

EN 9 AÑOS SE MULTIPLICARON LOS RECURSOS PARA EL SISTEMA PÚBLICO Y DE SEGURIDAD SOCIAL



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Entre el 2003 y el 2012, los recursos para el sistema público y de seguridad social crecieron por donde se mire: en términos del PBI, en términos per cápita, corregidos por inflación. Sin embargo, en muchos casos no se tradujo en más calidad por eso hay gente que migra al sistema privado. El Estado, en lugar de ocuparse de crear más valor con los mayores recursos invertidos en el sistema público y social, opta por interferir en la relación de los ciudadanos con los seguros privados multiplicando las complicaciones.

La expansión de recursos para el sistema público en salud

Desde el año 2003, los recursos para el sistema público de salud se incrementaron de manera muy importante. El último dato oficial disponible corresponde al 2009, pero realizando una proyección en base a datos oficiales del Ministerio de Economía sobre la evolución del gasto público en salud de las provincias, se proyecta que entre el 2003 y el 2012 la cantidad de recursos que fluyeron al sistema público de salud (fundamentalmente la red de hospitales públicos de todo el país) pasó de 1,9% a 2,9% del Producto Bruto Interno (PBI).

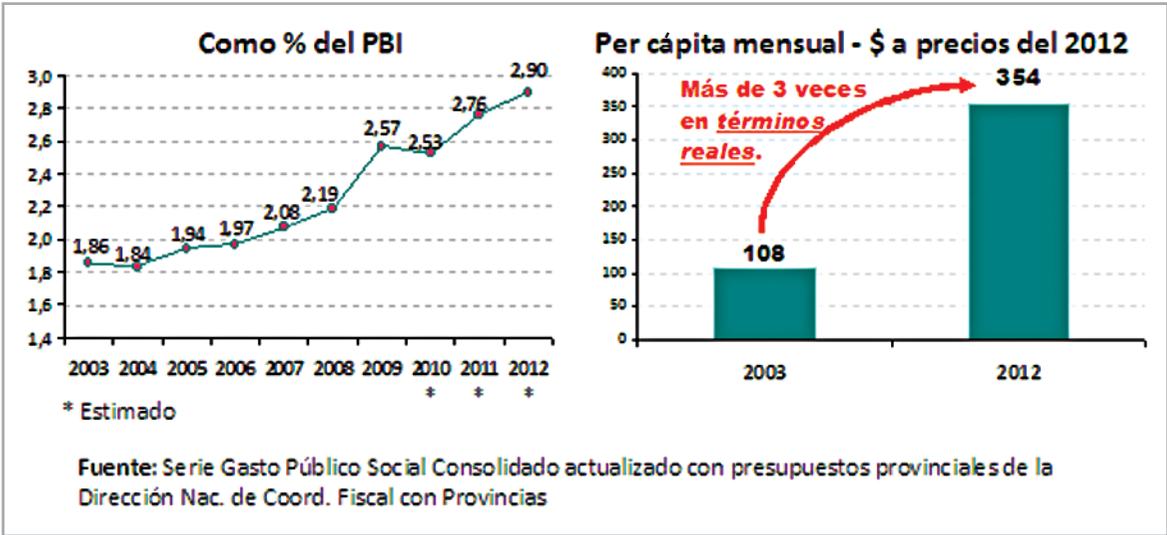
Como el PBI también se expandió, el hecho de que esta cifra medida en porcentaje del PBI suba, significa que los recursos públicos en salud crecieron más de lo que creció la economía. Tanto es así que, midiendo los recursos en términos per cápita y corrigiendo por inflación, surge que entre el 2003 y el 2012 los recursos mensuales del sistema público de salud pasaron de \$108 a \$354 por persona sin cobertura medidos a precios constantes del 2012 (Gráfico 1).

Los recursos con destino al sistema público de salud se multiplicaron por un doble efecto. Por un lado, porque se volcaron más recursos y, por otro, porque hay menos gente sin cobertura. Para ilustrar esto último, en el Censo 2001 la población argentina fue de 36,2 millones de personas de las cuales 17,4 millones no tenían cobertura de salud; en el Censo 2010, la población argentina fue de 40,1 millones de personas de las cuales 15,1 no tienen cobertura de salud. De aquí que la cantidad de recursos per cápita del sistema público de salud más que se triplica.

La expansión de los recursos para las obras sociales

Las obras sociales no se quedaron a la zaga. Producto del crecimiento del empleo asalariado formal y de los salarios nominales, el conjunto de las obras sociales (obras sociales nacionales, provinciales y de otros tipos) han visto expandirse a sus recursos en similar tónica a los recursos del sistema público. Según datos del Ministerio de Economía, entre el 2003 y el 2012 la recaudación

Gráfico 1. Recursos para el sistema público de salud



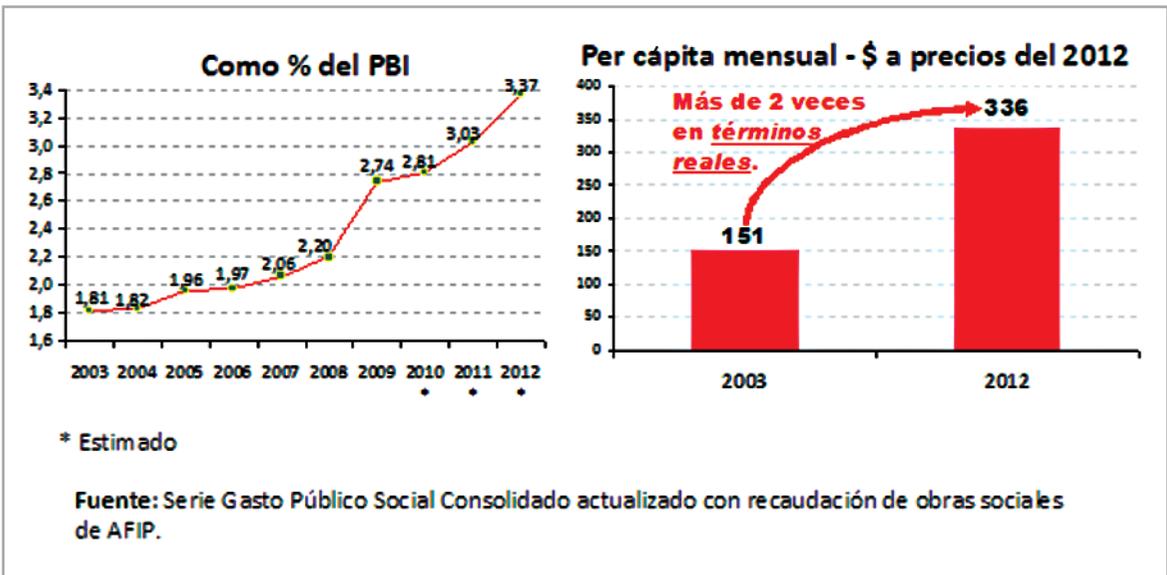
de las obras sociales pasó de 1,8% a 3,4% del PBI.

Este crecimiento se explica por un gran incremento de los recursos nominales pero, a diferencia del sistema público, en el caso de las obras sociales, la cantidad de afiliados a atender también se expandió. No hay datos precisos en cuánto se expandió, pero aproximando con cálculos realizados sobre los Censos 2001 y 2010 se puede

estimar que la cantidad de gente con cobertura del sistema de obras sociales habría pasado de 12,0 a 18,5 millones de personas.

Por lo tanto, los recursos per cápita mensuales de las obras sociales no se incrementaron tanto como en el sistema público pero prácticamente se duplicaron pasando de \$151 a \$336 mensuales por afiliado a precios constantes del 2012 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Recaudación de las obras sociales



La expansión de recursos para PAMI

La obra social de los jubilados también experimentó un notable aumento de sus recursos per cápita. Entre los años 2003 y 2012, los recursos de PAMI medidos como porcentaje del PBI aumentaron, según datos del Ministerio de Economía, de 0,6% a 1,1% del PBI lo que en términos de recursos per cápita significa que pasaron de \$168 a \$460 mensuales a precios constantes del 2012 (Gráfico 3).

Al igual que en el caso de las obras sociales de activos, PAMI incrementó sus ingresos nominales pero también vio incrementarse la cantidad de afiliados a raíz fundamentalmente de las moratorias previsionales que, se estima, hizo pasar la cantidad de afiliados de 3,5 a 4,5 millones.

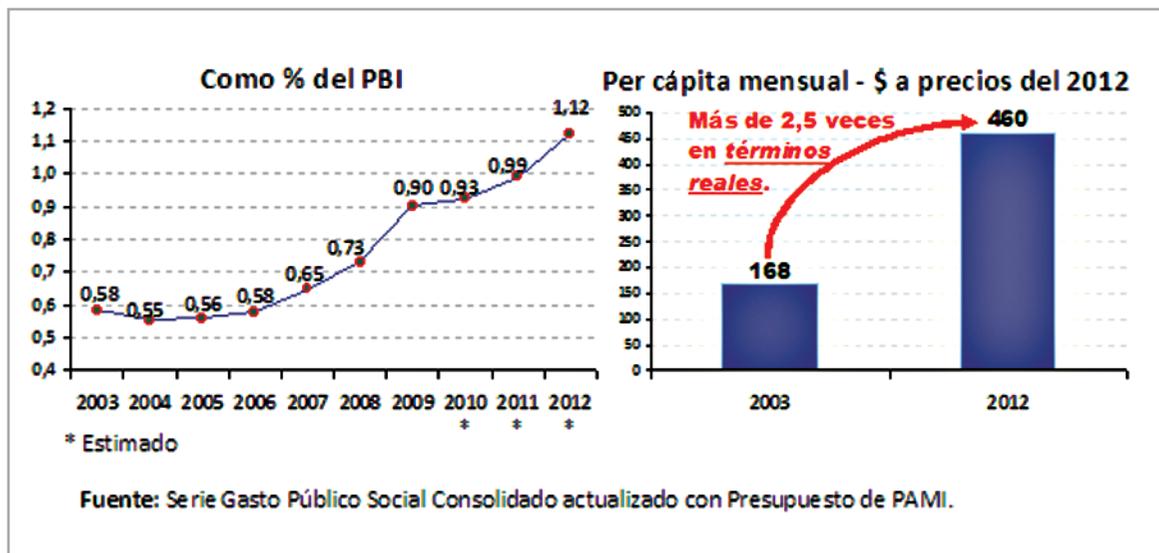
Gran aumento de recursos en los sistemas sociales

Sumando los tres subsistemas sociales de salud (públicos, obras sociales y PAMI) emerge que los recursos tuvieron una muy importante expansión. Desde un nivel de 4,3% del PBI en el año 2003 pasaron a 7,3% del PBI en el 2012. Es decir, un aumento de prácticamente 3 puntos del PBI, que para tener una idea de órdenes de magnitud representan aproximadamente unos \$66 mil millones a precios del 2012.

Hay que aclarar que el porcentaje sobre el PBI correspondiente al 2012 puede estar sobrestimado por efectos de las distorsiones en la medición de la inflación. La cifra del numerador, que son los datos de gasto público y de seguridad social, es fidedigna porque surge de fuentes administrativas (recaudación de impuestos y ejecuciones presupuestarias), pero el dato del denominador, que es el PBI, es un dato de encuesta que tiene implícito para los años de las sospechas en el INDEC (2007 - 2012) niveles de inflación relativamente bajos, en el orden del 15% promedio anual. Si el PBI medido en términos nominales se computara con una inflación superior (20% promedio -como parece ser la inflación verdadera según las mediciones de los institutos de estadísticas provinciales), el nivel nominal de PBI sería mayor y, por lo tanto, el gasto en salud como porcentaje del PBI sería menor.

En cualquier caso, suponiendo que el verdadero valor del PBI es mayor al que presenta el Ministerio de Economía, y suponiendo que lo es porque la inflación verdadera es superior al 20% anual, el gasto en salud como porcentaje del PBI igual rondaría el 7% del PBI. Es decir, es indudable que el gasto público y social en salud como porcentaje del PBI creció, y mucho; y también creció en términos per cápita y corregidos por inflación en donde más que se duplicó.

Gráfico 3. Recursos de PAMI



Lo que no creció, en general -o al menos, no creció en proporción a lo que crecieron los recursos-, es la calidad de los servicios. A pesar de los mayores recursos, la calidad no mejoró en muchos casos, por eso muchas personas desean acceder a las empresas de medicina prepaga. Aspiran a encontrar en el sistema privado lo que el sistema público y el de obras sociales no les da. El acceso se realiza mediante la compra voluntaria de un plan privado de salud. Para financiarlo, existen dos posibilidades. Una, es el pago de la totalidad del costo del plan con dinero de bolsillo y, la otra, es con derivación de aportes de seguridad social (circunscripta esta posibilidad sólo a las obras sociales nacionales) y en caso que el aporte no alcance para cubrir el costo del plan, el afiliado abona con recursos de bolsillo la diferencia. En ambos casos, es una opción voluntaria de la persona.

La paradoja: superponer beneficios con prohibición de expandir recursos en la medicina privada

La gran paradoja del sistema de salud argentino es que el Estado, en lugar de garantizar que los sistemas públicos y de obras sociales brinden el PMO, para lo cual invierte muchos recursos, le impone a los ciudadanos insatisfechos que desean comprar voluntariamente servicios médicos en el sistema privado, que deben comprar como mínimo un tercer PMO, y luego prohíbe que el precio de ese PMO sea consistente con su costo.

En otras palabras, el Estado impone a los ciudadanos el pago de un volumen muy elevado y creciente de impuestos (la presión impositiva de Argentina es la más alta de América Latina), conformado por impuestos para el Estado nacional, los Estados provinciales y los municipios, más los aportes y contribuciones salariales para las obras sociales, que vuelca -como se ve en los gráficos presentados- al financiamiento del sistema público y de obras sociales. En contraprestación, impone al sistema público y de obras sociales a prestar una cantidad ilimitada de servicios (básicamente asociado al Programa Médico Obligatorio, PMO). Mucha gente insatisfecha con la calidad de los servicios que otorgan estos dispositivos sociales migra voluntariamente a la salud privada. El Estado, para "proteger" a estos ciudadanos, en lugar de preocuparse por mejorar los servicios del sistema público y de las obras sociales, en donde coloca enormes sumas de dinero, interfiere en la relación voluntaria de la persona con el seguro privado obligándole a la persona a comprar como mínimo otro PMO (que en teoría ya financió dos

veces, pero no recibió o recibió parcialmente servicios) y al seguro privado le prohíbe ajustar el precio de los planes en consonancia con la obligación de vender como mínimo el PMO.

Por eso el sistema de salud no funciona. Porque, a pesar de que los ciudadanos colocan enormes cantidades de recursos vía impuestos, aportes y contribuciones y dinero de bolsillo, el diseño de las regulaciones es incoherente con el objetivo de crear valor con el dinero invertido. **No se exige calidad a los recursos públicos y, a la vez, se exige duplicar esfuerzos a los individuos que, ante la falta de calidad, optan por apelar -con su propio dinero- a una solución privada.**

Recomendaciones de políticas públicas

La acción más importante y urgente es mejorar la calidad de servicio (tanto administrativa, como tecnológica y profesional) y la satisfacción de la gente en los sistemas públicos y de obras sociales en consonancia con el mayor volumen de recursos invertidos. Para la gente que voluntariamente opta por comprar un seguro privado el criterio debería seguir la siguiente regla:

- a. Si se quiere que los planes de salud sean baratos, entonces hay que permitir el diseño y la comercialización de planes parciales.
- b. Si se quiere que los planes privados sean integrales (PMO), entonces hay que aceptar que van a ser planes de salud caros.

El sentido común muestra que ambos criterios no son excluyentes, muy por el contrario, son altamente complementarios. El mayor valor que puede ofrecer un sistema de salud privado es la variedad y la diversidad. Lo óptimo, no es una sola opción, sino permitir y promover la convivencia de planes de salud baratos y parciales con planes de salud caros e integrales. Para todos los gustos y posibilidades de los presupuestos familiares.

El error es querer tener planes integrales y baratos por el mero hecho de obligar a que sean integrales y prohibir a que sean caros. ♦