

Inequidad en el sistema  
de salud argentino:

# El PMO y las reglas de cobertura



Por el **LIC. JORGE COLINA**  
Investigador del Instituto para el  
Desarrollo Social Argentino (IDESA).

La eficiencia y la equidad son los problemas centrales que enfrentan la economía y la política. La eficiencia es la posibilidad de obtener los mejores resultados finales por medio de los menores esfuerzos o costos posibles. La equidad es un concepto menos preciso. Tiende a ser confundida con la igualdad, pero en rigor desde el punto de vista de la teoría de la justicia distributiva la equidad es dar a cada uno lo que es debido.

Más allá de disquisiciones académicas, filosóficas y políticas en torno a la relación entre eficiencia y equidad -donde algunos enfoques los plantean como contradictorios, otros como complementarios- es aceptado que cualquier nivel básico de equidad requiere un nivel básico de eficiencia. Esto se explica porque eficiencia y equidad son producto y expresión de una misma causa: la escasez. La escasez de recursos y tiempos exige ser eficientes en la producción para poder alcanzar algún grado de equidad en la distribución. Como contraejemplo sirve pensar en un mundo imaginario de inagotable abundancia donde hay de todo, para todos, todo el tiempo; sólo en ese mundo imaginario no hay razones para ser eficientes, ni tampoco para preocuparse por la equidad, dado que "hay para todos, todo el tiempo". En ese mundo, sin escasez, no haría falta la economía. Como la realidad es con recursos escasos, la equidad requiere de la eficiencia.

La tendencia a asociar equidad con igualdad surge del conjunto de valores que las sociedades democráticas modernas abrazaron en el siglo XVIII. Bajo la forma de declaraciones de derechos, se consagró la igualdad en sentido "formal", esto es, igualdad como "igualdad ante

la ley". Luego, en el siglo XX se advierte que la mera igualdad ante la ley puede ser un avance importante, pero insuficiente para garantizar igualdad material. Esto llevó a concebir la igualdad como "igualdad material" plasmándose en las Cartas Magnas y las leyes como "derechos de contenido material" o "derechos de prestación".

Este tipo de "derechos de prestación" son muy atractivos desde el punto de vista político porque generan una aceptación casi automática en la mayoría de la sociedad. Sin embargo, también son la raíz de dos problemas que quienes proponen la celebración de derechos tienden a soslayar. En primer lugar, el ejercicio de los derechos requiere, como *condición necesaria*, que existan los medios materiales para financiarlos. En segundo lugar, se necesita que el derecho esté bien definido y que su contenido no tienda a expandirse infinitamente, de lo contrario, los recursos necesarios tenderán a crecer por encima de la capacidad (o la voluntad) de pago de los que deben financiarlos. Este doble problema pone de manifiesto que, en busca de la equidad, no toda buena pretensión puede convertirse en derecho, y un derecho no puede tener contenidos infinitos, sin afectar la eficiencia.

## ■ EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

La eficiencia y la equidad son el resultado de las reglas de juego. Esto es un argumento que surge con el denominado "enfoque institucional" que ha tenido un vasto y profundo desarrollo teórico. Entre los referentes más conocidos, por la profundidad y difusión de sus análisis, se destaca Douglas North, quien recibió en 1993 el Premio Nobel de Economía. El desarrollo teórico de este

En este número de la serie Enfoques se aborda el tema de la inequidad en el sistema de salud argentino. El análisis coloca una mirada crítica a las reglas de juego con las que se definen el Programa Médico Obligatorio (PMO) y los mecanismos de cobertura. Se trata de un caso paradójico de reglas que, a pesar del objetivo cargado con un alto contenido discursivo de equidad, generan el impacto contrario: una fuerte inequidad. Las recomendaciones apuntan hacia una articulación de las reglas de cobertura para que las personas tengan acceso efectivo al PMO, en lugar de seguir insistiendo con la superposición de coberturas.

enfoque parte de la idea de que las instituciones son ineficientes cuando favorecen -a través de códigos de conductas y normas formales e informales- abrumadoramente las actividades redistributivas no productivas, crean monopolios en vez de competencia y restringen oportunidades en lugar de acrecentarlas. La ineficiencia persiste, por los altos costos de negociación entre los agentes políticos y económicos, y porque los valores y los modelos mentales y subjetivos de las personas se vuelven "eficientes" en generar y proteger las reglas de juego que hacen a la sociedad cada vez más improductiva<sup>1</sup>.

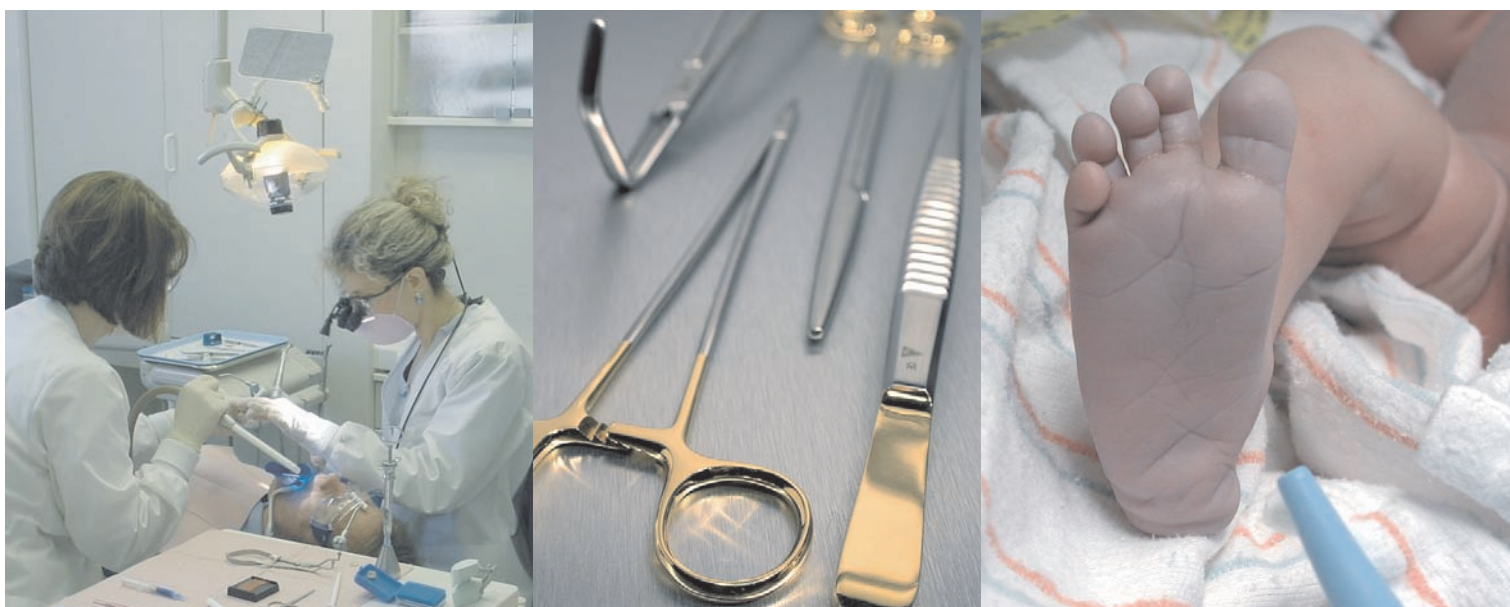
El enfoque institucional no termina aquí. Indaga sobre evidencias que dan soporte a sus afirmaciones, sobre los posibles factores explicativos, y, como todo conjunto de ideas, no está exento de polémicas y refutaciones. Pero es un instrumento útil y aplicable para analizar la inequidad del sistema de salud argentino desde la óptica de que el sector salud en Argentina podría estar sufriendo inequidad producida (o, al menos, profundizada) por la ineficiencia de sus reglas de juego. En particular, es soste-

nible la hipótesis de que las definiciones que se toman en los contenidos del Programa Médico Obligatorio (PMO) y las reglas de cobertura del sistema de salud generan inequidad porque son ineficientes.

#### ■ EL PMO Y LAS REGLAS DE COBERTURA

El sistema de salud argentino cuenta con una gran valoración en la sociedad a pesar de que sus periódicas crisis han producido degradación en la calidad de los servicios. Sólo una parte de la población recibe servicios adecuados. En general, es población de ingresos medios y altos. Por el contrario, la población de menores niveles de ingresos encuentra muchas dificultades para acceder a servicios de salud dignos. En respuesta a esta realidad, las tendencias de las políticas públicas en salud en los últimos años no pusieron énfasis en la transformación de las reglas de juego. Por el contrario, en respuesta a la crisis de cobertura y de calidad se tendió a su profundización. Este esquema puede describirse en base a los siguientes lineamientos básicos:

1. NORTH, Douglas: *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, 1990. Edición en español Fondo de Cultura Económica, 1993.



✓ **Programa Médico Obligatorio.** El PMO es un conjunto integral de prestaciones, con muy pocas definiciones en torno a límites y exclusiones, y donde la filosofía central es que *todo lo que no esté expresamente excluido se entiende que está incluido*.

✓ **Regla de cobertura.** Todas las personas, por su sola condición de ciudadanos, tienen derecho a la atención médica. Como respuesta operativa a este "derecho prestacional" se establece que los hospitales públicos serán financiados con fondos del Estado y serán de "puertas abiertas", es decir, cualquier persona por su sola condición de ciudadano puede utilizarlos. También establece que los ciudadanos que trabajen en relación de dependencia tendrán derecho a recibir atención médica de las obras sociales para lo cual son obligados a hacer aportes salariales. Finalmente, las personas que deseen hacerlo pueden contratar una cobertura privada en la medicina prepaga para lo cual deben desembolsar recursos de su presupuesto familiar; estas personas pueden derivar parte de su aporte de obra social a la cobertura privada y complementar el precio del plan con recursos privados.

La letra de la ley dice que el PMO es aplicable sólo a las obras sociales sindicales, de personal de dirección y a la medicina prepaga. Por extensión interpretativa, la sociedad entiende (y también lo entiende así el Poder Judicial cuando emite sus fallos) que las prestaciones que deben brindar las obras sociales que no están enmarcadas den-



tro de las anteriores y los hospitales públicos son asimilables a la del PMO, en términos de integralidad y carácter ilimitado por defecto, o sea, de que todo está incluido a menos que esté expresamente excluido.

Así, entonces, la combinación de reglas entre el PMO y los mecanismos de cobertura derivan en un marco institucional en donde las personas son sujetos de un "derecho prestacional" amplio y superpuesto. En teoría: a) todos tienen derecho a ser atendidos en el hospital público, en su condición de ciudadanos; b) la mitad de la población tiene derecho a ser atendida, además de en el hospital público, en las

obras sociales en su condición de cotizante a la seguridad social; c) un 10% de la población tiene derecho a ser atendida, además de en el hospital público y en las obras sociales cuando derivan aportes, en las empresas de medicina prepaga.

La multiplicación de coberturas no sería un problema si es que el PMO estuviese articulado. Esto es, cada cobertura brinda una parte del PMO y en la suma de todas las coberturas las personas reciben un PMO integral. Pero esto no está planteado así. Por el contrario, los hospitales públicos tienen la obligación de entregar todas las prestaciones que la población le demande, independientemente de si esa persona ya recibe esas mismas prestaciones desde la obra social y/o de una prepaga. Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga deben entregar todas las prestaciones que conforman un PMO, independientemente de que esas mismas

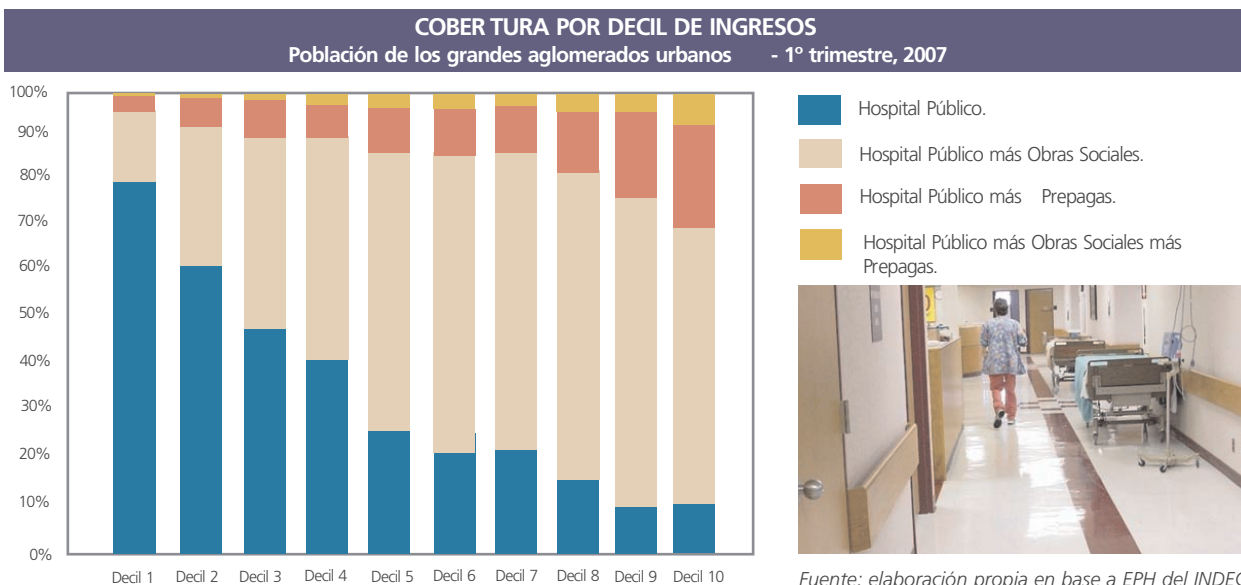


Gráfico 1

personas tienen derecho a recibir esas mismas prestaciones en los hospitales públicos. La multiplicación de coberturas prevalece y se conforma como una estructura donde algunas personas tienen garantizado su derecho a la atención médica por medio de una sola vía: el hospital público; otras, lo tienen garantizado "dos veces": en el hospital público y una obra social o una prepaga; otras, lo tienen garantizado "tres veces": en el hospital público, en una obra social y en una prepaga.

Un pensamiento "facilista" podría llegar a sugerir que la multiplicación no es dañina porque asegura el "derecho prestacional". Si falla un mecanismo, el otro lo puede suplantar. Es precisamente en este punto donde la multiplicación tiene asociada fuertes connotaciones negativas de equidad y de eficiencia.

#### ■ LA INEQUIDAD DE LA SUPERPOSICIÓN DE COBERTURAS

La multiplicación de coberturas sin criterios de articulación favorece el despilfarro de recursos y esto tiene asociado impactos negativos desde el punto de vista de la equidad. En el Gráfico 1 se muestran los mecanismos de cobertura según la distribución personal del ingreso. El gráfico se basa en información proveniente de la

Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC para el 1° trimestre del 2007. Se tomó la cobertura del jefe de familia de cada hogar en los 31 aglomerados urbanos más grandes del país y luego se clasificaron los datos por nivel de ingresos de los hogares, de forma tal de observar cuáles son los mecanismos de cobertura principal de cada hogar en función de su nivel de ingreso.

De este cálculo resulta que los hogares más pobres del país -que se ubican en el decil 1 de la distribución del ingreso-, tienen en el 82% de los casos como única cobertura de salud al hospital público, en un 15% de los casos tienen cobertura del hospital público y una obra social, y en un 2% de los casos tienen cobertura del hospital público y una medicina prepaga. Los hogares más ricos -que se ubican en el decil 10- tienen sólo en el 7% de los casos como única cobertura al hospital público, en el 62% de los casos tienen la cobertura del hospital público y una obra social, en el 23% de los casos la cobertura es de hospital público y medicina prepaga (pero es altamente probable que como haya derivación de aportes de una obra social también haya cobertura de una obra social), y en otro 7% es seguro que hay tres coberturas: hospital público, obra social y medicina prepaga.



Los deciles intermedios muestran que la superposición se va incrementando con el nivel de ingreso. Si bien no hay asociación exacta entre pobreza y deciles de ingresos, se puede decir que, en términos aproximados, los deciles 1 a 3 corresponden a los hogares pobres, los deciles 4 a 8 a los hogares de clase media, y los deciles 9 y 10 a los hogares más pudientes. Entonces, para los deciles medios va tomando importancia la doble cobertura entre hospital público y obra social, y para los deciles de mayor nivel de ingresos toma protagonismo la triple cobertura entre hospital público, obras sociales y prepaga.

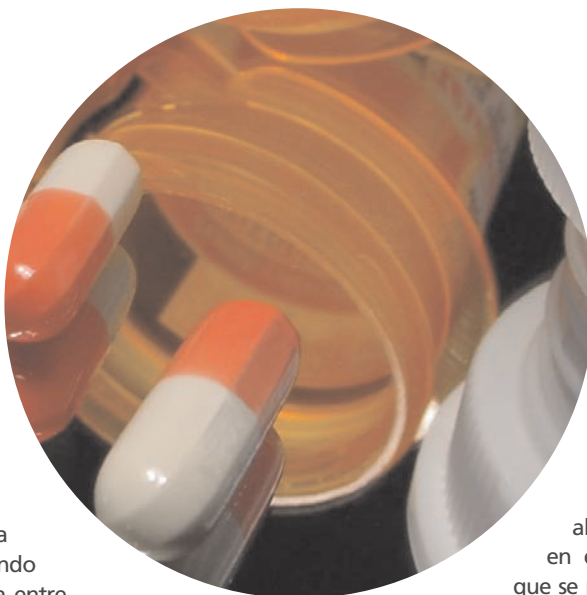
La superposición se incrementa con el nivel de ingreso. Esto es inequidad, porque no hay argumentos, bajo ningún criterio de justicia distributiva, para sostener una regla de cobertura por la cual los hogares con mayores niveles de ingresos tienen que tener mayores vías de acceso que los hogares pobres a un mismo derecho prestacional (que está representado en forma genérica por el PMO).

#### ■ LA INEFICIENCIA DE LA SUPERPOSICIÓN DE COBERTURAS

Además de inequitativa, la regla también es ineficiente. Porque con la superposición se multiplican los recursos que se destinan a obtener un mismo producto: el PMO.

Esto se ve con claridad cuando se conjuga el hecho de que los hospitales públicos tienen que estar preparados para brindar todas las prestaciones que se les demande, y las obras sociales y las prepagas tienen que estar preparadas para brindar **como mínimo** el PMO. Esto significa que todos (hospitales públicos, obras sociales y prepagas) tienen que estar preparados para brindar una diversidad muy grande de servicios que van desde una consulta a una persona pobre hasta los tratamientos más caros y sofisticados a una persona rica.

El resultado natural es que, los hospitales públicos, la mayoría de las obras sociales y las prepagas con planes más económicos, siempre tienen problemas de insuficiencia de recursos, que se traducen en largas filas de espera, negaciones de servicios y litigiosidad por prestaciones que no se brindan. Sólo unas pocas obras sociales y prepagas, que tienen altos ingresos per capita o planes de salud muy caros, pueden hacer frente, con sus propios medios, a la obligación de cumplir con un "derecho prestacional" tan extensivo como es el PMO.



De esta forma, los que enfrentan las largas filas de espera, las negaciones de servicios y, si pueden, recurren a la litigiosidad, son los hogares de menor nivel de ingresos. Los que pueden evitar estas consecuencias de la insuficiencia son los hogares más pudientes que están en obras sociales de alto nivel de ingreso y/o pueden pagar planes de salud muy caros. Salta a la vista lo señalado al comienzo. Hay una inequidad en el acceso a la atención médica que se produce por la ineficiencia de la regla de cobertura.

#### ■ LAS RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS

Las reacciones de las políticas públicas frente a la crisis de cobertura y calidad no fueron críticas con las reglas tradicionales. Por el contrario, tendieron a profundizarlas. En lugar de tender a armonizar la cobertura del hospital público con el de las obras sociales y las prepagas, en el sentido de distribuir responsabilidades para que algunas prestaciones sean otorgadas por el hospital público y otras por las obras sociales y/o las prepagas, se tiende a forzar que todos los mecanismos estén obligados a brindar todo. En este sentido, el mejor ejemplo son los proyectos de regulación de las prepagas en el Congreso Nacional. En ellos, se propone reforzar la noción de que las prepagas deben brindar en todos sus planes, como mínimo, el PMO. La propuesta es hasta contradictoria con el objetivo de los mismos impulsores que también aspiran a establecer dispositivos para aminorar los incrementos de precios en los planes de salud.

La mejor forma de aminorar costos en salud es logrando reglas eficientes. Las personas que opten por la compra de un plan de salud en la medicina prepaga no deben estar obligadas a pagar por servicios que no van a utilizar o que ya tienen cubiertos. Por ejemplo, familias jóvenes con hijos pequeños que lo que más necesitan son servicios ambulatorios ágiles de pediatría y no servicios de alta complejidad; matrimonios adultos que necesitan asegurarse contra riesgos costosos, como enfermedades cardiovasculares, cáncer o enfermedades crónicas, y pueden pagar de bolsillo los gastos ambulatorios más baratos pero de uso más frecuente; matrimonios de ancianos que requieren cobertura para cuidados de la vejez, en vez de tratamiento sofisticados de alto costo. Estos casos ejemplifican un hecho que no debe soslayarse, y es que las necesidades de atención médica de las familias varían con el ciclo de vida. No es eficiente obligar a que, si alguien elige asegurarse privadamente, tenga que hacerlo por todos los servicios

imaginables. En cualquier caso, asegurarse privadamente de forma parcial no es desprotección, porque aquello por lo que no se asegura, lo puede obtener, en su condición de ciudadano, del sistema público. Así es en los países adelantados, como los 15 más ricos de la Unión Europea.

Para la Argentina, las recomendaciones de política para la equidad en salud deben tomar como tema de agenda la búsqueda de una regla más eficiente de cobertura. Esto va en la dirección de, por un lado, articular el PMO entre obligaciones del hospital público y obligaciones de las obras sociales. Las obras sociales deben cubrir aquellas prestaciones cuyos requerimientos financieros sean consistentes con sus ingresos per capita y el resto quedar bajo responsabilidad del hospital público. En un esquema de este tipo las obras sociales pueden brindar las prestaciones bajo su responsabilidad a través del hospital público, pero contratándolos formalmente de forma tal de abonar por esos servicios. Y el hospital público no debe estar obligado a brindar gratuitamente las prestaciones que las obras sociales tienen que brindar.

Por otro lado, en el caso de las prepagas, el marco

regulatorio debe permitir que las familias puedan comprar planes de salud parciales, para que ellas mismas sean las que elijan la mejor forma de articular su cobertura privada con lo ya tienen cubierto en el hospital público y/o la obra social. El marco regulatorio no debería prohibir los planes parciales sino monitorear que la gente reciba los servicios pactados sin importar si es en un plan integral o parcial, y, fundamentalmente, asegurar que los servicios que recibe la gente sean de buena calidad.

Un arreglo de estas características sería más equitativo. El gráfico 1 quedaría igual, sólo que, con las coberturas articuladas, los recursos de los hospitales estarían intensamente focalizados en los hogares pobres (los deciles 1, 2 y 3) y los recursos de las obras sociales y la medicina prepaga en los hogares medios y altos (deciles 4 a 10), todo esto sin obstaculizar la libertad de los hogares pobres de acceder a la cobertura de las obras sociales y las prepagas, ni de los hogares pudientes de acceder a la cobertura de los hospitales públicos. Un cambio políticamente viable y técnicamente más consistente con los principios de equidad y eficiencia que la actual superposición de coberturas. ■■