

¿Beneficios a la salud privada o la salud privada de beneficios?

López, Gladys Susan

Lic. en Sociología. Especialización en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) y en Ciencias Sociales y Política (FLACSO)

Institución de pertenencia: Área de Investigación: Salud y Trabajo Social. Facultad de Trabajo social. UNLP .

E-mail: gsusanlopez@hotmail.com

Noviembre de 2012

RESUMEN: En este trabajo se realizan algunas consideraciones acerca de cómo el subsidio a la demanda, enfatizado por las políticas neoliberales implementadas a partir de la década de los 90, benefició al sector privado de salud y ha fortalecido las bases para el modelo de aseguramiento universal en el sistema de salud argentino.

Por un lado, se analizan algunas características normativas y de conformación del sistema que facilitaron la apropiación de los recursos públicos en beneficio del sector privado; por otro, se confronta y tensiona la equidad pretendida, a partir de subsidiar a la demanda, con el derecho a la salud, y por último se indaga, a partir de programas ya implementados, aspectos que crean condiciones para el aseguramiento universal.

La reforma de salud impulsaba en la década de los años noventa del siglo próximo pasado, introdujo mecanismos de financiamiento y organización basados en lógicas de mercado impulsando, principalmente, el subsidio a la demanda. Esta lógica no solo modificó la posición de los agentes en el mercado, sino que creó nuevos espacios de competencia y apropiación, de recursos públicos presuntamente universales, por parte del sector empresario.

La creación de planes y programas, que pretendieron aumentar la accesibilidad a los servicios de salud para los sectores de la población sin cobertura, también generó nuevas formas de apropiación de parte de esos recursos en beneficio del mercado. Algo similar ocurre en el sistema de Obras Sociales al transferir recursos del “fondo de redistribución” hacia el sector de medicina prepaga, mientras que los hospitales públicos autogestionados fueron introduciendo servicios y tecnologías en asociaciones con personas o instituciones con fines de lucro.

Aunque a partir del año 2003, Argentina ha modificado algunos aspectos políticos y económicos que vislumbran un corrimiento de algunos preceptos del neoliberalismo, sin embargo, en el área de salud se observa una continuidad de modelo anterior: focalización, privatización, descentralización, -con financiamiento de préstamos internacionales-, subsidio a la demanda que beneficia a sectores empresarios, resistencia a la producción pública de medicamentos,

canasta de prestaciones acotadas, siguen siendo estrategias que benefician al sector privado de salud y no a la salud de la población.

Palabras claves: PRIVATIZACION / FINANCIAMIENTO / SUBSIDIOS GUBERNAMENTALES / SECTOR PRIVADO

Introducción

Las reformas implementadas a partir de la década de los años noventa, han marcado un punto de inflexión en las políticas sociales en la mayoría de los países Latinoamericanos. Los lineamientos impulsados por el Consenso de Washington, convertidos casi en una receta única, constituyeron las bases para avanzar hacia estrategias que consolidaron lo privado e individual por sobre lo público y solidario.

El telón de fondo sobre el cual se sustentaron las reformas, contenía una lectura sobre el endeudamiento de estos países apoyada en la incapacidad que los mismos tenían para gestionar más eficientemente sus economías mixtas con alta participación estatal. Así el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigieron, como requisito para refinanciar la deuda y extender créditos, la reducción del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales. (Ugalde y Homedes, 2002). De este modo, la reducción del déficit fiscal implicaba la disminución de la financiación y participación del Estado y la ampliación a otros sectores sociales como posibles proveedores de servicios, principalmente al sector privado. Así, las ideas de Von Hayek y Friedman, que no habían prosperado en los años 40, revivieron para dar una victoriosa batalla contra el Estado de Bienestar y la lógica del laissez faire impuso al mercado como el mejor asignador de recursos.

Esta caracterización, muy generalizada sobre los cambios introducidos a partir de las reformas, si bien implicó una importante transformación en el área de políticas sociales y particularmente de salud, cobra una particular significación en los modos en cómo se operacionalizó en cada país, algunos con modalidades explícitas y otros encubiertas de privatización y mercantilización de la salud.

Los cambios en las políticas de salud

Desde los inicio del año 90 y en el marco de las políticas sustantivas creadas bajo el gobierno de Menem se impulsaron una multiplicidad de planes focalizados creados todos al amparo de lo que se dio en llamar Plan Social. Los mismos dirigidos a atender la población desplazadas por las políticas de ajuste, fueron financiados con alrededor del 60% con fondos provenientes de organismos multilaterales y el resto como contrapartida nacional. En ese marco, los nuevos agentes necesarios para llevar adelante estos planes fueron nombrados en el marco de contratos temporarios, sin beneficios sociales y en condiciones desventajosas, es decir, precarizados, reduciendo de este modo las cargas sociales de trabajadores que ya no pertenecen a la esfera estatal y dejando bajo la órbita individual la garantía de cobertura de salud, futura jubilación etc.

La consecución de los objetivos propuestos, requirió poner la reforma en el área de salud en consonancia con la reforma del Estado, que imponía minimizar su protagonismo y entregar ese espacio, a la competencia del mercado. La desarticulación de las empresas del Estado, el achique presupuestario en el área de políticas de protección social, la capitalización de los fondos de pensiones y la flexibilización laboral aumentaron la conflictividad social. Para dar respuesta a esta situación, y sin perder de vista la introducción de capital privado en el área social se llevaron a cabo una serie de medidas focalizadas en cada problemática.

En este sentido la creación del hospital público de Autogestión (Decreto 578/93), luego de Gestión Descentralizada (Decreto 939/00) ¹preveía el recupero de las prestaciones a partir de un sistema de facturación tanto a las Obras Sociales, como a la medicina prepaga. Este mecanismo, además de permitir que el sistema público recupere gastos, implica incorporara lógicas de competencia al ser elegidos por beneficiarios o “clientes” de los otros subsistemas privado o de la Seguridad Social. La normativa sobre los hospitales públicos contemplaba la descentralización administrativa, pero en realidad quedo acotada al sistema de facturación. La

¹ El mismo prevé gratuidad y también posibilidades de hacer convenios. **Art. 5°** — Los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento ... **Art. 8°** — a) Realizar convenios, ... con entidades de la seguridad social...b) Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes,c) Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población, a través de la integración de redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados,....

descentralización de jurisdicciones de Nación a Provincia y de esta a Municipio había sido realizada con mucha anterioridad, entre las década del 50 y 70 del siglo XX.

La creación de una canasta básica, Plan Médico Obligatorio (PMO) creado por Resolución 247/96², para alcanzar un piso mínimo de prestaciones, por parte de cualquier efector sea público, de la seguridad social o privado.

El resto de la política pública de salud, prácticamente se remitía a una multiplicidad de planes focalizados, que iniciaron en 1995 y continúan aunque con modificaciones en el sentido y conformación de los mismos, como se considerara más adelante. Los mismos tenían como destinatario la población sin cobertura que demostrara extrema pobreza.

Con respecto al sistema de la seguridad social, la tendencia a introducir reglas de mercado competitivas fue claramente evidenciada en sus inicios, cuando se pretendió la desregulación total de las obras sociales mediante el Decreto 9/93 de libre elección de obras sociales y su reglamentario Decreto 576/93. Sin embargo, esta normativa no permitía suscribir contratos prestacionales con entidades privadas ni de regulación de matrícula. Sin embargo casi 10 años después la misma fue modificada, (Decreto 446/00) habilitado expresamente la contratación con el sector que brindara prestación de servicios de salud. Esta expresión fue la puerta de ingreso para que las empresas de medicina prepaga, prestadoras de servicios de salud ingresaran al espacio vedado, hasta entonces por la Seguridad Social. La libre elección de obras sociales por parte del afiliado, dejó al descubierto más claramente la situación, ya conocida, de la existencia de obras sociales ricas y pobres según su caudal de aportantes y los servicios ofrecidos a través de terceros. En ese contexto, el Fondo de Redistribución, que pretende cumplir la función de equilibrar los desajustes entre obras sociales, entrega una parte de sus ingresos a la Administración de Programas Especiales (APE), ente que reintegra a las obras sociales que lo necesiten, prestaciones de alto costo y bajo impacto. Este mecanismo de reintegro ha demostrado que, en forma encubierta traslada subsidios que beneficiaron a la medicina prepaga.³

² El mismo ha sido modificado por la Resolución 201/02, Cuando se crea el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que describe cobertura básica en prestaciones de Atención Primaria, Secundaria, Rehabilitación, Salud Mental, Medicamentos, listado de prestaciones, formulario terapéutico, de principios activos y listado de referencia de medicamentos. A su vez La Resolución 310/04, incorpora a la Resolución 201/02 el Programa de Salud sexual y procreación responsable.

³ López, 2011. Dos decretos dieron paso al ingreso a la medicina prepaga de beneficiarios de la seguridad social. El decreto 292/95 que unificó aportes y el decreto 446/2000 que amplió la participación a todos aquellos que eran agentes del seguro de *XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. XVII Congreso Internacional de Políticas de Salud. Crisis, aceleración y despojo en el capitalismo global. Avances y retrocesos en la lucha por la salud y la universalización de los derechos. Montevideo. Uruguay. Noviembre de 2012.*

Focalización y el subsidio a la demanda

Existe cierto consenso que el objetivo de otorgar un subsidio puede ser alguna meta social como auxilio a los desocupados o a los más pobres, o alguna meta de fomento como el desarrollo de ciertas actividades industriales, y sin que el Estado reciba compensación alguna⁴. Algunas definiciones sostienen que también pueden utilizarse para corregir distorsiones en el mercado, como por ejemplo en condiciones de inflación. En cuanto a la cobertura se puede distinguir, los subsidios de carácter universal dirigidos a toda la población y los focalizados dirigidos a determinados estratos de la sociedad. Es posible realizar una distinción entre los **subsidios a la oferta** (los cuales se conceden a los productores o prestadores de servicios) y los **subsidios a la demanda** (que permiten disminuir parcial o totalmente lo que abona el destinatario final). Dentro de estos últimos, existen los **subsidios directos** (a través de los cuales el **Estado** paga directamente una parte del servicio o prestación a los consumidores) y los **subsidios cruzados - entre diferentes usuarios se paga el servicio e incluso no establece una tarifa única sino en relación a la posición económica de cada actor social y beneficiario**. Es decir que, los subsidios pueden tener diferentes destinatarios, personas, empresas instituciones, etc., con la finalidad de alcanzar un propósito social.

Sin embargo, este propósito puede no cumplirse tal cual fue diseñado. Y aquí hacemos una diferenciación entre el **“destinatario”** y el **“beneficiario”**. Por ejemplo, un subsidio para un programa de salud puede tener como destinatarios a grupos familiares de bajos recursos sin cobertura en medicamentos y, como beneficiarios a esos destinatarios y otros no necesariamente contemplados como objeto del programa, beneficiarios indirectos que por subsidios cruzados obtienen beneficios diferenciales con lógicas de mercado. El entramado de

Salud. El mismo sostiene: *Artículo 1º — A partir del 1º de enero de 2001, los beneficiarios del Sistema creado por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 podrán ejercer el derecho de opción consagrado en las normas citadas en el Visto, entre las siguientes entidades: Artículo 1: Inciso c) Cualquiera de las Entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud de conformidad con lo establecido en el presente decreto y a la normativa a determinar por la Superintendencia de Servicios de Salud como Autoridad de Aplicación. Estas Entidades deberán adicionar a su denominación la expresión "Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud".*

⁴ La Real Academia Española define subsidio como la *“Prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada”* www.rae.es. Para las instituciones estrictamente económicas, se explicitan algunos alcances, por ejemplo *“Ayuda de carácter oficial que se concede a una persona o entidad. Ayuda económica concedida por el Estado u otro organismo oficial para cubrir una necesidad social o económica (subsidio de desempleo). A diferencia de la subvención, que tan sólo cubre una parte de la necesidad económica, el subsidio trata de ser una ayuda completa”*. La gran enciclopedia económica. En <http://www.economia48.com>

relaciones y lógicas que subyacen en los subsidios públicos, deja entrever y suponer que el propósito social para lo cual fueron diseñado podría tener beneficios para otros sectores económicamente no necesitados.

El cambio del **subsidio a la oferta** por el **subsidio a la demanda**, se fundamentó en que este último mejora la eficiencia y aumenta la equidad en el sistema de salud. El subsidio a la demanda puede realizarse mediante la entrega directamente al beneficiario, ya sea en prestaciones médicas, medicamentos o en bonos o dinero, para que el “cliente” bajo la supuesta libertad de elección elija cómo y con quien usarlo, o un pago per cápita por beneficiario de un programa implementado por una institución pública. Esta modalidad, cobra particular importancia en tanto utiliza mecanismos de selección basados en la naturalidad de la desigualdad social. Parte de la falsa idea, y siguiendo a Dubet (2011), de la igualdad de oportunidades desconociendo que la no igualdad de posición, dada en muchos casos desde el origen social, nutre una reproducción desigual e injusta. Y así el ser destinatario de un plan social conlleva sin dudas el claro señalamiento de carencia, pobreza, marginalidad, exclusión, que además debe ser demostrada.

Tendencias al aseguramiento universal

La introducción de formas de aseguramiento, es una distinción que merece resaltarse con respecto a los planes focalizados analizados anteriormente, y tienen su impronta a mediados del año 2000. En este sentido podemos analizar algunos aspectos del Plan Nacer y del recientemente aprobado “Incluir Salud”.

El Plan Nacer es un programa que se distingue por desarrollar **Seguros Públicos de Salud** para la población materno- infantil sin obra social y ser un modelo de financiamiento basado en resultados, que se propone promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.⁵ Es presentado como la generación un nuevo modelo de relación entre la Nación, las Provincias y los establecimientos de salud mediante la celebración de convenios formales. Dentro de sus características podemos citar que: A) Sistema de transferencias financieras de la Nación a las

⁵ Definición dada por el mismo Ministerio de salud de Argentina

Provincias basado en resultados de inclusión (inscripción de la población) y de cumplimiento de metas medidas sobre la base de indicadores sanitarios denominados "Trazadoras". B) Establece sistemas de incentivos y de asignación de recursos a los efectores (Centros de salud, maternidades, etc.) basados en la prestación C) crea y desarrolla en las Provincias los Seguros Públicos de Salud Materno Infantil que son quienes reciben los recursos para dar cobertura a la población inscrita pagando a los prestadores por práctica efectivamente brindada.

El programa Incluir Salud, es definido como un sistema de aseguramiento público del acceso a los servicios de salud para los beneficiarios de pensiones no contributivas, que prioriza la atención de enfermedades de Alto Costo y Baja Incidencia, entendiendo por éstas desde el punto de vista clínico aquellas que corresponden a cualquier patología que, además de una dificultad técnica en su resolución, implican un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte y que, desde lo económico involucran un desembolso monetario significativo, que excede algún umbral considerado normal, ya sea por episodio, por período de tiempo, o en relación con el ingreso familiar.⁶ El financiamiento lo realizara el Estado a partir del Ministerio de Salud a través de la transferencia de una cápita básica por beneficiario, que tiene por objeto cubrir el acceso a los medicamentos y a las prestaciones de salud derivadas del PMO. Además prevé una cápita complementaria del 25% adicional y el reembolso de prestaciones no incluida en la misma.

En esta breve presentación puede observarse algunos lineamientos que los organismos internacionales realizan con respecto al aseguramiento universal. Donde lo universal queda restringido a la garantía de las prestaciones básicas, en caso de Argentina el PMO. El Estado es el financiador de los programas, con un alto porcentaje de financiamiento internacional para el cumplimiento de las metas. Además, el Estado transfiere el cumplimiento del plan, descentralización, hacia las provincias quienes deberán velar por el desarrollo del mismo, las que al mismo tiempo pueden, con el objetivo de garantizar las prestaciones, contratar con prestadores privados o públicos. Es decir, generar las condiciones para la introducción de lógicas de mercado.

⁶ Resolución 1862/2011

Algunas reflexiones finales.

En el ámbito de salud los lineamientos impulsados por el neoliberalismo, requirieron introducir una serie de modificaciones para lograr consolidar el modelo. Para ello se requirieron una serie de instrumentos que operaran en ese sentido.

El arsenal de Leyes, decretos y resoluciones han sido el puntapié inicial, sin embargo no es menos importante las formas en que se construyó consenso para producir formas de pensamiento que desterraran lo colectivo, lo solidario y la justicia social y reforzaran lo privado e individual como la mejor forma de alcanzar bienestar. Fortaleciendo la idea de la proporcionalidad entre lo que da y recibe, por lo tanto los sectores pobres como dan poco reciben poco, y entonces ser beneficiario de un plan focalizado es equitativo y justo dado que todos reciben por igual, según su necesidad un piso mínimo de prestaciones.

Por otra parte el subsidio a la demanda, permite introducir lógicas de competencia de mercado al abrir las posibilidades a distintos prestadores, incluso privados, con el objetivo de garantizar prestaciones incluidas en programas. Mecanismos que al mismo tiempo amplía los beneficios a otros sectores sociales, como por ejemplo el sector empresarial.

Por último, la nueva forma de gestionar los programas de salud basados en aseguramiento supone que la ciudadanía queda atada al estar asegurado y que el derecho a la salud queda subsumido al derecho del beneficio que le otorga el seguro.

Referencia Bibliográficas

- Banco Mundial. Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud). Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries?display=default>
- Diario Clarín. 2012. “Cirugía plástica público privada. Hay lista de espera en varios hospitales públicos porteños”- En http://www.clarin.com/sociedad/espera-varios-hospitales-publicos-portenos_0_631736904.html
- Danani, Claudia. (1996) “Todo lo solidario se desvanece en el aire. La libre afiliación a las obras sociales”. En: *Salud en Debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Findling, L. y Mendes Diz, A., Compiladoras. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fac. Cs. Soc. CBC. UBA. Buenos Aires
- DUBET, F. 2011. “Repensar la justicia social”. *Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Siglo XXI Editores: Buenos Aires.
- Laurell, Cristina (2008) “Los subsidios al sector privado de salud”. En: *La Jornada*- (7/8/08). México. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- Laurell, Cristina. (1995) “La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales”. Documento de Trabajo. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México. Noviembre 1995
- López Susan (2011)a . “Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud”. *IX Jornadas de Sociología. Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones. Luces y sombras en América Latina*. Facultad de Ciencias Sociales. UBA ISBN 978-950-29-1296-7 www.jornadassocio.sociales.uba.ar//data/pdf/mesa24/M24_Susan_Lopez.pdf
- López, Susan (2011)b . “Perfil epidemiológico de argentina” En: *Voces en el Fenix*. Año 2, N° 7. En Estado Crítico. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Economicas- UBA. Disponible en: www.vocesenelfenix.com
- López, Susan. y Michelli, Virginia. (2010). “La derivación de los aportes de la Seguridad Social hacia el sistema privado y los mecanismos de la subsidiaridad encubierta”. *VII Jornadas de Investigación y VI de Extensión Universitaria “Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas”* Facultad de Trabajo Social. UNLP. La Plata 14 y 15 de octubre de 2010. Soporte digital- ISBN:978-950-34-0670-0
- Ministerio de Salud. Plan Nacer. Disponible en www.plannacer.msal.gov.ar.
- Repetto, Fabián *et al.* *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
- Repetto, F (2002) Articulación de programas focalizados Un desafío imposible de lograr? Disponible en <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt66.pdf>
- Tobar, F. (2000) Gasto en salud en Argentina y su metodo de cálculo, ISALUD. Buenos Aires. Disponible en: http://www.who.int/nha/country/Argentina_NHA_report_spanish.pdf
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2002) “Privatización de los servicios de salud. Las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Cuadernos Medico Sociales* N°81: 31-42. Rosario. Argentina.

XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. XVII Congreso Internacional de Políticas de Salud. Crisis, aceleración y despojo en el capitalismo global. Avances y retrocesos en la lucha por la salud y la universalización de los derechos. Montevideo. Uruguay. Noviembre de 2012.