

Desafíos y dilemas: ¿quiénes pagan el ajuste?



Por Carlos Alberto Díaz*

¿Cómo planificar en un contexto de demandas asfixiantes? ¿La seguridad de los pacientes y la calidad de las instituciones están en riesgo? ¿Es posible un incremento en el presupuesto y lograr mejoras en la productividad y el desempeño? ¿Cuánto impacta el ajuste en las provincias, las obras sociales y en el PAMI? “La financiación y la sostenibilidad son dos caras de una misma moneda”, asegura el autor de la siguiente nota

Los pacientes, el sistema de salud y los prestadores están sobrecargados: económicamente; humanamente; en términos de resultados, de mortalidad y morbilidad; por el aumento de las enfermedades crónicas; por la búsqueda de reducción de gastos; y, finalmente, sin la perspectiva de un futuro mejor. La crisis se lleva por delante la seguridad de los pacientes y la calidad de las instituciones e instala una polaridad indebida entre equidad y necesidad, entre innovación y desfinanciamiento, recaudación insuficiente y la presión del mercado.

Por su parte, las carencias en los recursos humanos y en la formación de residentes médicos

incrementa los problemas en la oferta. Esto implica desafíos y dilemas como lo son la pérdida de cobertura o mismo el aumento de necesidades crecientes y urgentes de los pacientes. Los ajustes despiadados en todas las áreas donde ya no quedan resto para más recortes llevan al agotamiento moral del talento humano.

A su vez, hay una carencia de datos confiables y opacidades para el sistema técnico de toma de decisiones, por lo que la incertidumbre sobre qué rumbo tomar y la dificultad para plantear soluciones hace imposible pensar en el mediano plazo. ¿Cómo se puede planificar en un contexto asfixiante, con au-

*Carlos Alberto Díaz es Profesor Titular de la Universidad ISALUD, director de la Especialización de Economía y Gestión de la Salud, y director del Diplomado en Seguridad del Paciente y Atención Centrada en la Persona

sencia de referentes en lo sanitario, con la falta de un ministerio que lidere e instituciones agonizantes y quebradas? ¿Cómo hacer con el ajuste interminable de precios relativos, por un uso inadecuado de la libertad de los que pueden formar precios?

La eficiencia en los sistemas de salud debe ser antecedida por la efectividad, el desempeño, la continuidad de atención y el seguimiento. La **eficiencia económica** pasa por la **eficiencia técnica**, por un lado, que es organizativa y de conocimiento; **la asignativa**, que es decisoria y pertinente; y la económica, que está vinculada al costo, en todas sus relaciones son gasto eficientes, como la costo efectividad, la costo efectividad incremental y la minimización de los costos. Lo que se debe lograr es que un incremento en los presupuestos, se correlacionen con mejoras en la productividad y el desempeño para que no se constituya una limitante en el acceso al sistema de salud.

Las dos caras de una moneda

La financiación y sostenibilidad del sistema de salud son dos caras de una misma moneda ya que fueron sometidas a graves presiones, durante y la post pandemia inmediata, y lo seguirán estando en estos años y en la próxima década. Esta situación surge de la combinación de las proyecciones del gasto en salud y atención médica con los presupuestos gubernamentales, con los aportes y contribuciones del salario depreciado, y el gasto de bolsillo que se incrementa, en consonancia con la inflación de la salud. Se observa que la salud, en la mayoría de los escenarios es inflacionaria con respecto al crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI) que caerá este año un 5%.

En los países que tienen crecimientos medios y sistemas de salud afiatados se observa inflación en el gasto por encima del crecimiento, pero esto naturalmente se agrava en sistemas de salud fragmentados y segmentados, y con menor solidaridad como el nuestro, que padece de acce-

sibilidad relativa y extremada variabilidad en la prestación médica.

Tradicionalmente, **el proceso presupuestario anual para la salud comienza con el presupuesto del año anterior como punto de partida**, al que se suman montos incrementales para el nuevo período presupuestario. Esto se conoce como presupuesto incremental. Si bien ofrece un enfoque pragmático para la presupuestación pública, con el presupuesto incremental las asignaciones presupuestarias se arraigan en las

“Es imposible pensar en el mediano plazo, como planificar en un contexto ante la retracción asfixiante, con ausencia de referentes en lo sanitario, un ministerio que lidere, instituciones agonizantes y quebradas, de ajuste interminable de precios relativos, con un uso inadecuado de la libertad de los que pueden formar precios”

políticas existentes y corren el riesgo de no reflejar las necesidades cambiantes de salud.

Los modelos de proyección del gasto están basados y desagregados en componentes de un todo sistémico que es imperioso en el análisis de la complejidad de lo que se está exponiendo, pero exige asimismo considerar muy profundamente la particularidad de cada rubro con sus reglas de mercado particulares, como lo son las protecciones de patente, competencias entre grandes proveedores, colusiones, precios sombra, obstrucción a la incorporación de otros grandes productores en el juego. Esto permite desagregar proyecciones estimativas sobre el incremento del costo de los tratamientos, las nuevas tecnologías y los dispositivos. Los ingresos gubernamentales se proyectan considerando el dinamismo de los ingresos con respecto al PIB, los cambios en la estructura de la población en relación sobre los ingresos laborales, las inversiones de capital y el consumo privado. Los gastos debieran determinarse en función de una canasta de prestaciones que cubra las necesidades para mejorar la calidad de vida de la

población, no en relación con proyecciones incrementales y ficticias.

Entre los factores que incrementan el gasto en salud se encuentran: **el envejecimiento de la población; el aumento de la pobreza y la indigencia**, vía determinantes sociales y economía

“La financiación y sostenibilidad del sistema de salud son dos caras de una misma moneda, están sometidas a graves presiones, durante y la post pandemia inmediata, en estos años y la próxima década, esto surge de las proyecciones del gasto en salud y atención médica con los presupuestos gubernamentales, con los aportes y contribuciones del salario depreciado, y el gasto de bolsillo que se incrementa, en consonancia con la inflación de la salud”

informal; las nuevas tecnologías que sustituyen anteriores, pero son gasto expansivas; la productividad baja y malos desempeños en los prestadores; las internaciones evitables o de estancias más prolongadas; la mala utilización de los recursos; el costo de los medicamentos y los insumos para la realización de cirugías de alta complejidad.

En el próximo año, los ingresos crecerán si la Argentina mejora el sector externo entre un 2,5 y 5%, pero el gasto en salud superará ese valor debido a que los insumos y las nuevas tecnologías ejercerán presión para su financiamiento. Por su parte, los montos salariales y los honorarios profesionales están retrasados, entonces serán un vector significativo del aumento del gasto en prestación médica, porque están dejando de prestar servicios.

Siguiendo con **el análisis del financiamiento, el Gobierno aumentará el 6,2% del presupuesto con respecto al de este año, que cuando se lo observa desagregado**, no se presta atención a dos ítems presupuestarios como el Garrahan y el Hospital del Cruce. A su vez, estará muy por debajo de la inflación programada. Los incrementos en cada una de las partidas difieren no sabiendo cuál fue el criterio, desde

un 43% el Hospital Posadas a un 0% en la agencia de discapacidad.

Es claro, desde la sensatez y la sensibilidad social, que se debe considerar que en países como el nuestro que no tienen niveles adecuados de atención ni cobertura para todos, se necesita un mayor ingreso en salud, **o sea mayor elasticidad en el gasto**, porque hay demanda oculta, postergada, o rechazada por los comportamientos oportunistas del sistema. Asimismo, **los Ministerios de Salud de las provincias, observando las restricciones en las transferencias coparticipables, deberán esforzarse por hacer una planificación más seria** y acabada para responder a las necesidades locales.

Por su parte, las obras sociales están padeciendo con los cambios no consensuados: orientados a que los beneficiarios puedan elegir, evitar triangulaciones parasitarias, modificación del subsidio SUMA, auditorías importantes, simplificación de reclamos, recupero de prestaciones médicas de baja incidencia, y de los factores de alto impacto económico y tratamiento prolongado. Sin embargo, ninguno de ellos permite mitigar las desigualdades, ni mejora la solidaridad dentro del sistema, algo que afecta a 17 millones de personas. Falta claramente una mancomunación transparente de fondos que asegure los recursos necesarios para afrontar la cobertura que se exige.

Se debe analizar la situación particular y característica del PAMI, que en la gestión anterior realizó una expansión importante con criterios de integración vertical sin una evaluación de eficiencia, ni de efectividad neoinstitucional. Esa integración la constituyen un conjunto de establecimientos que surgen como inversiones nuevas o antiguos prestadores del instituto que quebraron y quedaron a merced de un cierre, por lo cual el financiador se hizo cargo del costo del funcionamiento. El instituto tiene más prestadores propios que el Ministerio de Salud. Es una incógnita también saber cómo hacer sustentable su programa de medicamentos, que

periódicamente tiene crisis; entender la importancia y el peso que este tiene en el mercado farmacéutico; los costos de medicamentos y productos farmacéuticos, que son susceptibles a frecuentes cambios de precios y a menudo son inciertos debido a la entrada de nuevos competidores costosos.

En cuanto a las prepagas, estas pueden fijar precio, por lo que las personas ya no tienen control del valor de la cuota, o de los copagos en las prestaciones y además, se está produciendo una concentración aún mayor que la actual, donde seis prepagas poseen el 70% de los afiliados. Se han cerrado prepagas que figuraban inscritas pero que no tenían actividad, pero no se impulsan mecanismos de reasignación de afiliados que quedan sin cobertura.

La situación actual de agotamiento moral de los colaboradores integrantes del equipo de salud impide aumentar la productividad y mejorar el desempeño. Por ello, recorro a la **variable Baumol**, que postuló que algunos sectores de la economía como la salud no son progresivos. Esto significa dos cosas: la primera es que la contribución marginal en un punto se torna decreciente y la segunda que no se benefician de los avances tecnológicos tanto como otros sectores. Por ejemplo, la salud no desplaza mano de obra al mismo ritmo o en absoluto cuando se implementan estas nuevas tecnologías, en comparación con otros sectores progresivos de la economía. En otras palabras, el sector salud es intensivo en mano de obra y es probable que siga así en los próximos años. Por el efecto Baumol, que establece que a medida que la productividad aumenta, los salarios se incrementan en esos sectores progresivos de la economía. En cambio, el sector salud al no ser progresivo experimentará aumentos salariales en línea con el resto de la economía, pero no incrementos en relación con la productividad proporcional. En la práctica, la variable Baumol captura el exceso de inflación de los precios de la salud

(en comparación con toda la economía) en detrimento de los salarios del sector.

El progreso tecnológico tiene un aspecto esperanzador, pero también incrementa los costos, adopta distintas formas (innovación de productos, conocimientos o procesos) y representa el factor más complejo de modelar para el gasto sanitario. El desafío que plantea la tecnología como factor impulsor es doble: en primer lugar, las interacciones endógenas con otros factores impulsores del gasto son grandes. La tecnología afecta al cambio demográfico, moldea la productividad y, en cierta medida, refleja la demanda de los consumidores a medida que aumentan los ingresos. En segundo lugar, dichas interacciones, y de hecho la tecnología por sí sola, son difíciles de explicar a nivel macro: los indicadores de la tecnología son escasos e ineficientes, especialmente en aquellos países donde no se decide en función de la costo efectividad.

El incremento del gasto con la edad tiene un sesgo, ya que se concentra en los últimos años o meses de vida independientemente de la edad en la que se produce la muerte, o sea con los costos relacionados con la misma. El envejecimiento saludable implica que los sobrevivientes

“El progreso tecnológico, tiene un aspecto esperanzador, pero también incrementa los costos, adopta distintas formas (innovación de productos, conocimientos o procesos) y representa el factor más complejo de modelar para el gasto sanitario”

tienen un menor gasto, pero la morbilidad se comprime hacia grupos de edad más avanzados. El envejecimiento de la población afecta los ingresos gubernamentales a través de dos mecanismos: afectando la actividad económica general y afectando las bases impositivas.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en sus recientes análisis realiza tres escenarios de proyecciones para el gasto en salud de fuentes públicas con un 2,6% promedio entre 2019-2040, con res-

pecto a la evolución de la economía. **Entonces el crecimiento de los ingresos en el sector salud por las razones expuestas debe ser por encima del PBI para poder dar los servicios de salud que la población necesita**, pero al mismo tiempo se debe actuar fuertemente en la contención de los costos mediante políticas activas de medicamentos genéricos, de compras centralizadas, de precios de referencia, de transformación de procesos, de impulso de la digitalización comenzando por la historia clínica digital y la nominalización de toda la población. Además se debe sostener los programas sanitarios que han trascendido a todas las gestiones políticas, readecuar la oferta prestacional, medir y mejorar el desempeño,

“El sistema de salud será diferente, más inequitativo y dependiente de la capacidad de pago, sus cambios seguirán a la economía y ésta a la concentración, mayor desigualdad, postergación y el empeoramiento de las condiciones, especialmente, de las clases bajas”

relacionar presupuestos y pagos a estos esquemas, impulsar fuertemente la acreditación de los prestadores, colaborar activamente en la disminución de los costos administrativos, en la replicación de estructuras, en mejorar la facturación a terceros pagadores, en fomentar el cuidado y la coparticipación de los pacientes, en optimizar la actividad, el aprendizaje continuo, y las condiciones de trabajo para evitar el agotamiento moral de los trabajadores.

El déficit presupuestario en el sector público, la baja recaudación de la seguridad social por debajo del costo del Programa Médico Obligatorio y las prepagas que aumentan los valores de cuota por encima de la inflación hacen que cualquier aumento en la eficiencia sea insuficiente para mitigar tantos déficit o problemas de accesibilidad. De igual modo se debe trabajar en todos los niveles de asignación de recursos de diagnóstico y tratamiento, en la organización del sistema, en el trabajo en red, en la digitalización

el sistema comenzando por la historia clínica e incluir a toda la población en sistemas formales nominalizados y georreferenciados de atención

La encrucijada del modelo:

El sistema de salud será diferente: más inequitativo y dependiente de la capacidad de pago; sus cambios seguirán a la economía y ésta a la concentración; habrá mayor desigualdad, postergación y empeoramiento de las condiciones especialmente de las clases más bajas, que reciben ayudas sociales, sin poder elegir, siendo los herederos de la pobreza dinástica, agregándose un grupo mayor a la exclusión que son los jubilados, que están condenados y solo esperan sin esperanzas de redimir como fueron estafados.

El enfrentamiento por el poder lleva a no observar los pacientes que pierden oportunidades y llegan al tratamiento evolucionados y avanzados, con tratamientos paliativos por delante, a los que no pueden acceder, los que están excluidos, las políticas que quedan en el camino de la refundación periódica, sin pensar desde dónde partir y a qué lugar llegar.

Estamos en una encrucijada de dos grandes tendencias. **El primero es un modelo de gestión del sistema fallido, con un aumento de los gastos por encima de las posibilidades, puestos de trabajo orientados a la especialización de las tareas, un deterioro de los resultados claves. El segundo es un modelo de segmentación por la capacidad de pago, donde el valor es relativo y los precios son sagrados, en el mercado no produce ni distribuye, presta y cobra, cuyos resultados pueden ser peores.**

La eficiencia técnica y asignativa son fundamentales, pero ante tantas carencias resultan insuficientes para enfrentar las necesidades de la población, ya que se está reformando el sistema por la vía del equilibrio fiscal hacia la concentración de los diferentes segmentos de la sociedad y su capacidad de pago, no desde un criterio de carga de enfermedad o sanitaria. 