los precios de la salud son crecientes, y consistentemente crecientes por encima de la inflación promedio, independientemente de cuál sea el modelo de sistema de salud que el país haya elegido. Estados Unidos es un país que tiene el sector privado de la medicina más sofisticado, extendido y activo del mundo. Desde 1990 hasta julio del 2007, la inflación promedio fue de 58% mientras que los precios de la salud se incrementaron en un 114%. O sea, en 17 años, los precios de la medicina son 2 veces más caros que el resto. En Inglaterra, el Estado inglés, a través del National Health Service (NHS), financia, gestiona y controla directamente la producción y la distribución de atención médica a la población, y lo hace desde el

LA PROBLEMÁTICA DE LA COBERTURA DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

No hay una definición estricta de lo que es una enfermedad "catastrófica", pero en la literatura internacional el concepto se asocia a las enfermedades cuyo tratamiento involucra dos conceptos: a) el muy alto costo; y b) la certidumbre que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demanda recursos superiores al promedio. Los ejemplos más conocidos son los trasplantes de órganos y las cirugías de muy alta complejidad, el cáncer, el sida, las discapacidades producidas por accidentes cerebrovasculares, las enfermedades mentales crónicas, el mal de Parkinson, malformaciones o mutaciones, parálisis prolongadas.

En la técnica del seguro, las enfermedades que demandan recursos por encima del promedio con absoluta certeza son "inasegurables". Es decir, la prima que hay que cobrarle es todo el flujo futuro de gasto que demandará. Como los montos involucrados superan cualquier previsión presupuestaria, en muchos

países se crean esquemas especiales para el financiamiento de enfermedades catastróficas.

En Uruguay, por ejemplo, se cuenta con un fondo especial denominado Fondo Nacional de Recursos (FNR) y prestadores especializados llamados IMAEs (Instituciones de Medicina Altamente Especializadas). El FNR financia los gastos y las IMAEs gestionan esos recursos aplicando los tratamientos. En Chile, los sistemas privados cuentan con un esquema especial de reaseguro financiero y gestión especializada de enfermedades catastróficas que se denomina CAEC (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas). En Singapur funciona uno de los esquemas más novedosos del mundo. Las personas tienen cuentas individuales de ahorro para financiar tratamientos no catastróficos (Medisave) y el seguro opera sólo para los gastos catastróficos (Medishield). En Holanda, el sistema especial se deno-

mina AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act), fue creado en 1968 y cubre a toda la población del país en forma complementaria al seguro social y los seguros privados.

En nuestro país no hay esquema especial. La modalidad elegida entra en la lógica general de establecer un mandato legal por el que los hospitales públicos y todos los seguros de salud tienen, en teoría, que cubrir todas las intervenciones necesarias sin ocuparse por generar reglas de beneficio y de financiamiento que sean consistentes con dicho mandato. Los imperativos legales terminan siendo una promesa de prestaciones médicas que, en la práctica, por inconsistencia financiera, quedan desatendidas.

Con la articulación de coberturas que se propone se podría generar, entre muchas otras cosas más, un régimen especial apropiado para el financiamiento de enfermedades catastróficas en Argentina.

gobierno central. Posiblemente sea una de las figuras más emblemáticas de lo que se conoce como un sistema público de salud en su forma más "pura" dentro de una economía de mercado. Entre 1990 y julio del 2007, la inflación fue de 46%, pero los precios de la salud crecieron un 70%. Suecia, un país con un sistema mixto, asimilable al argentino, donde conviven la seguridad social financiada con impuestos al trabajo y un sistema público de gestión descentralizada a nivel de municipios (los países nórdicos siempre son interesantes de observar por su vocación permanente a favor de una sociedad igualitaria dentro de las economías de mercado), la inflación promedio entre 1990 y julio del 2007 en ese país fue de 39% y la de salud de 209%.

En síntesis, a diferencia de lo observado en otros países, los precios de la atención médica en Argentina no han jugado un rol como factor generador de inflación. Más aun, han jugado un rol contractivo de la inflación. La experiencia internacional sugiere que no sería un fenómeno sostenible. A medida que Argentina crezca, se desarrolle, y su población envejezca, los precios de la medicina crecerán por encima de la inflación promedio.



■ ¿POR QUÉ EN ESOS PAÍSES LA INFLACIÓN EN SALUD NO GENERA LAS DISCORDIAS Y DESENCUENTROS QUE SE PRODUCEN EN LA ARGENTINA?

El dato relevante para entender porqué en los países desarrollados la inflación en salud incidiría de manera mucho menos intensa sobre el presupuesto de los hogares que en la Argentina se presenta en el Cuadro 1. Allí aparece el ponderador con el que se representan dentro del Índice de Precios al Consumidor los precios de la salud. En Argentina, los pre-

cios de salud inciden en un 10% en la inflación, es decir, que por cada 10 puntos de incrementos en los precios de la salud la inflación crece 1 punto. En Suecia y en Inglaterra, en cambio, por cada 10 puntos de incrementos de precios de la salud la inflación se incrementa en un 0,25% y 0,24%, respectivamente.

Cuadro 1. Incidencia de los precios de la salud en el Índice de Precios al Consumidor de cada país

País	Ponderador
Argentina	10,0%
Suecia	2,5%
Inglaterra	2,4%

Esto no es el resultado de una mala medición del índice argentino. Ni tampoco de una distorsión de los índices sueco o inglés. Lo primero que hay que tener en cuenta es que, lo que mide el Índice de Precios al Consumidor en materia de salud, es lo que corresponde a gasto de "bolsillo" de las familias, es decir, aquello que no está efectivamente financiado por los mecanismos de cobertura públicos y sociales. De esta forma, lo que los índices de Suecia e Inglaterra pueden estar reflejando es que los sistemas públicos y de seguridad

social de esos países funcionan correctamente, por lo tanto, brindan cobertura efectiva a la población evitándole tener que incurrir en gastos importantes de "bolsillo" para comprar lo que el sistema público y la seguridad social fallan en darle. Lo que la gente gasta de manera directa en salud en esos países son coberturas adicionales y servicios complementarios.

En Argentina, en cambio, parecería que la gente esta gastando crecientes porciones de su presupuesto familiar en la compra de servicios que no recibe (pero debería recibir) de los sectores público y de la seguridad social. En otras palabras, paga dos y hasta tres veces por el mismo servicio. Por ello, la incidencia del gasto de bolsillo en salud en Argentina es mayor que en los países señalados y naturalmente la inflación en salud impacta más en la inflación promedio. Por esto, la mejor manera de prepararse para morigerar las presiones inflacionarias que se vienen en medicina, no son los controles de precios, sino una rearticulación del sistema de salud para que todos los esquemas de cobertura funcionen complementadamente: el sistema público, el sistema de seguridad social y el sistema privado.

■ LA REARTICULACIÓN NECESARIA DE LOS MECANISMOS DE COBERTURA EN ARGENTINA

En Argentina se estaría produciendo este paradójico fenómeno de que la gente paga entre dos y tres veces por el mismo servicio de salud porque no puede articular las coberturas del sistema público -que es universal para todos los habitantes-, con las coberturas de la seguridad social y las coberturas privadas.

Como se sabe, la regla en Argentina es que todos los habitantes tienen derecho a acceder al sistema público. Los que trabajan en relación de dependencia formal pueden acceder, además, a la seguridad social, sin perder el derecho sobre el sistema público. Los que contratan coberturas privadas generan nuevos derechos manteniendo los derechos sobre las otras dos vías de coberturas (pública y seguridad social).

En rigor, esto no es un problema. El problema se produce por una mala regulación. Las normas legales y las interpretaciones judiciales tienden a fijar el mandato de que tanto el sistema público, como el sistema de seguridad social, como los seguros privados, están obligados a brindar paquetes integrales. El fin, obviamente, es buscar la protección integral y exhaustiva de cualquier evento de pérdida de salud que enfrente una persona, sin embargo, esta tesitura olvida que las personas tienen acceso no a una sólo cobertura sino a varias vías de cobertura. Al obligar a todos los mecanismos de cobertura a brindar un paquete integral, todos dedican recursos a obtener un mismo producto.

Así, los hospitales públicos tienen que estar preparados para brindar todas las prestaciones que se les demande, que pueden ir desde una consulta ambulatoria simple para una persona pobre hasta el más sofisticado tratamiento de alta complejidad de una persona rica que seguramente tiene cobertura en alguno de los otros dos mecanismos (seguridad social o privada). Las obras sociales tienen que estar preparadas para financiar un PMO aun cuando la sociedad ya le dio recursos el hospital público para atender las necesidades de esta persona. Y las empresas de medicina prepaga también tiene que financiar como mí-

nimo un PMO, aún cuando muchas veces el afiliado está afiliado a una obra social y tiene acceso al sistema público. La regla es ineficiente porque todos tienen que prever una oferta prestacional compleja y muy costosa acorde con una demanda integral de servicios, sin que necesariamente los recursos que se les asigna sean suficientes.

El resultado natural es que todos (hospitales públicos, obras sociales y empresas de medicina prepaga) sufren insuficiencia de recursos, que se traducen en largas filas de espera, negaciones de servicios, litigiosidad por prestaciones que no se brindan, quejas permanente de los usuarios, y sólo unas pocas obras sociales y prepagas -que tienen altos ingresos per capita o planes de salud muy caros- pueden hacer frente con sus propios medios a la obligación de cumplir, cada uno, con un paquete integral de prestaciones.

Lo ineficiente de la regla es que la sociedad paga entre dos y tres veces por un mismo paquete prestacional y lo inequitativo es que quienes tienen accesibilidad efectiva a un paquete integral son solamente las personas de muy altos niveles de ingreso. El resto enfrenta negación de algún bien o servicio.

■ ¿CÓMO ARTICULAR LAS REGLAS DE COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y LA DEFINICIÓN DEL PMO?

La idea es que todas las personas tengan garantizado un paquete integral de prestaciones, pero a través de una organización concurrente de los mecanismos de cobertura. La definición del PMO puede ser la actual. Pero hay que buscar la forma que lo que cubre el hospital público, no necesariamente lo tenga que cubrir compulsivamente la obra social y las coberturas privadas, y los que cubran las obras sociales y las cobertura privadas no tenga el Estado que prever su financiamiento por si las otras dos coberturas fallan.

Una forma tentativa puede ser partir de la situación actual en donde se considera que todas las personas tienen derecho a una cobertura integral en el sistema público. Luego, para las personas que tienen cobertura de la seguridad social, el plan de salud debería prever aquellas prestaciones del PMO cuyo costo sea consistente con el monto de su aporte salarial; el resto de las prestaciones del PMO deberían ser financiadas por el sistema público. Las personas que optan por una cobertura privada pueden derivar sus aportes salariales de la seguridad social (como es hoy), o bien, adquirir planes parciales que sean complementarios a lo que ya está obligada la seguridad social y el sistema público.

Con una organización de estas características, las coberturas privadas podrían ofrecer a las personas planes de salud que sean sensibles a sus preferencias y, fundamentalmente, a sus posibilidades económicas. Si los precios son empujados a aumentar (por presiones coyunturales de costos de insumos y/o salarios, o por factores permanentes asociados al ciclo de vida como edad y sexo, o por el cambio tecnológico), las propias personas tienen la posibilidad de elegir alternativas para aminorar el impacto de los mayores costos que impone la medicina. La vía es dejar de pagar en la seguridad social o a la cobertura privada prestaciones que el usuario percibe como remotas o que, en caso de que las necesite, sabe que puede recurrir al sistema público, y el sistema público poder concentrarse en las prestaciones que la gente no tiene cubiertas por la seguridad social y las cobertura privadas.

■ CONCLUSIÓN

El objetivo social compartido del sistema de salud argentino es garantizar que todos los ciudadanos ten-

gan acceso a un paquete integral de prestaciones. La restricción es que la medicina es cara, y será cada más cara, y que las personas necesitan y demandan cada vez más bienes y servicios de la salud, por envejecimiento o por las ventajas que ofrecen los avances tecnológicos. Todo esto hace que por muchos que sean los recursos que la sociedad le asigne al sector salud, éstos siempre serán escasos. Aquí es donde toman importancia fundamental las reglas del sistema.

No es apropiado creer que el objetivo se logra simplemente con legislar que todos los canales de cobertura tienen la obligación de brindar este plan integral. Este camino ha llevado al fracaso sanitario, y hoy está induciendo a la sociedad a pensar que el problema en la salud son los precios, cuando en realidad los mayores costos y las restricciones a la accesibilidad se deben a la mala organización del sector. Se necesita políticas creativas y una de ellas es eliminar los sobrecostos que causan las superposiciones de coberturas. Esto se logra articulando coberturas. No segmentándolas como tradicionalmente se ha hecho y se tiende a seguir haciendo. ■■