

Qué hacer con la desregulación de las obras sociales

Nota publicada en el BAE, el viernes 23 de febrero de 2001

Autores: **Dr. Roberto Destéfano / Dr. Alejandro González Escudero**

El tema no deja de ocupar los titulares de los diarios. No puede ser de otra manera tratándose de una cuestión tan sensible como la salud.

De la desregulación de las obras sociales se viene hablando desde hace tiempo y todo parece indicar que finalmente habrá cambios de importancia en los próximos meses.

Tantas cosas se dijeron que resulta complejo ordenar el análisis. Trataremos de hacerlo, especialmente para informar a los usuarios. Ellos son quienes en todo este bombardeo de noticias y comentarios tienen en juego nada menos, que la suerte de su futura atención médica.

El sistema de obras sociales

Es una de las "patas" en que se sustenta el sistema de salud argentino. Las otras son los servicios de los hospitales públicos, las empresas de medicina prepaga y el PAMI.

Cubren las necesidades de 11,7 millones de personas. Se financian con aportes personales y contribuciones empresarias calculadas sobre los sueldos que ganan los trabajadores en relación de dependencia. Más recientemente, se agregaron una parte de los trabajadores autónomos: aquellos que contribuyen al llamado "monotributo".

Las obras sociales hasta ahora son, principalmente, de dos tipos: las de "trabajadores", y las del "personal superior", para niveles jerárquicos y de dirección. Las primeras, conducidas por dirigentes sindicales, las segundas, con fuertes lazos con empresas de medicina prepaga.

El Gobierno busca que a estas obras sociales se le sumen las empresas de medicina prepaga y que, todas ellas compitan entre sí. Pero, intenta poner algunas condiciones. Por ejemplo, recibir a afiliados no "buscados" que prefieran esa obra social o prepaga, aunque éstas no tengan "interés" en recibirlo.

Este punto es central y se relaciona con el monto que asegura el Gobierno como cotización mínima por cada afiliado. Quiere decir que si algún trabajador de bajos ingresos se afilia a una obra social, y dado que la obra social está obligada a brindar una cobertura obligatoria (PMO, Programa Médico Obligatorio), el Gobierno se compromete a completar el aporte hasta llegar a la cotización mínima.

Cuánto es esa cotización mínima es el centro de la batalla que se libra actualmente y es la variable principal que llevará a las empresas de medicina prepaga a sumarse, o no, al sistema de salud de los trabajadores en relación de dependencia.

Dar salud por \$20 mensuales

El Gobierno estableció el valor de esa cotización en \$20 por persona. Si analizamos el caso de una familia tipo (matrimonio y dos hijos) y sabiendo que el monto de retenciones y aportes es del 8%, pero lo que se destina a la cobertura del grupo familiar es el 7,2%, 6,8% o 6,4% según el monto de sueldos, esa familia deberá

tener un ingreso de \$ 1.111,11 si se trata del ingreso sumado de dos cónyuges cuando ninguno supera los \$700, o llegar a los \$1.176,47 si es uno solo el integrante de la familia con aportes. Estos niveles de remuneraciones, como se ve, resultan significativamente superiores al promedio de ingresos que registra, por ejemplo, el sistema de jubilaciones privadas.

Ahora, ¿es mucho o es poco \$20 por los servicios de salud?

Observemos los costos prestacionales que soportan las principales obras sociales. Los datos que se vuelcan en el gráfico surgen de un trabajo sobre la situación de las 27 obras sociales más importantes (incluidas de trabajadores y de dirección) que cubren el 72 % del total de beneficiarios del sistema (3 de las 27 son de dirección).

El gráfico muestra, además, la fuerte correlación que existe entre el nivel de gastos y el nivel de ingresos.

Esto abre dudas sobre la vigencia, en la práctica, de un sistema que pueda considerarse solidario. (1)

Según información de la Superintendencia de Servicios de Salud, el promedio de ingresos per cápita en el sistema fue en 1999 de \$33,2 y el de egresos por prestaciones de \$27,6.

Estos datos parecen no condecirse con los \$20 que se proponen ahora. Pero llaman la atención si se los compara con los gastos en salud promedio por habitante que registra la Argentina. Esa cifra es de \$66,25 (2) por mes, monto mayor que el promedio de las obras sociales, lo que evidencia que además de las prepagas, la salud que ofrece el sector estatal, aunque parezca increíble, resulta más cara.

Las empresas de medicina prepaga, por su parte, informan costos prestacionales mucho más altos. De un estudio realizado sobre las 15 principales prepagas que reúnen a 1,7 millón de afiliados (sobre un total cubierto por este tipo de entidades de 2 millones), se obtiene un costo prestacional promedio de \$83,6 mensuales por persona.

Debido a estas diferencias tan significativas, las empresas de medicina prepaga señalan que no están dispuestas a ingresar en el sistema de obras sociales porque se pueden ver obligadas a tener que dar servicios que para ellos son costosos y recibir ingresos muy inferiores. Con lo cual perderían rápidamente cualquier tipo de rentabilidad.

Las obras sociales, en cambio, temen perder a sus afiliados de más altos ingresos, que se verían tentados de pasarse a una empresa con un servicio de mayor precio, porque con sus ingresos no tendrían dificultades en soportarlo. Sin esos afiliados, por ahora "solidarios" -porque su mayor aporte se vuelca a cubrir los costos prestacionales de quienes ingresan menos-, el riesgo de caer en déficit se acrecienta.

Qué sucederá

Si se analiza el panorama completo, despojándose de cualquier carga de prejuicios, se verá que para hablar de brindar salud de calidad y a un buen precio, más que la propiedad de la entidad que la ofrece, cuenta la eficiencia con que se desempeña. Es imaginable un futuro con obras sociales de las llamadas sindicales dando servicios buenos y a un bajo costo y también empresas de medicina prepaga

reduciendo costos excesivos en áreas que poco tienen que ver con la prestación de servicios médicos. Dicho con crudeza: el sistema dará un paso adelante si permite el crecimiento de quienes tienen su objetivo central en el afiliado. Quedarán en el pasado las obras sociales donde parte de los recursos podrían estar distrayéndose en temas políticos, y también las empresas de medicina prepaga, que tan solo con cuotas altas buscan equilibrar gastos comerciales y administrativos desproporcionados.

No escapará a este panorama la necesidad de contar con una gestión eficiente, profesionalizar el management en estas entidades e introducir técnicas gerenciales modernas. La falta de competencia, hasta ahora, había disimulado muchas fallas.

Una agenda sobre las obras sociales debería incluir, también, la provisión de información transparente sobre las características de las coberturas que ofrecen, sobre las mediciones de los tipos y montos de gastos prestacionales y de administración que soportan, las modalidades de contratación elegidas (por prestación o por capitación), el manejo de medicamentos, las encuestas de satisfacción de los usuarios y la performance de los prestadores. Además, deberán ser más transparentes las contrataciones con los principales prestadores, como una forma de que las obras sociales y las prepagas "chicas" puedan negociar en condiciones similares a las "grandes".

En definitiva, si los esfuerzos de los "jugadores" se orientan a la eficiencia y a la calidad, el sistema mejorará. Si eso no sucede, el público -destinatario final de los servicios- habrá de, vivir una nueva frustración.

(1) Un estudio sobre la situación de las principales obras sociales realizado por los autores puede encontrarse en <http://www.alejandrogonzalez.com.ar/especiales/Obrasociales.html>

(2) Dato obtenido de la Organización Panamericana para la Salud. Corresponde al año 1999. La información de la Argentina, junto con la de otros países, puede consultarse en <http://www.paho.org>