

La salud como seguridad social

El porcentaje de población que no tiene obra social y/o plan de salud, se incrementó desde el 27,4% en 1991 hasta el 38% en 2001.

La demanda de servicios públicos de salud es creciente, con la consecuente presión sobre el subsector público.

Dado que el sistema se financia con impuestos sobre los ingresos laborales, el cuadro de desocupación lo afectan.

La salud de las personas tiene características de bien contingente, es decir que los individuos no pueden prever qué necesidades en materia de salud van a tener a lo largo de su vida. Por este motivo, puede ocurrir que no tomen recaudos para enfrentar posibles enfermedades.

Una forma de obtener cierta protección es la compra de un seguro. Los individuos, pagando primas a las compañías de seguros, obtienen una cobertura para enfrentar las contingencias relacionadas con su estado de salud. Los programas de seguridad social no son más que formas de seguro contra determinados riesgos, cumpliendo una función análoga a la de los seguros privados.

Los individuos, pagando primas a las compañías de seguros, obtienen una cobertura para enfrentar las contingencias relacionadas con su estado de salud.

Fundamentos de la acción estatal en salud

La seguridad social tiene como objetivo reemplazar, en parte, los ingresos de los individuos cuando sufren contingencias. Tal como se menciona anteriormente, esta función podría ser cumplida por seguros privados que satisfacen la misma necesidad. No obstante, existen argumentos que justifican la intervención estatal en la seguridad social:

Uno de ellos se relaciona con el paternalismo estatal. El argumento es que las personas no son lo suficientemente previsoras como para ahorrar recursos para enfrentar los eventos de enfermedad, por lo que el sector público los obliga a asegurarse para resolver esta cuestión. También puede argumentarse una razón humanitaria, porque la sociedad podría no tolerar que existan personas carentes de cobertura ya que, en definitiva, al tener que concurrir a establecimientos públicos frente a la enfermedad se terminarían convirtiendo en una "carga pública".

Otra línea de argumentos se vincula con los costos de transacción de adquirir un seguro privado de salud, y con los problemas de información inherentes al mercado de los seguros en general. En el caso de los costos de transacción, los mercados de seguros son complejos y es probable que el individuo requiera bastante tiempo y esfuerzo para escoger la póliza adecuada. Con relación a los problemas de información, en el mercado de seguros existen dos clases diferentes:

La selección adversa y el riesgo moral son características básicas de los seguros y en particular de los seguros de salud

(a) La selección adversa que aparece porque la empresa aseguradora no puede distinguir claramente el riesgo de ocurrencia de enfermedad que tiene cada asegurado, y el asegurado

puede esconder fácilmente este hecho al asegurador. Este problema se manifiesta antes de la firma del contrato entre el asegurador y el asegurado. El criterio de eficiencia económica exige que las primas que los asegurados pagan a las compañías refleje las diferencias de riesgo, pero como esta información es muy difícil de obtener, los individuos pagan su cuota en relación con el riesgo promedio. Frente a esta situación, aquellas personas con menores probabilidades de enfermarse estarán subvencionando a las personas con mayor riesgo, con lo cual, estar asegurado ya no sería una buena apuesta y, por lo tanto, no tomarían un seguro privado de salud voluntariamente. Para evitar de alguna manera esta situación, el estado puede obligar a los individuos a comprar un seguro de salud, asumiendo que al mismo tiempo está realizando una redistribución entre la población. Esto es lo que ocurre con las obras sociales, que son de afiliación obligatoria.

(b) El riesgo moral surge una vez que las personas han contratado el seguro de salud. La existencia de un seguro puede disminuir los incentivos de los individuos para mantener su estado de salud, incrementando la utilización de servicios¹, ya que al estar asegurado al individuo le resulta más “barato” demandar atención médica. Esto lleva a concluir que la existencia de seguros de salud, provoca un efecto contradictorio sobre el bienestar general porque incrementa los costos de la sociedad al conducir a mayores gastos en salud.

¹ Ver Tafani Roberto, *Economía Sanitaria*, página 47. Allí explica que un estudio muestra que una persona con cobertura de seguro total gastará un 75% por año en servicios médicos que una persona totalmente desasegurada. Los resultados empíricos muestran que hay diferentes elasticidades para diferentes tipos de atención. Los cuidados preventivos son muy sensibles al precio y la demanda por internación la menos sensible, quedando el cuidado ambulatorio agudo y crónico entre ambas.

² Este sistema se conoce como “tercer pagador” en la teoría económica.

Características de la forma de financiamiento

El sistema de salud argentino está compuesto por diversos actores de carácter privado y público. La oferta del servicio está conformada fundamentalmente por participantes del sector público y del sector privado, mientras que también hay una escasa proporción de obras sociales que prestan algunos servicios propios. Por otra parte se encuentran los *financiadores* del sistema que actúan como intermediarios² entre la demanda de salud y la oferta, y son el sector público de todos los niveles, el sector privado, y el subsector de la seguridad social. A su vez, estos financiadores o aseguradores obtienen sus recursos de tributos (en el caso del sector público), contribuciones obligatorias a la seguridad social (en el caso de las obras sociales), y compra directa de seguros y copagos (en el caso de las aseguradoras privadas, que a diferencia de las obras sociales son de adhesión voluntaria).

El modelo de financiación del sistema de obras sociales es de reparto, es decir que todos los afiliados y los empleadores contribuyen a la integración de los fondos que recibe la obra social en forma regular, e independientemente de la utilización de los servicios de salud que haga el grupo familiar. Pero es necesario aclarar que este esquema redistributivo es acotado al interior de cada obra social, es decir que los fondos que cada una recibe por la cantidad de beneficiarios que posee no se transfieren entre distintas entidades en caso de desequilibrio financiero de alguna de ellas. Esta situación de redistribución entre afiliados, pero acotada a los de la misma entidad, genera diferencias importantes entre los ingresos per cápita con que cuenta cada ente, debido a que las contribuciones son una proporción de los salarios (distintos según rama de actividad), y además también genera inequidad horizontal porque puede ocurrir que dos personas idénticas reciban distinta prestación de salud sólo por trabajar en ámbitos diferentes.

Si bien se encuentran excepciones, el desequilibrio financiero es prácticamente permanente en una gran cantidad de entidades. Las dificultades financieras que actualmente tienen las obras sociales se originan por diversos factores que influyen en diferentes medidas. Entre ellos puede citarse la forma en que las entidades integran sus recursos se relaciona con el nivel de ingreso y no con el riesgo epidemiológico de los afiliados. Esto genera una disociación entre los ingresos y egresos de la entidad que impide garantizar una cobertura determinada y la viabilidad financiera de la misma en el tiempo.

Otro factor que colabora a la fractura del sistema es el no-reconocimiento por parte de las entidades deficitarias de su propia restricción presupuestaria. Cuando surgen las dificultades, las obras sociales comienzan a demorar el pago de los servicios a los prestadores, quienes generalmente terminan por suspender los servicios desatendiendo a los afiliados de las obras sociales morosas. Debido a que el descuento sobre las nóminas salariales de los empleados y los aportes de los empleadores no se suspenden ante la falta de atención de la obra social, en pocos meses las entidades logran recomponer su situación financiera regularizando su deuda, al menos parcialmente, aunque el ciclo vuelve a repetirse. En el caso de los prestadores públicos, por sus características no tienen la posibilidad de dejar sin atención a las personas que pertenezcan a obras sociales morosas. Esto aumenta la presión sobre el sector público de la salud y también afecta a los verdaderos indigentes que no tienen cobertura social.

También se presenta como práctica, la renegociación de los aranceles o precios de las prácticas con los prestadores ante dificultades financieras, generando complicaciones a los oferentes de servicios. Si bien puede estar estipulado el precio de cada prestación, la obra social ofrece reducciones por falta de presupuesto, incentivando a la otra parte a sobre facturar para compensar la caída en los ingresos.

Todos estos factores desencadenan ajustes en el sistema que se realizan en forma desordenada con disminuciones en la cobertura y en la calidad de los servicios que reciben los afiliados, y con un alto grado de inequidad entre los individuos.

La renegociación de los aranceles o precios de las prácticas con los prestadores ante dificultades financieras, generan complicaciones a los oferentes de servicios.

El impacto de la crisis

El sistema de salud no resulta ajeno a las consecuencias de la crisis institucional argentina de fines de 2001, ni tampoco a la recesión económica desencadenada a partir de ese momento. Para poder evaluar el impacto de este contexto sobre el sistema de salud, y en particular de la seguridad social, es necesario tener presente las características de la forma de financiamiento del subsistema de obras sociales que se describen en la sección anterior.

Existe una clara relación entre los recursos del sistema y el nivel y tipo de empleo. La naturaleza del seguro de salud en Argentina hace que puedan darse múltiples situaciones en relación a la cobertura de un individuo: tener seguro obligatorio, voluntario, ambos o ninguno, estar a cargo de un familiar afiliado o ser titular de la cobertura, estar afiliado a una obra social, a un sistema pre-pago o a otro tipo de plan. La situación de empleo y la decisión de contratar voluntariamente un seguro son los elementos que esencialmente determinan cuál de todas estas posibilidades terminará caracterizando a un individuo en particular.

Las obras sociales cubren a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familias en carácter obligatorio. Esto pone de manifiesto que el tipo de empleo determina la cobertura de una persona. Los elevados índices de desempleo repercuten negativamente en la recaudación de las obras sociales. Al disminuir la cantidad de afiliados como consecuencia de la desocupación, las entidades cuentan con menos recursos. Por otra parte, los desocupados quedan sin cobertura y vuelcan sus demandas hacia los centros públicos de salud, incrementando la presión sobre este sector.

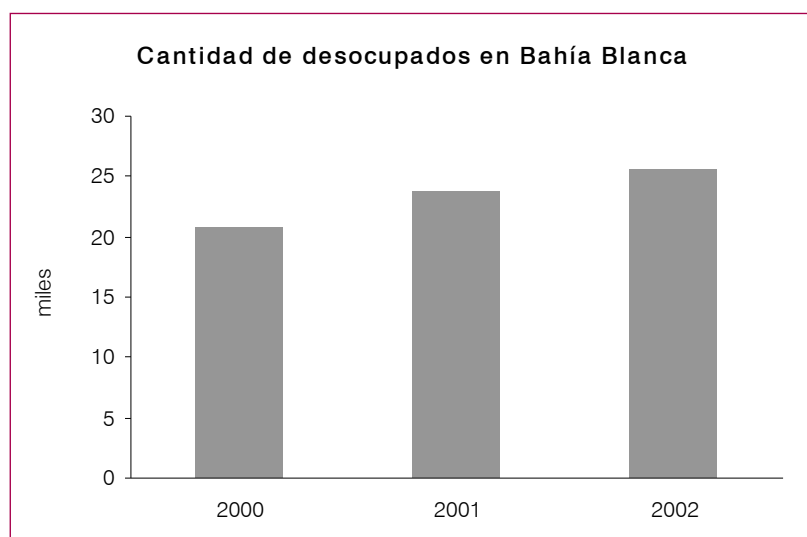
Los elevados índices de desempleo repercuten negativamente en la recaudación de las obras sociales.

En relación con la presión sobre los hospitales o sistemas públicos de salud, la situación económica también influye sobre la decisión de contratar una cobertura voluntaria, ya sea como coseguro o como cobertura única. En el caso de los trabajadores autónomos que no tienen cobertura obligatoria, la reducción de sus ingresos reales como consecuencia de la crisis también influye en su decisión de tomar o no una cobertura social.

La situación en Bahía Blanca

En el Gráfico 1 puede observarse la cantidad de desocupados estimada por INDEC a través de la Encuesta Permanente de Hogares para Bahía Blanca, donde se destaca la tendencia creciente. Por otra parte, existe también una gran cantidad de individuos que se encuentran subocupados y tendrían intenciones de trabajar mayor cantidad de tiempo, por lo cual también puede inferirse que se encuentran en una situación de precariedad laboral, aunque desde la perspectiva de la seguridad social podrían tener alguna clases de cobertura de acuerdo al empleo que posean.

Gráfico 1



Fuente; INDEC - EPH.

Dentro de los que se encuentran ocupados, también hay una proporción de trabajadores por cuenta propia que son, aproximadamente, un 23% a un 25% de la población ocupada según surge también de los datos de EPH). Estos individuos, que representan cerca de 25.000 personas para el relevamiento de octubre de 2002, pueden o no tener cobertura social. Según la información censal relacionada con la cobertura de salud de la población local según grupos

Tabla 1

Para una información más detallada sobre la situación de cobertura social en la Región Sanitaria I ver www.sigma.org.ar

Año	Categoría	Cobertura de salud	
		cantidad	porcentaje
1991	Tiene obra social y/o plan de salud	197.502	72,6
	No tiene obra social y/o plan de salud	74.689	27,4
	Tiene obra social y/o plan de salud	176.703	62,0
	No tiene obra social y/o plan de salud	108.073	38,0

Fuente: INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001-Resultados definitivos.

de edades para el año 2001, el 38% de la población de Bahía Blanca carece de cobertura social, lo que involucra a más de 100.000 personas. Esta situación se ve acentuada en los grupos de menor edad, poniendo de relieve la influencia de la cobertura de PAMI en los jubilados y pensionados, ya que solamente el 10% de las personas de 65 años o más carece de cobertura médica³, mientras que en el grupo etáreo que abarca hasta los 64 años, la carencia de cobertura supera el 40%. En la Tabla 1, se observa la evolución intercensal de estos parámetros, donde puede apreciarse que el porcentaje de población que no tiene obra social y/o plan de salud, se incrementa desde el 27,4% en 1991 hasta el 38% en 2001.

³ Según informes de PAMI, en Bahía Blanca existen más e 78.000 afiliados para el año 2004, de los cuales el 85% aproximadamente tiene 60 años o más. Ver www.pami.org.ar

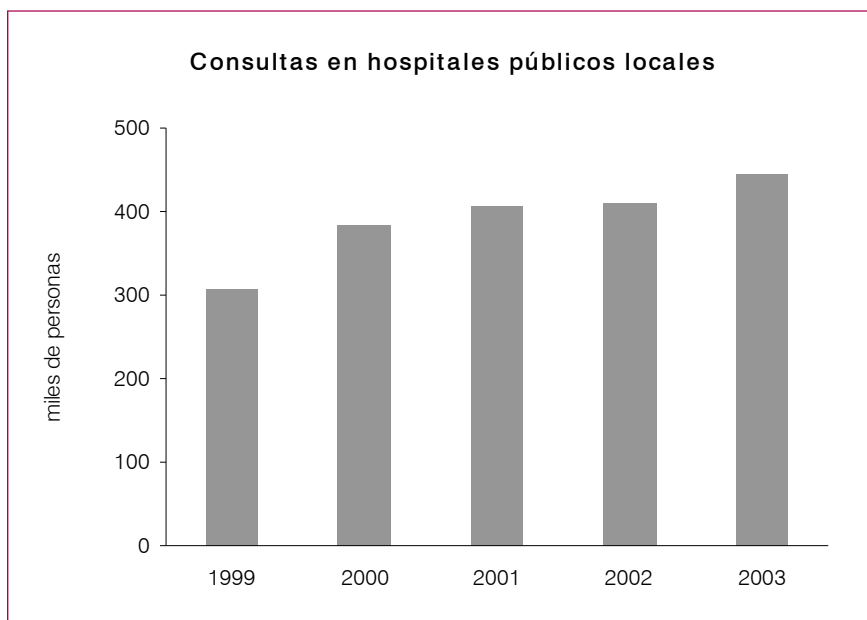


Gráfico 2

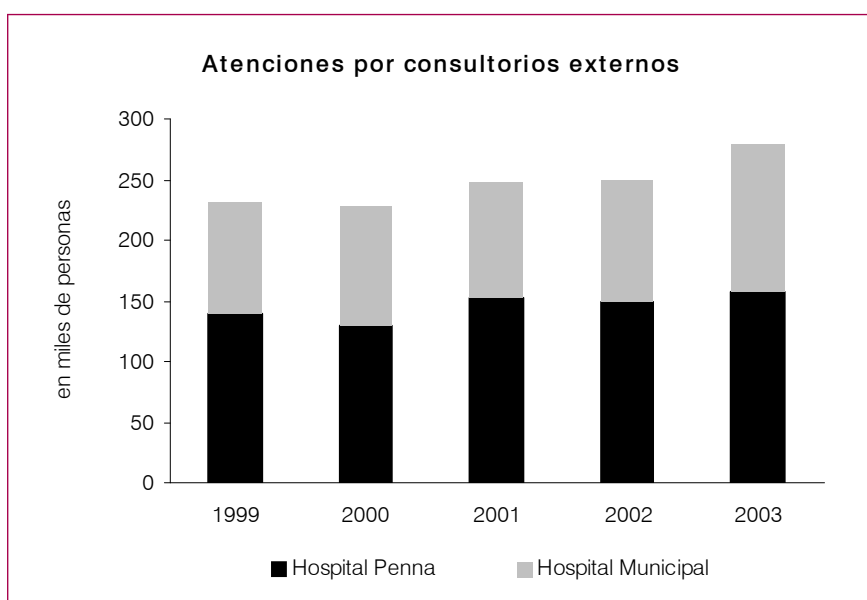
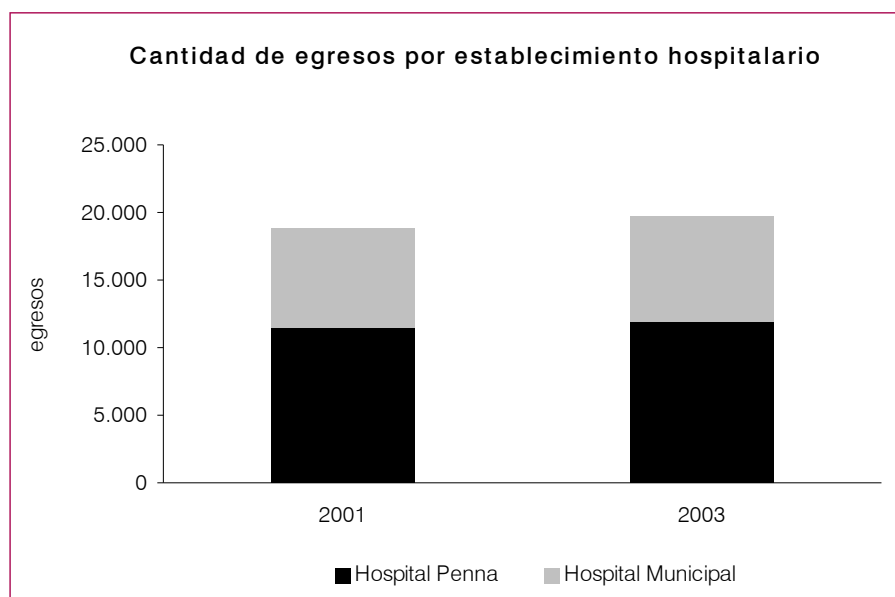


Gráfico 3

En el Gráfico 2 se exhiben las estadísticas de atención de los dos hospitales públicos existentes en Bahía Blanca, considerando solamente las consultas externas de cada entidad y la concurrencia a los servicios de emergencia, sin tener en cuenta a los pacientes internados. Tal

como puede observarse, la demanda de servicios públicos de salud presenta una tendencia creciente en los últimos años, poniendo de manifiesto la mayor presión sobre el subsector público. En el Gráfico 3 se detallan las atenciones por consultorios externos únicamente, donde se confirma la tendencia observada en el gráfico anterior, destacándose el incremento en las consultas realizadas en el Hospital Municipal, mientras que en el caso del Hospital Penna las cifras son más estables. Con respecto a los egresos hospitalarios, en el Gráfico 4 se observa la situación para los años 2001 y 2003, donde también se verifica un aumento en la cantidad de egresos en el último año en los dos hospitales públicos de la ciudad.

Gráfico 4



Comentarios finales

La salud es uno de los programas de seguridad social del estado, que posee gran importancia luego del sistema de jubilación y pensiones. Dadas sus características especiales y la necesidad de brindar un seguro a la población, el gobierno usa la coerción y la obligatoriedad como herramienta para garantizar cobertura a los individuos.

Como se financia mediante gravámenes sobre los ingresos laborales, todas las modificaciones en la calidad de los empleos y la desocupación o subocupación, influyen negativamente sobre la cobertura de salud de la población. Por otra parte, la disociación entre el aporte individual y el riesgo de cada afiliado genera dificultades en las obras sociales para prever los flujos de ingresos y egresos.

Estos fenómenos se ven potenciados cuando existe recesión económica, y esta menor cobertura se traduce en una mayor demanda sobre los prestadores públicos, generando presiones presupuestarias e incrementando la carga sobre el resto de la población, que financia los hospitales e instituciones públicas de salud mediante impuestos con la consiguiente redistribución de ingresos.

Esto también repercute sobre los prestadores privados que, por un lado ven disminuida su demanda por la menor cobertura social de la población, y por la otra deben enfrentar los problemas financieros de las obras sociales e ineficiencias generales del sistema, que están instaladas desde hace tiempo. ■