

Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud

Juan Pablo Abadie¹

En estos días se está concretando un taller convocando desde el Ministerio de Salud Nacional para impulsar el desarrollo de seguros públicos provinciales de salud. Hay fuerte participación de organismos internacionales (OPS y Banco Mundial) y se prevé el intercambio de experiencias desde varias provincias, entre otras las de Buenos Aires, Santa Fe, Río Negro, Catamarca, etc.

Ello determinó que volviera sobre un borrador escrito meses atrás cuando a poco de asumir Ruckauf como Gobernador puso en marcha en y desde Ensenada el Seguro provincial de Salud entregando a un grupo de manzanas sus tarjetas correspondientes.

Hoy el proceso tiene mayor envergadura técnica, a tenor del equipo profesional que lo impulsa y los documentos elaborados al respecto, que implican un importante salto respecto de aquel lanzamiento, que me pareció entonces claramente demagógico y con pobre sustento.

1. Licenciado en Salubridad, Universidad de Chile, 1960. Profesor Titular (ad honorem). Universidad de Luján.

Parece importante entonces comentar acerca de las concepciones e instrumentos que corresponden al proceso actual, pues aunque estimo que es esencialmente un camino erróneo, incluye aspectos altamente positivos que deben ser rescatados, pues debemos aprender de aquel aforismo que dice: “No tiremos el chico junto con el agua del baño” (y sobre todo estar dispuestos a aplicarlo).

2. Un reciente trabajo de un equipo encabezado por Mónica Levocich, el cual —como el que llevamos a cabo con Ginés González García para 1985— contó con la indispensable apoyatura de una encuesta de hogares —pues el principal componente del gasto es el que realizan las familias en el momento de la prestación— da para 1997 un gasto total de poco más de 23 mil millones en servicios de atención médica (incluidos medicamentos y gastos de farmacia, que representan el 30% del total).

3. El proyecto provincial actual de la Provincia de Buenos Aires fue lanzado antes que el grupo nacional desarrollara sus conceptualizaciones. En rigor, el proyecto nacional no apunta a plantear una receta o modelo único, sino a crear un ámbito para la discusión de las experiencias que llevan a cabo varias provincias y proponer una guía de temas para su discusión y elaboración. Obviamente se hace necesario contrastar el modelo (aunque quiera ser “no modelo”) nacional con el proyecto de la de Buenos Aires, por contener ésta 40% de la población nacional, por sus recursos, por el hecho que el Gobernador juega un papel protagónico central en la política nacional y se postula como alternativa a la conducción nacional, todo lo cual quizás explique la aparente prematuridad con que se lanzó el proyecto provincial de seguro público.

Marco del problema

En relación con el sistema de salud argentino hay consenso respecto a que el gasto total, \$25 mil millones,² es importante y debiera y podría rendir mucho más en términos de resultados en salud y calidad en la atención. Pero no lo hay respecto a los factores determinantes de tan limitada eficiencia.

Quienes sostienen la necesidad del seguro, lo creen la herramienta organizativo-financiera central para obtener un cambio sustantivo al respecto. En tal concepción, se trata de lograr que toda la población tenga cobertura, esto es, que cada individuo en caso de enfermedad tendrá posibilidad de acceder a un sistema de atención, y sobre todo, que éste sea a su vez responsable por su salud en forma personalizada. Para ello es necesario asignar a cada habitante una afiliación o pertenencia al sistema, como expresión contractual de tal cobertura, y correspondientemente organizar una estructura (obra social o seguro) para la administración del sistema resultante.

Claro que la conceptualización e instrumentación que plantean el nivel nacional y el provincial no aparecen totalmente homólogas, por lo cual intentaremos una diferenciación.³

Creo que vale la pena hacer algo de historia, al menos la relativamente reciente. Durante la Gobernación Armendáriz se incorporaron los indigentes al IOMA, proveyéndoseles de la correspondiente tarjeta identificatoria. El resultado fué agregar un fuerte factor de desfinanciamiento, por lo cual a poco el sistema murió tras haber nacido bajo anuncios espectaculares.

Para ese momento —y aún hoy— se especulaba con que para completar la cobertura de la población por obras sociales (que entonces llegaba al 70%) solo bastaba crear obras sociales para cada uno de los grupos aún no incluidos: las empleadas domésticas, las amas de casa, los trabajadores por cuenta propia; para los incapaces estaba el PAMI o incluirlos en un seguro del Estado para los indigentes.

El Gobierno provincial (de la Provincia de Buenos Aires) creó así un seguro para indigentes, que estima financieramente viable a partir de los recursos de los impuestos y tasas provincial-municipales y el cálculo de gastos a realizar por los presuntos NBI en las distintas áreas. Otras provincias, como Río Negro, Santa Fe, Catamarca, están analizando proyectos similares y poniendo en marcha experiencias.

El equipo del Ministerio Nacional, más específicamente del PRES, dirigido por el prestigioso colega Pablo Bonazzola, que actúa reuniendo proyectos provinciales más que imponiendo un modelo, solo propone en definitiva —en el documento nacional de trabajo preparado para el taller mencionado al comienzo— reasignar los fondos actuales que se gastan esencialmente en atención hospitalaria, hacia una retribución mayor al nivel de atención primaria. Por lo demás insiste en la creación de una organización de seguro provincial, con niveles zonales de supervisión-monitoreo y estructuras locales para la aplicación de las prestaciones.

Los hechos positivos que entiendo deben rescatarse de la propuesta nacional son:

1. El principal que se me ha marcado es que se formaliza la obligación constitucional que asegura el derecho de los habitantes del país a la salud, asignando a estructuras específicas locales responsabilidad por cada individuo concreto y no en forma genérica, lo cual se materializa en la entrega al mismo de una tarjeta magnetizada que lo ubica como demandante con derecho y no un simple solicitante de servicio.

2. Se estructuran unidades locales para atender grupos definidos de población, respecto de los cuales puede determinarse en qué medida se van cumpliendo los procesos (tipos de atención: inmunizaciones, control de hipertensos o lo que fuere) que se estima son indispensables para lograr resultados (mortalidad, discapacidad, episodios de morbilidad), ahora también medibles respecto de dichos grupos especificados, puesto que un sistema informático puede dar cuenta de ello. (La propuesta nacional incluye un informe bastante completo acerca de las características y formato de tal sistema informático).

3. Un tercer aspecto a remarcar, es que en vez de darse “recetas” desde el nivel nacional, cada provincia dispone de márgenes muy amplios para diseñar su modelo e implementarlo.

4. Se introduce —al menos como propuesta— la necesidad de establecer un sistema de monitoreo y de evaluación de resultados y procesos.

Los cuestionamientos

1. La insistencia en crear estructuras como el seguro para indigentes a cargo de cada Estado provincial, se hace particularmente incomprensible en un momento como el actual,⁴ en el cual se le exige a las Provincias no solo contener sino reducir sus gastos, pues todas —y algunas mucho— arrastran pesadas deudas y/o no cuentan con recursos propios ni para financiar los sueldos del personal, dependiendo de una coparticipación federal (cada vez con menos subsidios encubiertos) cada vez más retaceada por el peso de la deuda externa y el estancamiento o retroceso de la recaudación vinculada al estancamiento-económico. 30% de la población nacional en las estimaciones más optimistas, 40 a 50% en las más realistas, está en niveles de pobreza y sin cobertura específica. En las provincias “pobres” y con mayores niveles de desocupación, donde casi el único empleo es o era el estatal, la proporción es seguramente mayor: hay enormes bolsones con 70-80% de

adultos desocupados (alrededores de Resistencia, Florencio Varela o Moreno, pero también ahora Mar del Plata o Bahía Blanca) y por ende sin cobertura específica.

Cada obra social, en especial las “grandes”, las que tienen fuerte peso gubernamental y están a cargo de funcionarios, tienen un fuerte componente burocrático (en el sentido peyorativo del término) que las hace siempre distantes de las necesidades de sus beneficiarios, convertidos en objetos dependientes y mendicantes de las “reformas”, que en pos de manejos más “transparentes” determinan tan frecuentemente la imposibilidad de hacer uso de los servicios o tener que pagarlos más o menos íntegramente, o el cambio impensado del profesional o servicio con los cuales al fin se había logrado establecer una relación mínimamente razonable.

En casi todas el poder omnímodo de los directivos se desliza hacia contratos espúreos, desfalcos y diversos delitos, muchos de los cuales hasta han sido objeto de difusión televisiva tras la filmación del ilícito (PAMI y IOMA son “ejemplos” al respecto).

Y sin embargo se insiste en la creación de entes hipercentralizados, aunque se proclame una necesaria “descentralización”, siempre subsidiaria, consistente en la delegación de atribuciones en funcionarios periféricos de fondos y atribuciones previamente concentrados, con lo cual se aseguran no menos de dos instancias sucesivas de arbitrariedad, pues el funcionario delegado se escuda en que ejecuta “directivas centrales”.

Dicho de otro modo: la creación de instituciones de seguro tanto o más que beneficios a sus beneficiarios asegura poder y a veces sobreingresos a los directivos y/o empleados inescrupulosos. En muchos casos es claro que son un escudo para “hacer caja” para el partido gobernante o el grupo que ha ocupado el gobierno.

Este es un obstáculo que no se elimina con simples reclamos a la transparencia o la elección de funciona-

4. Paralelamente el Ministerio de Trabajo promueve el seguro para empleadas domésticas, el cual cubriría a un millón de mujeres así empleadas, también con su propia estructura, etc.

rios-directivos honestos o la constitución de entes externos de control (auditorías externas, sindicaturas, entes reguladores, superintendencias) pues está determinado por la complejidad misma de las superorganizaciones, cual enseñan desde hace tiempo los estudiosos de las burocracias.

2. La multiplicidad de entes paralelos de alcance nacional le da a cada uno poder⁵ en función de la cantidad de afiliados y la masa de dinero recaudable. Pero ninguna de estas organizaciones tiene capacidad, por razón de costo, para desarrollar procesos de atención primaria integrales y otros servicios; apenas lo referente a una estructuración limitada de la atención de primer nivel, lo cual es solo una ineficiente y grave reducción de lo que debería brindarse.

Con lo cual se refuerza la ineficiencia global del sistema pues se le hace incapaz de desarrollar un sistema integral⁶ de atención que incluya acciones domiciliarias, barriales e interinstitucionales.

El intento de reasignar fondos es siempre posible, pero se hace poco viable pues implica quitar a unos para dar a otros en un momento muy crítico de claro “achique” y *sin que pueda garantizarse mejor resultado*. De hecho, el proyecto implica generar más gasto: el desarrollo del sistema informático —más que el gasto en equipos y conexiones, cabe agregar el período de adiestramiento de personal para su empleo hasta hacerlo más o menos útil⁷— organizar seriamente el nivel de atención primaria implica readiestrar no solo a los médicos y estructurar un nivel serio de supervisión-educación, sino estructurar un nivel ordenado de trabajo para los agentes sanitarios (o manzaneras o como quiera llamarse) y sobre todo establecer los espacios para la tarea interinstitucional (con escuelas, juzgados, lugares de empleo) que en general ni se considera y es probablemente la herramienta mayor para la promoción y la prevención de la salud.⁸

Desarrollar un sistema serio de

atención primaria implica crear aliados —entre otros, económicos— para los médicos y profesionales que concentren en ello su actividad o dispongan horas para tal actividad, pero sobre todo agregar personal de enfermería y agentes sanitarios... que muchas provincias eliminaron entre los primeros en sus procesos de “racionalización de gastos” destruyendo así los programas de atención médica rural, por ejemplo, que configuraron claramente el mayor antecedente que se aplicó al respecto en nuestro país.

Lo cual indicaría que la viabilidad del proyecto aparece como limitada.

3. Más grave es que se sanciona como “correcta” la estratificación de la población y quizás del personal de atención de tres niveles: para los pobres (50% de la población y ojo que incluye relativamente mayor proporción aún de niños) solo el 20% de los recursos; para la población con trabajos en blanco 35-30%, 30-35% de los recursos; 10% de la población puede disponer de 50% o más de los recursos.

Insisto: No sería aún demasiado grave esta distribución si estuviera asegurado para todos un sistema básico. Pero en el modelo y con las concepciones vigentes ello no es ni será posible. Continuará el despilfarro: gastos excesivos, “medicina de protección” respecto de los grupos con capacidad de pago (para evitar juicios de mala praxis o para retener clientela o sacar más dinero a través de sobreprestaciones) y simultáneamente falta de atención o atención tardía y de pobre calidad en general para la mayoría, y ausencia de servicios orgánicos e integrales de atención primaria para todos.

Reflexiones finales

El camino se despejaría si quienes detentan hoy poder por administrar las obras sociales, las prepagas, las secretarías de salud y/o acción social comprendieran que deben pasar a administrar *otras* formas de poder (una regla básica es que pretender *quitar* poder conduce inevitablemente a un conflic-

5. En rigor a sus directivos.

6. Integral no está referido a dar “todo a todos”, sino a brindar a todos los servicios básicos que el consenso social estime indispensable, siquiera para asegurar a los que disponen más, que no se van a ver dañados desde los menos favorecidos (por ejemplo, contagiados de dengue o virus HIV, o atacados por una pandilla de drogadictos).

7. En el diseño del sistema informático preparado por los técnicos del PRES, se señala que los padrones de beneficiarios que se manejan en el país tienen un alto coeficiente de imprecisión (padrones electorales, padrones del PAMI, del ANSES, etc).

8. Me temo que mi insistencia en este punto es tomada a broma incluso por mis amigos sanitarios, y es por cierto desechable de plano por los “políticos” (en el sentido no de estadistas sino de manipuladores del poder) que ven en las manzaneras-agentes sanitarios un factor de penetración, “punteros” para el establecimiento de su poder y el control de su clientela (clientela lo aplico en el más crudo sentido que conocemos desde Julio César). (Ver el artículo publicado en *Página/12* citado en 9).

to, cuya resolución siempre es ambigua, pues aunque esté asegurada la disparidad de fuerzas en el momento actual, es difícil garantizar cuál va a ser la capacidad real de maniobra *después* del conflicto).

Ese otro poder es el de *evaluar resultados referidos a sus beneficiarios* (cosa que hasta aquí no han casi hecho) y supervisar-auditar unidades periféricas (que no es lo mismo que *administrarlas*). Pero para ello deben convenir en la necesidad de confluir para la integración de un eficaz proceso de atención primaria (que integre las acciones de salud con las de acción social a través de recorridos y acciones domiciliarias, acciones barriales e interinstitucionales, etc) lo cual he desarrollado en otra parte⁹ (1).

Es obvio que si desde el Gobierno se entendiera y asumiera este proceso, sería posible multiplicar enormemente la eficiencia de nuestro sistema de salud, de los programas de acción social, y seguramente dar fuerte apoyo a las estructuras educativas, a la Justicia y la Policía (manejo de conflictos relativos a menores y familias conflictuadas). Además podría eliminarse una absurda dependencia de financiamientos externos para sostenimiento de programas de salud y acción social, lo cual determina además que la materia gris y la capacidad empresaria disponible sea empleada para aplicar proyectos improductivos en vez de liberar dicha capacidad para desarrollar procesos y estructuras locales autosuficientes para la administración de aquellos procesos.

Es de desear que el equipo nacional entienda este punto y apunte a que cada provincia integre en el proyecto a la

Obra Social provincial y presione para que los fondos del PAMI, aún desfinanciado y en crisis como hoy de encuentra, sean aplicados a este proyecto, asegurándole la posibilidad de su viabilidad, integridad y eficiencia, aspectos que hoy por hoy no están logrados. Claro, ello exige un proceso de educación muy fuerte hacia los niveles de conducción política, nacionales y provinciales.

Los riesgos por no hacerlo son enormes:

- El fracaso del proyecto, que implica no solo la anulación actual de una posibilidad, sino aumentar la sensación de incapacidad de quienes pretendemos actuar con sentido social, y entregarnos consecuentemente al modelo mercantilista o dejar que se “caiga el cielo”.

- La desarticulación del PAMI como resultado de su crisis de financiamiento está presumiblemente decidida desde los ámbitos del Ministerio de Economía y la presión de los organismos internacionales de crédito que son los que determinan —ante la falta de un Gobierno capaz de tener un proyecto nacional— cuál es la política socioeconómica real que debe aplicarse y cómo.

- La definitiva estratificación de la población ya señalada y la condena a la ineficiencia y destrucción de otro sector nacional, en este caso el de salud, reducido a un sector de interés para empresas mercantilistas y otro dejado “a la mano de Dios” (que ya se sabe, dejó hace rato de ser argentino, aunque algunos aseguramos que por ser Dios, ni fue ni nunca podría haberlo sido ni serlo...).

9. Abadie JP. 2000. “Obras sociales, pagas y prepagas”. *Página/12*, 23 setiembre. Abadie JP. 1999. “Propuesta de articulación del sistema prestador de atención médica”. *Cuadernos Médico Sociales*, 75: 85-107.