

INTRODUCCIÓN AL FINANCIAMIENTO EN ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- La satisfacción de necesidades depende de decisiones políticas y opciones económicas

Las necesidades humanas aumentan en función del tiempo histórico y del desarrollo social y generan expectativas de satisfacción que no siempre pueden ser realizadas: a veces para ninguno, las más veces, para los menos favorecidos. Es así como se genera el problema de la penuria por los bienes o servicios posibles y teóricamente disponibles.

La ciencia y la tecnología favorecen no sólo la satisfacción de las viejas necesidades humanas sino que provocan la creación de nuevas. Sin embargo la ciencia y la tecnología solas no proveen por sí mismas soluciones para que la satisfacción de las necesidades, nuevas o viejas, sea equitativa.

La **equidad** en la satisfacción de necesidades a través de la disponibilidad y el acceso a bienes y servicios, depende de la política y la administración.

La **política** se refiere al ejercicio del poder en las sociedades: ¿quiénes lo poseen?, ¿por qué, para qué y cómo lo ejercen?

La **administración**, dependiente de la política, se refiere a la gestión de una organización para cumplir los objetivos de satisfacer necesidades de la comunidad externa a ella así como las propias.

Las sociedades globales, un país, una provincia o municipio, tienen una sumatoria diversificada de necesidades que pueden ser satisfechas por bienes y servicios cada vez más abundantes y complejos.

Entre esas necesidades hay algunas que son **primarias**, como el trabajo, la vivienda, la alimentación, el vestido, la salud, el descanso y la educación. En distintos niveles y calidades, estas necesidades pueden ser cubiertas para todos no sólo en función del progreso de la ciencia y de la técnica, sino de una política y administración equitativas y eficaces orientadas al bien común.

Hay necesidades **secundarias** en las que la desigualdad en la satisfacción no genera injusticia social ni conflictos graves. Por el contrario, la desigualdad en el acceso a bienes y servicios primarios, sí genera al mismo tiempo injusticias y conflictos.

Cuando la penuria es sufrida por toda una sociedad por la carencia de bienes y servicios primarios, se generan conflictos externos, pero no necesariamente internos.

A medida que las sociedades aumentan su tamaño y complejidad, no sólo crecen en cantidad y calidad las necesidades, sino también la estratificación social y las diferencias regionales. Consecuentemente las dificultades para lograr la equidad a través de la política y la administración son mayores.

El pensamiento político y el administrativo consideró estas dificultades ya sea en “la sociedad de la abundancia” liberal o la “sociedad comunista” marxista. Ambas perspectivas definieron un objetivo político de cooperación entre todos los estratos e instituciones de una sociedad, pero ninguna descartó un período intermedio de antagonismos. De hecho, estos antagonismos se multiplicaron por el progreso científico y técnico.

Aquellas perspectivas políticas nacieron como respuesta al conflicto universal generado por ese mismo progreso.

Los países actualmente desarrollados transitaron períodos prolongados de fuerte conflicto antes de lograr su nivel. Los mayores en tamaño no han logrado aún la equidad y mantienen en su propio ámbito interno un “cuarto mundo” de desposeídos¹ (Mundell, 1968).

2.- La Economía vincula necesidades, recursos y bienes

“La economía política trata de necesidades y recursos [...]. Como la necesidad es un estado de la mente, la política se ocupa del hombre; como los recursos son materia, la economía se ocupa de la naturaleza [...]. Ésta (la confrontación de fuerzas opuestas) existe siempre en los problemas económicos: necesidad y recursos, deseo y oportunidad, hombre y naturaleza, consumo y ahorro, oferta y demanda. La elección no es sino el acto final, el desenlace donde las fuerzas románticas del deseo se batan contra las fuerzas realistas de la oportunidad”.

(R. Mundell, 1968:13)

Desde la Revolución Industrial hasta el presente la prosperidad de los pueblos aumentó, aunque diferencialmente, con contradicciones, incluso en el campo de la salud. Sin embargo, esta prosperidad, más que todo material, no implicó un aumento equivalente de la felicidad ni tampoco una reducción de la competencia, una de las fuentes del estrés. Por el contrario, esta competencia se trasladó al plano mundial con la globalización que impuso similares normas económicas en todo el planeta (Samuelson y Nordhaus, 1996:3).

Samuelson define a la Economía como “la manera en que las sociedades utilizan los recursos escasos para producir mercancías valiosas y distribuirlas entre distintos individuos” (1996:4).

Las “mercancías valiosas” son también llamadas “bienes escasos” en contraposición a los bienes gratuitos, tales las arenas del desierto y el agua del mar.

Una advertencia de Keynes es la trascendencia de las ideas económicas, aún equivocadas, por sobre la de los intereses creados. Las ideas económicas hechas públicas, acertadas o no, pueden producir tanto una suba de acciones como el derrumbe de una Bolsa de Comercio y aún de un país (Samuelson y Nordhaus, 1996:13).

Entre las ideas económicas actuales, Samuelson señala ésta: “La prosperidad de las economías modernas depende de que se consiga el debido equilibrio y reparto de responsabilidades entre los mercados y el estado” (1996:22). Es así como en un momento se alaba el mercado y se tiende a una general privatización. En cualquier caso corresponde al Estado “crear un clima seguro” y controlar “los excesos de los mercados” (1996)².

La economía de mercado es una red de largos y complejos mecanismos e instancias a través de los cuales se intercambian conocimientos, tecnologías, bienes y servicios, se definen precios y salarios y se toman decisiones.

Hubo lugares abiertos, plazas con innumerables puestos de compraventa, y hoy todavía, llamados mercados. Hoy conocemos el atractivo de los supermercados pero los economistas hablan de lugares donde se definen las cantidades y valores de determinados productos, por ejemplo, el mercado o plaza de Chicago, edificio en el que se discuten a nivel mundial esas variables en cuanto al trigo y al maíz.

1 Marx observó, como sociólogo, la lucha de clases, capitalistas y proletarios, en las ciudades inglesas de fines del siglo XIX. Aún Gran Bretaña no había logrado un nivel aceptable de equidad social (Mundell, 1968:93).

2 Samuelson indica dos momentos claves en la ciencia económica. El primero fue la publicación de la obra de Adam Smith “Investigación sobre la naturaleza y la causa de la riqueza de las naciones” en 1776, mismo año de la Revolución de la Independencia norteamericana. Con él se desarrolló la **Microeconomía** rama que se ocupa del comportamiento de los mercados, las empresas, la vida doméstica e individual. Uno de sus temas centrales es la determinación de los precios que, para Smith, debían dejarse a “la mano invisible del mercado” toda vez que el bien común se lograría a partir de las acciones interesadas de cada uno de los actores.

El segundo es John Maynard Keynes que publicó su obra “Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero” en 1936, transpuesta la Gran Depresión de 1929-1933. Con él se consolidó la **Macroeconomía** ante la posibilidad de que los mercados y su “mano invisible” pudieran funcionar mal y el imperativo de que el Estado contribuyera a equilibrar los ciclos económicos especialmente en sus etapas depresivas (vg. 1929-1933 y 1989-1993) (Samuelson y Nordhaus, 1996:5).

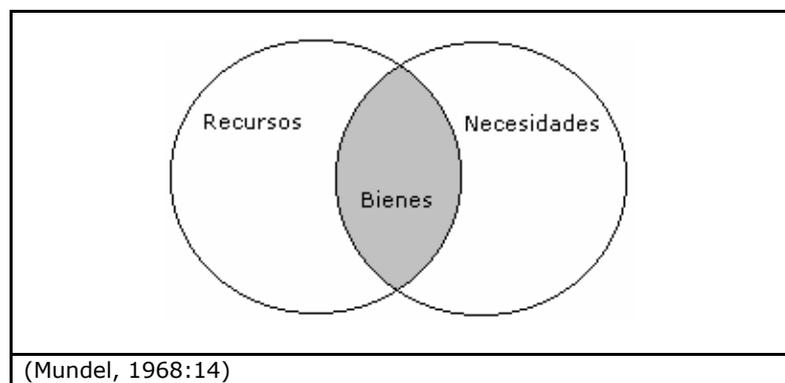
Pero se denomina más en general, mercado a un “mecanismo por medio del cual los compradores y los vendedores de un bien o servicio determinan conjuntamente su precio o cantidad” (Samuelson y Nordhaus, 1996:23).

La primera variable es el precio: “Cuando una persona acepta comprar un Ford a un concesionario por U\$A 4050, eso indica que para ella el Ford vale más de 4050 y que para el concesionario U\$A 4050 valen más que el Ford” (Samuelson y Nordhaus, 1996:23). Los precios son un sistema de comunicación entre compradores y vendedores: el aumento de precios tiende a reducir la compra y aumentar la producción mientras que, a la inversa, la disminución de los precios impulsa a aumentar la compra y reducir la producción. En tiempos sucesivos el mercado de bienes y servicios comunes tiende a lograr un equilibrio, definiendo al mismo tiempo qué hay que producir y consumir, cómo se produce y a quién se vende.

Los elementos que regulan el mercado son entonces los factores de la producción y los del consumo dentro del marco de la escasez y la eficiencia.

Los recursos son las cosas existentes, las necesidades las cosas deseadas que faltan y los bienes escasos son las cosas deseadas existentes (Mundell, 1968:14) [Cuadro 2.a].

Bienes Económicos



Cuadro 2.a

3.- Los bienes y los recursos se relacionan con los principios de escasez y eficiencia

La confrontación entre bienes escasos y necesidades o deseos ilimitados, lleva a sentar dos principios liminares de la Economía: el de escasez y el de eficiencia.

El principio de escasez dice que las necesidades son ilimitadas y los recursos escasos. Los recursos ilimitados no entran dentro del estudio de la economía, tal el agua para una persona en la orilla de un lago. Por el contrario el bien es escaso cuando una persona se encuentra en el desierto, donde no hay agua.

El hambre es una necesidad mientras que los alimentos son recursos para satisfacerla. Pero bienes son los alimentos disponibles, no los que potencialmente pueden producirse, consecuentemente son escasos en relación a la población que los requiere. Piénsese en una de las enfermedades más antiguas, extendidamente presente, que es el hambre crónica de las poblaciones y su consecuencia, la desnutrición.

El principio de eficiencia sostiene que es preciso producir la mayor cantidad de bienes con la menor cantidad de recursos.

La Economía reconoce el principio de escasez y busca formas de alcanzar una organización eficiente de la producción y distribución de los bienes.

La producción de bienes debe responder a tres grandes preguntas: ¿Qué bienes?, ¿cómo producirlos? y ¿para quién? (Samuelson y Nordhaus, 1996:6).

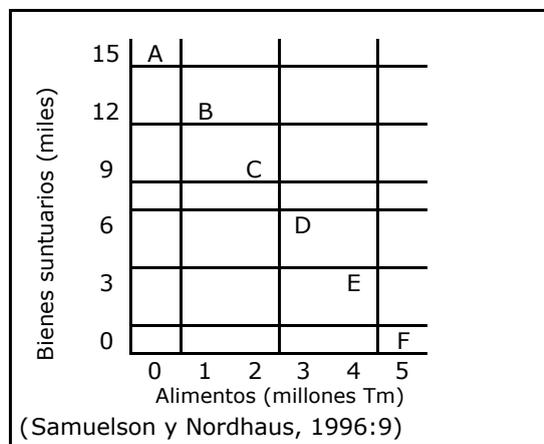
Dado un bien, su producción depende de los recursos y de la tecnología disponible. Los recursos utilizados en una producción determinada son a su vez mercancías, bienes o servicios,

necesarios para los procesos productivos y se los llama factores de la producción. La mercancía, bienes o servicios, que salen del proceso para su consumo son denominados productos.

4.- La producción de bienes y servicios tiene límites que requieren opciones

La producción de bienes o servicios tiene un límite: las personas y comunidades no pueden producir todo lo que quieren (Samuelson y Nordhaus, 1996:8). Así se llama “frontera de posibilidades de producción” (FPP) a las cantidades máximas que puede alcanzar una economía dados los factores de producción y las tecnologías del proceso. Estas **cantidades implican opciones**, justamente por el principio de escasez de los recursos. Su graficación se hace ubicando en las abscisas (x) uno de los productos y en las ordenadas (y) otro de ellos (Samuelson y Nordhaus, 1996:10). Dada una sociedad con una economía determinada frente a la opción de producir alimentos y bienes suntuarios se expresa gráficamente [Cuadro 4.a y 4.b].

Frontera de posibilidades de producción de los bienes. Formación de la curva



Cuadro 4.a

Cada punto indica la posibilidad de producir ambos bienes en la cantidad que indica su respectiva escala y señala el “menú de opciones de una sociedad”.

Al unir los puntos A a E se forma la curva “frontera de posibilidades de producción”. Así los puntos que quedan fuera de ella son inalcanzables y los que quedan por debajo indican recursos no utilizados o mal utilizados (ineficiencia).

Posibilidades de producción

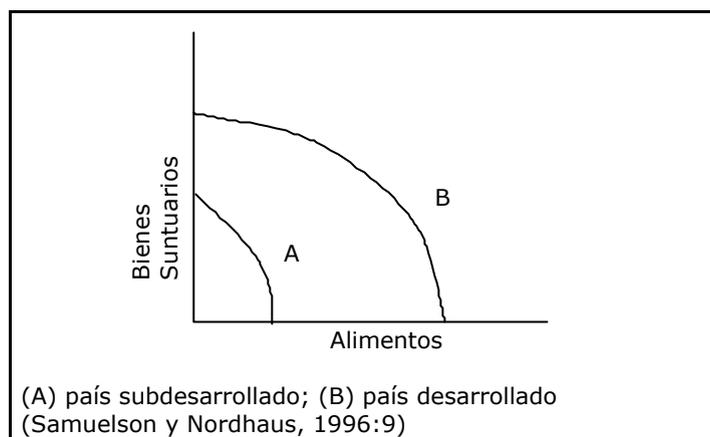
Posibilidades	Alimentos (millones Tn)	Bienes suntuarios (miles)
A	0	15
B	1	12
C	2	9
D	3	6
E	4	3
F	5	0

(Samuelson y Nordhaus, 1996:9), modificado.

Cuadro 4.b

El crecimiento económico desplaza la curva de FPP hacia la derecha del cuadro 4.c.

Frontera de Posibilidades de Producción de los bienes. Desplazamiento según el grado de desarrollo



Cuadro 4.c

La clasificación de los bienes (al decir bienes se incluyen “bienes y servicios”) tiene varias dicotomías, así:

- necesidades y bienes suntuarios;
- bienes privados y bienes públicos;
- consumo e inversión.

Entre los bienes, uno de los más sustanciales e irrecuperable, es el tiempo, el usado para una cosa no lo es para otra.

En el marco de la Frontera de Posibilidades de Producción (FPP) puede decirse que la eficiencia se da cuando una sociedad no puede aumentar la producción de un bien sin reducir la de otro, es decir que se encuentra en esa frontera, sin puntos por debajo de la curva y ella representa “el menú de opciones de esa sociedad” (Samuelson y Nordhaus, 1996:12).

En este contexto de opciones, se ubica la financiación de la Salud Pública en general y la de la Atención Médica en particular.

5.- Diversos factores llevan a requerir una mayor financiación

La financiación es la forma de sufragar los gastos de una actividad o inversión. Expresa en valor monetario la suma del precio de cada tipo de recurso que esa actividad o inversión requiere. Su objetivo en la Atención Médica (AM) es disponer de fondos para facilitar la accesibilidad a ese servicio y evitar que haya quienes no accedan por no poder pagar o se empobrezcan al hacerlo (OMS, 2000:109).

Las personas, familias, grupos y sociedad en su conjunto, asumen, total o parcialmente, la financiación del cuidado de su salud y de la atención de la enfermedad. Esa financiación compromete una parte, mayor o menor según las circunstancias, de los ingresos de cada una de esas unidades sociales.

La financiación de la AM tiende progresivamente a aumentar por diversos factores:

- a) Factores demográficos:** el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población así como la creciente urbanización, generan, respectivamente, una mayor carga de enfermedad y un acceso menos dificultoso a los servicios.

- b) **Factores culturales:** la mayor difusión de los progresos de la medicina y la conciencia creciente del derecho a la salud. Esta última es impulsada por los aportes a la Seguridad Social.
- c) **Factores de la oferta:** el aumento del número de profesionales, personal sanitario y establecimientos asistenciales; la creciente especialización y subespecialización así como los progresos en diagnóstico y tratamiento son impulsados por la investigación científico-tecnológica, la puesta en el mercado y difusión por los medios, **su estudio y aplicación**, por el cuerpo profesional.

Tanto los dos primeros factores, que tienden a aumentar la demanda, como el tercero que al aumentar la oferta genera mayor demanda, requieren, más recursos financieros. Éstos serán ineficientes si no van acompañados de una mejor gestión.

Esta gestión, en la sociedad en su conjunto, depende de la política que la inspire. Según los tiempos y los países tiende a ser más liberal o más socializada. Este último enfoque es aplicado aún en países de predominio político liberal. Así, en el Reino Unido, con el acceso del partido Laborista al poder, en la post Segunda Guerra Mundial, se desarrolló un Servicio Nacional de Salud financiado con fondos de la recaudación general y organizado en niveles de atención coordinados entre sí. En EEUU, con larga trayectoria de seguros privados de Atención Médica, llegó un momento³ en que hubo que crear sistemas solidarios como el Medicare, para mayores de 65 años, y de Medicaid, para sectores de pocos recursos, financiados con fondos federales y de los estados de la Unión.

El sector de AM, por ser imprescindible en todos los países, incluyendo Argentina, tiene mayor o menor grado de financiación socializada.

El gasto en Salud se basa en la financiación de la Atención Médica, la del Saneamiento Ambiental así como la que suman la Medicina del Trabajo y la Higiene y Seguridad Laboral. Se hará referencia, en este acápite, sólo a la primera.

6.- La financiación depende de diversos factores

La financiación depende de (OMS, 2000:109):

- a. **La recaudación de fondos.** Según el sistema de AM dependerá de las rentas generales provenientes de los impuestos, de las contribuciones y aportes de la Seguridad Social (SS), de las primas pagadas a los seguros privados o de los pagos directos de bolsillo, o de una combinación de algunos de estos. La financiación por rentas generales depende del régimen impositivo, la coparticipación de las jurisdicciones mayores hacia los menores (nación a provincias, provincias a municipios) y del grado de evasión. Las contribuciones y aportes de la SS dependen de su pago oportuno, la cancelación de las deudas morosas y de la magnitud del trabajo en negro. En los países menos desarrollados juegan un importante papel los organismos internacionales y fundaciones a través de donaciones, por ejemplo: en Uganda (1993), el 40% y en Gambia (1994) el 84% de la financiación dependió de esa fuente a través de proyectos especiales (OMS, 2000:110).
- b. **La fluidez de los fondos.** El subsector estatal de AM así como el de Obras Sociales (OOS) argentinas, ya sean nacionales o provinciales, dependen de la tesorería de la jurisdicción, donde se concentra la distribución de los fondos presupuestados. Su disponibilidad de efectivo como también sus prioridades, suele demorar o fragmentar los pagos a los prestadores.
- c. **La mancomunación de recursos** es la concentración de la financiación en fondos comunes para distribuir el riesgo financiero. Es lo opuesto a los sistemas de ahorro individual, como hay en EEUU y Singapur. Los fondos comunes permiten los subsidios cruzados entre personas de bajo riesgo hacia los de alto riesgo de requerimientos asistenciales. El entrecruzamiento de subsidios por riesgo entre grupos sociales no siempre coincide con el cruce por ingresos. Es decir, se dan casos en que personas de bajos ingresos subsidian a otras de altos. Claro ejemplo, en Argentina, es cuando los aportantes de menores ingresos

³ Los efectos de la crisis de 1930, recién concretado en lo que hace a AM en la década de 1960.

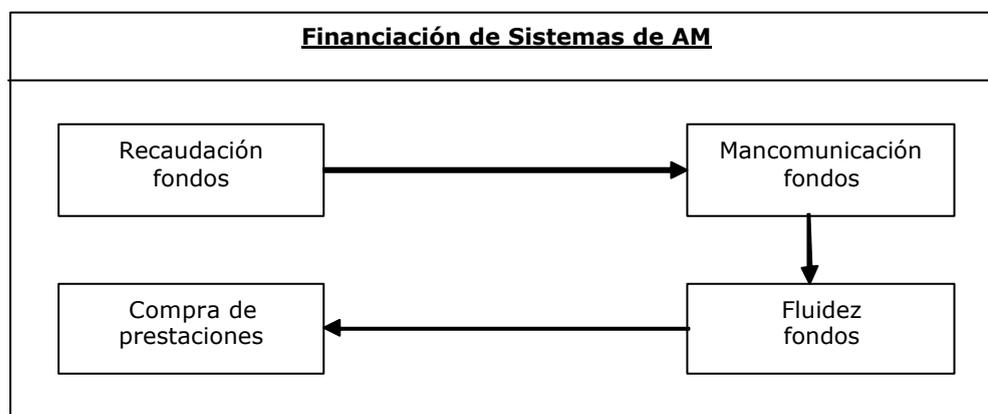
de una obra social recurren al subsector estatal sin hacer uso del beneficio en el subsector contratado por ella. Ello, por no poder pagar el coseguro. Además el efector estatal estuvo inhibido de cobrar a la obra social por la asistencia a sus beneficiarios. Mientras tanto los de mayores ingresos de la misma institución, que pueden pagar el coseguro, usan el beneficio contratado, que se paga con aportes de todos, entre ellos de los que acudieron al subsector estatal. Esta inversión de la solidaridad se corrige con la habilitación de los efectores estatales para cobrar a las obras sociales por la asistencia a sus beneficiarios. Otro mecanismo es que la obra social exima a los de menores ingresos del pago del coseguro.

Entre instituciones de SS hay formas de compensar diferencias de capacidad financiera para aquellas con promedios de salarios bajos, mediante fondos compensadores como hay en Colombia, los Países Bajos y Argentina. En esta última las leyes de OOSS establecen un aporte de todas las de carácter nacional a un Fondo Solidario de Redistribución.

Los fondos comunes pueden ser varios o uno sólo. Este último es el caso del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y el Instituto de Seguridad Social de Costa Rica (OMS, 2000:115).

Cuando son varios es preciso que sean fondos de gran tamaño, es decir de una cantidad de beneficiarios del orden de los 50.000 o mayor. La fragmentación excesiva genera numerosos fondos pequeños con dificultades de recaudación y contratación de servicios, con altos costos administrativos e incapacidad para responder a prestaciones de poca frecuencia y alto costo.

- d. **La compra de prestaciones** puede considerarse en dos niveles: el de los financiadores que contratan para la cobertura de sus beneficiarios y el de los prestadores que deben proveerse de recursos humanos, bienes y servicios. La OMS diferencia la compra pasiva atendida al presupuesto y la facturación, de la compra estratégica que busca activamente la mayor eficiencia (OMS, 2000:121). Esta diferencia se puede aplicar a ambos niveles [Cuadro 6.a].



Cuadro 6.a

7.- El financiamiento de la Atención Médica tiene diversas fuentes

Hasta el siglo XIX la fuente de financiamiento de la Atención Médica para los sectores sociales altos y medios era el pago directo del usuario. A través de los siglos, como se ha expuesto en el primer capítulo, se desarrollaron servicios de internación y ambulatorios a cargo de los estados, organizaciones civiles, gremiales y religiosas, para los sectores de menores recursos.

El progreso de la Medicina, la conciencia del derecho a la salud y el aumento de la demanda de asistencia impulsaron la creación de sistemas más extendidos de salud y entre otras estrategias, la del pago anticipado de servicios.

Es así como las fuentes de financiamiento de la AM pueden clasificarse, en primera instancia, como de pago anticipado o pago directo:

- a. **Pago anticipado:** comprende tres tipos principales de mecanismos: el pago al Estado a través de impuestos, los aportes y contribuciones obligatorias a la seguridad social y las primas voluntarias a los seguros mutuales o comerciales.
- b. **Pago directo:** es el pago procedente del bolsillo del usuario en oportunidad de demandar el servicio.

El pago directo es el que prevalece en los países que no han logrado una organización extendida de la AM por factores relacionados con el subdesarrollo. Por cierto, se da en muchos países desarrollados entre los sectores con gran poder adquisitivo.

En el primer caso la accesibilidad se restringe a sectores pudientes, que son minoría en la población. Por lo general en estos países hay sistemas que tienden a cubrir los gastos para la prevención o asistencia de las enfermedades prevalentes (vg. inmunizaciones, TBC, paludismo, ETS).

“La equidad en cuanto a la protección del riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización” (OMS, 2000:112).

El pago anticipado tiende a esa separación al menos el correspondiente a impuestos y a aportes-contribuciones, ya que el pago tiende a ser proporcional a los ingresos y se reúne en un fondo común contribuyendo a la distribución del riesgo financiero. Por el contrario el pago directo identifica contribución y utilización, no hay separación alguna, y consecuentemente no alcanza la equidad.

8.- El gasto en salud se mide en relación al Producto Bruto Interno

Se llamará gasto en salud, en este acápite, a los valores monetarios que se erogan en Atención Médica, comprendiendo los que corresponden a los efectores personales e institucionales de todos los subsectores y niveles así como los emergentes de los programas preventivos y especiales de ese rubro. En general ellos involucran a las inversiones en edificios y equipamiento pesado.

Confluyen al sector AM otros gastos que no se computan en este rubro: los utilizados en la formación básica de los recursos humanos que se ubican en el rubro Educación y los erogados en investigación, que lo hacen en el rubro Investigación y Desarrollo.

La forma habitual de medir el gasto en salud es en proporción al Producto Bruto Interno (PBI)⁴. En esos términos el gasto en salud viene aumentando en forma sostenida en casi todos los países del mundo, en especial en los desarrollados [Cuadro 8.a].

Gasto en Salud en proporción del PBI. Países desarrollados seleccionados y Argentina. 1972, 1982 y 1992 y variaciones

País	1972	1982	1992	Variación (%)	
				1982/72	1992/82
EEUU	7,6	10,3	14,0	36	36
Japón	4,8	6,8	6,9	42	3
Reino Unido	4,7	5,9	7,1	26	20
Alemania	6,5	8,6	8,7	32	1
Italia	5,9	6,9	8,5	17	23
España	4,4	6,0	7,0	36	23
Argentina*	7,7*	6,7*	7,3*		

*Argentina corresponde a 1970, 1980 y 1993
(OCDE, 1994:37) y (González García y Tobar, 1997: 362)

Cuadro 8.a

⁴ El Producto Bruto Interno (PBI); en inglés GNP: Gross Nacional Product) es la suma de toda la producción llevada a cabo en un país para lo cual se agrega el gasto interior y las exportaciones y se restan las importaciones. Se expresa en valor monetario, habitualmente dólares estadounidenses. Hay varias formas de obtener la sumatoria (Congdon y Mc Williams, 1982).

La tendencia en los países desarrollados en el sentido de aumentar y extender la cobertura de AM aumentó el gasto en salud promedio del 3% del PBI en 1948 al 7,9% en 1997 (Mundell, 1968: 109). Una forma más precisa de evaluar el gasto en salud es expresado en U\$A (PA) per cápita [Cuadro 8.b].

Gasto en Salud en U\$A-PA-2001 per cápita. Países seleccionados. 1999*

Países	U\$A/PA 2001	Países	U\$A/PA 2001
PAISES DESARROLLADOS		PAISES DE AMERICA LATINA	
EEUU	4887	Argentina.	1130*
Japón	2131	Chile	792
Reino Unido	1989	México	544
Alemania	2820	Colombia	356
Italia	2204	Brasil	573
España	1607	Perú	231
PAISES DE ALTO CRECIMIENTO		Paraguay	332
Corea	948	Bolivia	125
China	224	OTROS PAISES	
India	80	Rusia	454
Bangladesh	58		

*antes del cese de la convertibilidad.
(PNUD, 2004:156).

Cuadro 8.b

9.- El Managed Care intenta integrar financiación y asistencia

Las estrategias de Asistencia Gestionada (Managed Care) se desarrollaron en EEUU en la década de 1980 para el control del aumento de los costos de la AM. Se caracteriza por una limitación en la libre elección de grupos de profesionales y efectores contratados por las instituciones financiadoras, por una coordinación tendiente a modificar los patrones de utilización y un mecanismo para compartir los riesgos e incentivos con los prestadores (Spitz cit en Del Llano, 1999:219).

Al trasladar los riesgos financieros a los prestadores éstos están obligados a considerar sus decisiones clínicas a la luz de los costos. En el Reino Unido se llamó budget-holding (responsabilidad presupuestaria) a la responsabilidad económica de los médicos generales (Del Llano, 1999).

Se trata de un cambio sustancial ya que previo a su aplicación, los seguros privados, prevalentes en los EEUU, operaban con libre elección y pago por prestación. El pago por capitación o cartera fija limitó la elección y trasladó gran parte del riesgo financiero a los agrupamientos de prestadores. La reducción de costos sin detrimento de la calidad se constató en algunos HMO (Health Maintenance Organizations, o "Group and Staff). No tanto en los otros tipos de organizaciones como la Independent Practice Associations (IPA) y los Preferred Provider Organizations (PPO) y sus resultados siguen siendo discutidos (Del Llano, 1999:224).

G. González García y F. Tobar, después de resumir los estragos que produjeron a la Humanidad la peste negra y la peste blanca (TBC), introducen los problemas que genera la "peste verde". Como una pandemia, desde la década de 1970, tiende a expandirse por el mundo: "el aumento de los costos en la nueva peste (verde)" (González García y Tobar, 1997:350). Los pueblos la padecen y los políticos se desorientan. Ni las personas ni los países pueden pagar casi sus gastos en AM. Como contradiciendo a Camus, al cerrar su obra sobre la peste, los autores mencionados concluyen: "Como siempre nos libramos de la peste. De cualquier color que sea" (González García y Tobar, 1997:351).

Esta "peste verde" es parte de la "nueva cuestión social" que recuerda a la vivida por los países más desarrollados en la segunda mitad del siglo XIX. En el caso actual se trata de la permanencia de viejas desigualdades en parte atemperadas y la multiplicación de nuevas como por ejemplo el aumento de la desocupación, el empobrecimiento de la clase media, la relativa marginación de la tercera edad, las víctimas de catástrofes y los de determinaciones genéticas. Esta situación pone en crisis al Estado providencia (Welfare State) que tuvo su cumbre entre 1950 y 1970 en los países

desarrollados. A partir de ese período, dice Rosanvallon mientras los gastos de salud crecían entre el 7 y 8% por año. Los ingresos sólo alcanzaban a hacerlo entre el 1 y 3%. La brecha se cubrió con el aumento de impuestos o cotizaciones (Rosanvallon, 1995:7).

Sin embargo el planteo de Rosanvallon va más allá de los problemas de gestión y financiación de los seguros de salud y sociales, a un planteo ideológico y político. Concibe al Estado Providencia como la expresión de una sociedad aseguradora, como una máquina de indemnizar (1995:11).

Así el “Estado Providencia pasivo” viene sosteniendo un derecho a la compensación y cobertura por los riesgos hechos realidad, como la enfermedad. El “Estado providencia activo” promovería un derecho a la inserción que, aún usando esos mecanismos también personalice sus mecanismos para atender situaciones particulares. Estas situaciones, en cierta forma, debilitan la solidaridad y los seguros sociales tienden a separarse de ellas. Se hace necesario, entonces, un nuevo contrato social que lleva a un enfoque político que exprese real representatividad para ser legitimado (Rosanvallon, 1995:12).

10.- En Argentina el gasto en Atención Médica es normal en términos proporcionales al PBI

En Argentina, tal como se señaló al describir la evolución de la Atención Médica, se fueron acumulando y superponiendo sistemas diversos de financiación.

La proporción del gasto en salud respecto del PBI se indicó para la Argentina en el Cuadro 8.a. El gasto estatal en Atención Médica se incluye en el campo del gasto social que comprende diversos rubros [Cuadro 10.a].

Argentina. Gasto Público Social. Por rubros. 1999

Rubros	En miles de millones de \$
Gasto Público Social	56,9
Educación, cultura, ciencia y técnica	13,4
Salud	13,1
Agua potable y alcantarillas	0,5
Vivienda y urbanismo	1,4
Promoción y Asistencia Social	3,5
Previsión Social	22,5
Trabajo	2,5

(Ámbito Financiero, 1999:12).

Cuadro 10.a.

El monto y distribución según subsectores financiadores de AM se fue modificando según la evolución arriba referida y su medición haciéndose más compleja. Entre principios y fines de la década de 1970 se hicieron estimaciones bajo el patrocinio de la OPS (FEMEBA, 1998) [Cuadro 10.b].

Argentina. Gasto en AM según subsectores financiadores. En porcentaje. 1970/71 y 1980*

Subsector financiador	Porcentaje		Variación (%)
	1970/71	1980	
Estatel	20,3	30,1	+79,8
OOSS	29,7	35,8	+54,5
Privado directo	50,0	34,1	-29,9
Total	100,0	100,0	-

*El gasto total de 1980 fue de U\$A (1970) 2.692 millones. (FEMEBA, 1998).

Cuadro 10.b

11.- El gasto de AM en Argentina fue aumentando aceleradamente.

La evolución de las coberturas desde la década de 1990 volvió a cambiar el origen de los ingresos [Cuadro 11.a] al mismo tiempo que aumentaba el gasto total [Cuadro 11.b].

Argentina. Gasto en AM según subsectores financiadores. En porcentaje 1980^(a) y promedio 1995-2005^(b)

Subsector financiador	Porcentaje	
	1980	1995-2005
Estatal	30,1	22,0
OOSS	35,8	34,0
Privado directo	34,1	43,0
Total	100,0	99,0

a) FEMEBA (1998) y b) Mera, J.A. y Bello, J. (2003).

Cuadro 11.a

En estas dos décadas vuelve a subir la proporción del gasto privado directo en virtud de una significativa reducción del estatal y una pequeña disminución en el gasto de OOSS.

Argentina. Gasto total, porcentaje del PBI y gasto per cápita en AM. Evolución entre 1995-2001 y 2003

Año	Gasto (millones \$)	% PBI	Gasto/habitante/año (\$)
1995	22105	8,6	635,8
1996	22205	8,2	630,5
1997	23701	8,1	652,9
1998	24472	8,2	677,4
1999	24840	8,7	678,7
2000	24193	8,5	653,3
2001	22060	8,2	609,0
2003	27833*	7,3*	752,0**

-Hasta enero de 2002 tuvo vigencia la convertibilidad, que equiparaba 1\$ a 1 U\$A. Los gastos del 2003 corresponden a pesos devaluados como consecuencia de esa decisión. *estimado; **población de 37.486.929 habitantes.
-Mera, J.A y Bello, J. (2003:84); Gonzáles García, G. y Tobar, F. (2004:362).

Cuadro 11.b

12.- La distribución de ingresos y gastos en Argentina motivó una “puja distributiva”.

Como lo señala el documento citado, en 10 años el gasto privado directo se transfirió casi en un 30% al subsector estatal y de OOSS. En los primeros años de la década de 1980 la proporción de las OOSS siguió subiendo siendo lícito pensar que el fenómeno se relaciona con el ordenamiento de estas instituciones solidarias a partir del Decreto-Ley 18.610 (1970). Como también se ha señalado, el grueso de los recursos del subsector de OOSS se volcó a pagar servicios en el subsector privado prestador, de dónde es acertada la afirmación del documento en el sentido de que 2/3 del monto se gastaban en ese último subsector y 1/3 en los efectores propios del subsector prestador estatal.

La distribución según rubros de los ingresos, pasada la mitad de la década de 1980, fue calculada por FEMEBA [Cuadro 12.a].

Argentina. Distribución del gasto en las OOSS, incluyendo coseguros. 1987. En porcentaje

Rubros y subrubros	Tasas uso benefic./año	Parciales	Totales
Honorarios Médicos	-	-	23,04
Consultas	4,44	10,00	-
Domicilios	1,31	3,31	-
Prácticas médicas	0,68	4,05	-
Radiología ambul. *	0,56	3,28	-
Prácticas quirúrgicas. *	-	2,40	-
Gastos Sanatoriales	0,22	-	28,04
Laboratorio ambulat.	3,46	-	6,56
Medicamentos ambulat.	5,16	-	42,36
Total	-	-	100

* suma honorarios y gastos.
No se incluyen el gasto odontológico, aranceles diferenciados, servicios directos ni medicamentos autoprescritos.
(FEMEBA, 1998)

Cuadro 12.a

En ese esquema, el gasto de las OOSS era del orden de los U\$A (paridad del mercado libre) 104,79 y había aumentado a 115,76 por beneficiario y año.

Para ese entonces, en virtud de la alta proporción del gasto en medicamentos y de la reducción de la de honorarios médicos de 26,2% (enero 1984) a 23%, la FEMEBA planteaba la puja distributiva e insinuaba que la satisfacción probable de los beneficiarios debía correlacionarse con la satisfacción de los prestadores.

Citas bibliográficas

- Congdon, T. y Mc Williams, D., *Diccionario de Economía*. Barcelona, Grijalbo, 1982.
- Del Llano, Señarís y otros, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Dirección Nacional de Programación del Gasto Social. Secretaría de Programación Económica y Regulación, citado en *Ámbito Financiero*, 13 de diciembre de 1999.
- FEMEBA, *Distribución de recursos en el gasto de la Atención Médica*. FEMEBA Hoy, documento 2, La Plata, 1998.
- González García, G. y Tobar, F. *Más salud por menos dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Grupo Editorial Latinoamericano. ISALUD, 1997.
- González García, G. y Tobar, F., *Salud para los argentinos*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- Mera, J. A. y Bello, J., *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción*. Buenos Aires, OPS, 2003.
- Mundell, R., *El hombre y la economía*. Buenos Aires, Amorrortu, 1968.
- OCDE. *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, París, OECD, 1994.
- OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Informe sobre la salud en el mundo, Ginebra, 2000.
- PNUD. *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Informe sobre el Desarrollo Humano 2004. New York, Mundi Prensa, 2004
- Rosanvallón, P., *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Manantial, 1995.
- Samuelson, P.A. y Nordhaus, W.D., *Economía*. Madrid, Mc Graw Hill, 1996.