

REPENSANDO EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Por Walter Rosales

En Argentina, se invierte en salud el 9% del producto (unos U\$S 1.100 per cápita), similar al de Reino Unido, pero superior al nivel de Chile (7% del PIB) y al de Uruguay (8% del PIB), por solo mencionar algunos países. Sin embargo, los resultados no parecen estar acorde con la inversión. Indicadores representativos muestran un magro desempeño respecto a los países mencionados. La tasa de mortalidad materna se encuentra en 35 c/100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año se encuentra en 11 c/mil nacimientos. La esperanza de vida al nacer (medida que se reconoce representativa del estado de salud agregado de la población y por ende del sistema de salud) alcanza en Argentina los 77 años. Es superada por Uruguay y Chile y casi igualada por Paraguay cuyo PIB per cápita es de casi un tercio del argentino.

Los contrastes en materia de asignación de recursos son también destacables. La cantidad de médicos y de camas cada 10.000 habitantes es de 39 y 47 respectivamente.

Estos son niveles muy superiores a los del Reino Unido o Canadá.

A su vez, se estima que habría alrededor de 30 tomógrafos por millón de habitantes, entre 2 o 3 veces más que en los países citados. Sin embargo, la cantidad de enfermeros y parteras en relación a la cantidad de médicos es muy baja, en torno a 0,1 enfermeros por médico, mientras que otros países se observa lo inverso. La existencia de un número de enfermeros y parteras adecuado es crucial para el óptimo tratamiento de los pacientes y sus patologías.

¿Quién hace qué?

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por una marcada fragmentación (provisión a través de la seguridad social, la medicina prepaga, el acceso directo a servicios privados de salud y la provisión pública). El sector público participa con el 35% del gasto total en salud. Este gasto es realizado por los tres niveles de gobierno, quienes suelen tomar iniciativas individuales y con escasa coordinación en políticas de promoción y prevención y en la prestación de servicios de salud.

En el extremo, se observan maternidades sin la disponibilidad de profesionales capacitados, de quirófanos o de sangre para eventuales hemorragias y potencialmente peligrosa para la salud de la madre y el niño. De igual forma, se advierten casos de neonatologías con equipos de alta complejidad pero sin especialistas médicos. Lo señalado representa una asignación de recursos ineficiente.

La contracara son los hospitales preparados para la máxima complejidad atestados de casos menos complejos que perfectamente podrían ser atendidos en centros de salud municipal, tal vez más tempranamente y a menor costo. En los hospitales los servicios compiten por recursos escasos sin la visión de una política integral.

El hospital público: entre las prioridades y las políticas de fondo

Que el hospital público esté limpio, disponga de médicos, medicamentos e insumos podría ser una prioridad de los policy makers. Sin embargo debe pensarse su rol en el conjunto del sistema de salud.

La falta de precisión en cuanto a prestaciones y población objetivo a cubrir, deriva en un racionamiento de la cantidad de prestaciones a brindar. La lista de espera por diversos servicios es un hecho estilizado.

CAPÍTULO III. SOBRE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Como caso ilustrativo puede mencionarse lista de espera para operación de vesícula (litiasis biliar) que puede alcanzar hasta 12 meses, aparejando complicaciones importantes y hasta la muerte del paciente. Bajo ciertas condiciones, iniciativas tales como la cirugía mayor ambulatoria (alta del paciente en el mismo día de la operación) podrían atenuar el problema. La reducción en 1 día en la estadía media de internación pos quirúrgica, supondría un aumento de la capacidad prestacional de alrededor del 20%.

Respecto del financiamiento y la asignación de recursos, suele observarse críticamente el modelo incrementalista del presupuesto público por la falta de incentivos que genera. También debe añadirse que alrededor de un 30% de los pacientes atendidos en hospitales públicos tienen algún tipo de cobertura de salud. Sin embargo, es escaso el recupero de las prestaciones realizadas. Debe revisarse el modelo de gerenciamiento, otorgando mayores potestades en las decisiones a nivel de efector, garantizando los incentivos a obtener recursos propios y a decidir sobre su aplicación.

Explicitando políticas de salud

Es necesario optimizar la asignación de recursos. Un camino es lo que se conoce como racionamiento explícito (en contraposición al racionamiento implícito que caracteriza al hospital público). Se priorizan los recursos disponibles definiendo un paquete prestacional y la población objetivo. La medicina basada en la evidencia podría hacer una contribución importante a estas definiciones costosas políticamente. Por ejemplo, dirigir los esfuerzos a garantizar los controles en los embarazos, disminuiría complicaciones posteriores tales como bajo peso al nacer, prematurez o muerte neonatal.

Cuando se piensan programas sanitarios debe tenerse en cuenta la capacidad efectiva del sistema de salud para implementarlas. ¿Cuáles es la capacidad prestacional de los efectores públicos para responder a la demanda de la sociedad de salud reproductiva? por citar un caso.

Más aún, las políticas públicas deben tener en cuenta las barreras al acceso de la población. Probablemente quienes sean los destinatarios de los programas de salud, no pueda acceder a estos servicios por barreras de diversa naturaleza (financieras, culturales, informativas, geográficas, etc.).

Hay casos de políticas que han seguido los lineamientos señalados. El Programa SUMAR ha avanzado en garantizar cobertura de salud para más de 13 millones de habitantes sin ningún tipo de seguro de salud formal. Su paquete de prestaciones fue priorizado en base a estudios previos, y su diseño de implementación ha introducido mecanismos de incentivos para garantizar resultados deseados.

A futuro

Por lo expuesto, es necesaria una revisión integral del sistema de salud preparándolo para el futuro.

Dado el crecimiento en la expectativa de vida y la disminución en las tasas de natalidad, el envejecimiento de la población será más marcado. Esto acarrea un aumento de los gastos en salud. Cómo financiar el mayor gasto será uno de los problemas a resolver.

Las enfermedades del futuro serán las crónicas. Durante más años la población convivirá con enfermedades tales como diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, entre otras. Será necesario adecuar el sistema de salud, pasando de lo agudo a lo crónico. Tal vez en lugar de

CAPÍTULO III. SOBRE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

ser el hospital público el centro de la oferta pública de salud, se requiera complementariamente de establecimientos de salud más pequeños, con menor complejidad y más cerca de la población.

