

Menos gasto y más inversión en salud

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES (*)



La Argentina tiene un sistema de salud en el que se gasta el 10% del PBI. Si bien se alcanzan buenos resultados comparado con países de la región, el gasto también es más alto. Paralelamente, comparando con países con una inversión similar, se logran menores resultados sanitarios. En definitiva, tenemos una contrariedad entre esfuerzo económico realizado (gasto + inversión) y los resultados obtenidos, es decir, tenemos un serio inconveniente con la eficiencia.

Para ponernos de acuerdo, como se desprende del párrafo anterior, no todo gasto en el sistema de salud es inversión. Esta se define como "aquel que efectivamente llega al paciente o se realiza como soporte para que las prestaciones se lleven a cabo". Un ejemplo de esto último es el gasto administrativo que da soporte a las operaciones de una clínica o una obra social.

Como contraejemplo, tenemos los desvíos de fondos de su destino original hacia algún bolsillo impiadoso, es decir, delitos dolosos que son gastos, pero no inversión. Claramente el sistema de salud debe eliminar estos gastos indebidos para lograr más y mejores prestaciones. Sin embargo, aunque eliminásemos todos estos desvíos no alcanaría para lograr la eficiencia que el sistema requiere. Es necesario transformar gasto en inversión.

Un primer problema está en la definición misma, donde se esconden gran cantidad de puntos grises. Por un lado, no todo gasto que se aplica sobre el paciente es necesario y/o beneficioso. La incorporación irracional de tecnologías que permite el sistema argentino se traduce en que cada vez tengamos más tratamientos costosos, que son para poca población y muchas veces de dudosos beneficios o con beneficios similares a tecnologías existentes menos costosas.

La discusión de la necesidad de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias debe pasar a un nuevo estadio, ya no discutiendo la necesidad sino como debe ser la implementación. Otro motivo por el cual muchas veces se solicitan prácticas que no generan valor para el paciente, pero si gasto, es la medicina defensiva, cabe aclarar que son prescripciones que realizan los profesionales para evitar ser demandados.

Sin estudios publicados en nuestro país, se estima que entre el 20% y 25% del gasto en prestaciones a nivel mundial son consideradas como resultados de la medicina defensiva. Por el otro lado, no todo gasto que da soporte es necesario. Encontramos gastos excesivos en marketing, administrativos, logísticos, financieros, etc. Al igual que el punto anterior, no hay un dato certero ni estudio en nuestro país que nos aproxime a un porcentaje exacto. Como punto de referencia, tenemos la ley 23.660 que admite en su artículo 22 un gasto administrativo máximo (excluidos los originados en la prestación directa de servicio) del 8% para las obras sociales nacionales.

El segundo problema son aquellos gastos ocultos que se incurren. Estos, que son muchas veces intangibles, generan un gran gasto a los prestadores que, además no podrán facturar, o generarán mayores gastos totales extendidos en el tiempo. Dentro del primer grupo se incluyen días

prequirúrgico injustificados, altas demoradas o inadecuada programación en consultorios y quirófanos.

Dentro del segundo grupo encontramos demoras diagnósticas o subutilización tecnológica y de estructura física. Este último grupo se ha visto especialmente exacerbado en el último año y medio de pandemia, donde miles de pacientes no han podido atenderse, complicándose su estado de salud, resultando muchas veces en tratamientos más costosos y con peores resultados esperados en el corto plazo y/o incluso con secuelas permanentes (y consecuentemente mayores gastos necesarios).

El tercer problema es el sistema de salud argentino propiamente dicho. En el mismo, encontramos una cantidad excesiva de financiadores que tienen menos afiliados de los necesarios para cubrir el riesgo actuarial sin riesgos de quiebra económica. También existe el INSSJP que concentra los mayores riesgos en una sola aseguradora, haciendo actuarialmente inviable su gestión económica.

Esto genera problemas permanentes sobre el sector prestacional con cortes de pagos o transferencia de riesgo a clínicas y sanatorios con condiciones complejas, que ponen en jaque a todo el sistema. Otro gran problema que genera un gasto y no inversión es la gran fragmentación del sistema. Podemos distinguir tres grandes subsistemas, que a la vez se dividen nuevamente, y debilitan la gobernanza y rectoría sobre el sistema total.

El subsistema público, se subdivide en nacional, provincial y municipal, duplicando normativas, generando programas de promoción y protección solapados y/o programas de prestaciones. En el subsector de la seguridad podemos subdividirlo en nacional, provincial, obras sociales creadas por ley especial y el INSSJP. Dentro del mismo existe duplicación de coberturas por poseer dos financiadores de distintos regímenes u obras sociales que generan gastos administrativos, pero no brindan prestaciones, ya que las tercerizan.

Un inconveniente no menor de la fragmentación son los derechos y coberturas diversas de los distintos subsistemas, claramente el mayor problema es de equidad que de eficiencia, sin embargo, tiene un impacto negativo en los gastos.

En conclusión, hace falta revisar seriamente el sistema desde la gestión clínica, la gestión de las organizaciones como así también la gestión política/legislativa. Los desafíos del envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica, como los avances de la medicina, nos indican la necesidad de contar con mayores recursos.

El sistema va a requerir de mayor inversión en los tres niveles de atención como así también en las interacciones entre los mismos. No estoy proponiendo ahorrar recursos sino dirigirlos a acciones que mejoren la salud de la población. En definitiva, no propongo ahorrar en recursos ni recortar los gastos, sino invertir mejor el dinero para que genere valor sanitario sobre el paciente. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.