SUPLEMENTO

113

RePro
REALIDAD **PROFESIONAL**

INFORME **ECONÓMICO** DE **COYUNTURA**

Las dimensiones de la salud

Ciencias Económicas

CONSEJO | **CAJA** | BUENOS AIRES

Las dimensiones de la salud

Una visión global de la salud

El análisis de la problemática económica de la salud exige, de manera previa, una visión global de su importancia. La respuesta la encontramos en el premio Nobel Amartya Sen. Este economista plantea que tanto la educación como la salud se encuentran entre las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana. Son componentes constitutivos del desarrollo y contribuyentes al progreso económico. (Introducción y Capítulo 1 de Desarrollo y libertad, Ed. Planeta, Barcelona, 2000)

Esto nos está diciendo que tanto la salud como la educación pertenecen a un universo multidimensional. Ya hemos tenido oportunidad de analizar bajo una perspectiva multidisciplinaria la problemática de la educación. Allí examinábamos su flanco económico a partir de su alta complejidad.

Es ésta la causa por la cual, cuando pretendemos solucionar los problemas de la salud sólo a partir de movimientos cuantitativos de variables instrumentales de corte economicista: gasto, eficiencia, financiamiento, y similares, chocamos contra un verdadero muro. El esquema de la salud ya está predefinido por un vasto abanico de decisiones y situaciones de hecho que están fuera del campo de la economía.

Las soluciones en el área de la salud requieren de un enfoque multidisciplinario y de programas integrales y sistémicos que abarquen todos los horizontes temporales.

Los condicionantes de la salud

Haremos un breve repaso de ese campo multidisciplinario. No pretendemos resolver su problemática, sino algo mucho más elemental: tomar conciencia de su vastedad y variedad de aristas.

La dimensión de los criterios básicos en salud

Son problemas cuasiculturales de la sociedad acerca de la concepción de la salud. En nuestro país esos temas están latentes pero no se debaten como cuestiones centrales que hacen al enfoque de la salud. Por ejemplo, no se responde al interrogante acerca de la proporción correcta de combinar estrategias de medicina asistencial y de sanitarismo. El permanente choque subyacente entre las concepciones de la medicina preventiva y curativa no está resuelto.

También es un criterio básico de la sociedad el papel que le corresponde en salud a los sectores público y privado. Aunque podemos identificar en cualquier organización de salud, a cada uno de estos segmentos, no está claro a que criterio responde su presencia.

La ausencia de debate de ambas problemáticas produce la carencia de una estrategia definida en la orientación de la medicina.

Es que los criterios que justifican la acción del estado son de diverso origen. Existen problemas de equidad que exigen la participación directa del Estado en la cuestión salud hasta distintas "fallas" de mercado que justifican, tanto la intervención directa como la regulación del sector privado de la salud.

Salud es un bien público en estado puro sólo en el plano de la medicina preventiva. Los actuales fenómenos de pandemias (VIH/Sida, gripe aviar, efectos del cambio climático y similares) tienden a incrementar la importancia de este segmento.

Pero en el amplio espectro de la medicina curativa, el beneficiario es identificable y por ende el papel de la medicina privada es posible. Sin embargo, no sabemos, en cada caso, si está jugando el criterio de intervención del Estado por razones de equidad, o bien "fallas" del mercado como las externalidades positivas de una población con bajos índices de morbilidad o bien la información asimétrica de los beneficiarios respecto a los prestadores de salud. Un claro ejemplo de este último caso lo constituye la reciente obligación de atención por parte de los seguros de salud y obras sociales, de síndromes generalizados como la obesidad.

La ausencia de justificaciones definidas del campo que ocupa cada una de las instituciones de salud en la sociedad, produce el efecto de llevar sólo a cabo acciones, que aunque puedan ser conceptualmente positivas (aumentar los presupuestos, mejorar la eficiencia, etc.), se limitan a reproducir el esquema vigente.

El análisis crítico del sistema de salud en su conjunto y la eventual modificación del cuadro institucional aparece como un verdadero imposible. Más grave aún cuando cada uno de los segmentos que se va conformando en el campo privado y estatal se convierte en un "factor de poder". Aunque no tiene fuerza suficiente para imponer "su" modelo, está en condiciones de vetar cualquier cambio que implique una modificación de su status actual.

Las prepagas y las obras sociales sindicales son un claro ejemplo en el campo privado. En el sector público, la ausencia de coordinación entre las distintas jurisdicciones (nación, provincia, municipios, y entes descentralizados de cada uno de ellos) por razones "políticas" generan superposiciones, vacíos y contradicciones que resultan un verdadero monumento al absurdo. Las dificultades para coordinar los servicios de emergencia en las capitales del interior del país entre la jurisdicción provincial y municipal son un ejemplo de esta problemática.

La dimensión política

Vemos como a partir de la dimensión cultural, aparece la dimensión política del problema. La superposición de funciones de salud en el sector público implica un claro derroche de recursos, y surge de la ausencia de una concepción integral del federalismo. Y esto no sólo pone limitaciones en salud. Existen temas como la coparticipación cuyo debate no será posible sino no existe una previa definición de funciones claramente delimitada entre las jurisdicciones.

La Constitución Nacional, al establecer que al Congreso le corresponde dictar una ley de coparticipación (art. 75 inc. 2) expresa:

La distribución entre la Nación, las provincias y la ciudad de Buenos Aires y entre éstas, se efectuará en ***relación directa a las competencias, servicios y funciones de cada una de ellas*** *contemplando criterios objetivos de reparto; [. . . .]*

Esta es la verdadera razón por la que es casi imposible cumplir con la cláusula sexta de las disposiciones transitorias votadas junto a la Constitución que exigía sancionar un nuevo régimen de coparticipación antes de la finalización del año 1996. El texto constitucional, no sólo obliga a debatir los criterios de reparto sino que previamente debe definirse las "competencias, servicios y funciones".

Hacerlo, significaría no sólo poder debatir la coparticipación sino también el fin del clientelismo político, uno de cuyos instrumentos son los programas de salud con un evidente derroche de recursos.

La dimensión social

Y vinculado a la dimensión política, la dimensión social de la salud. En los casos en que la participación directa del Estado en salud se justifica por el criterio de equidad, debemos preguntarnos por la orientación global de los programas sociales. Los especialistas han señalado que en numerosas coyunturas del país, los planes sociales no se han orientado a la erradicación de la pobreza sino sólo a su reproducción. Se encauzan hacia que la conflictividad social se mantenga dentro de márgenes de baja intensidad. Allí, las políticas sociales se entroncan con políticas clientelares y/o meramente asistencialistas. No existen planes integrales para erradicar los aspectos más agudos de la indigencia.

En el mismo sentido operan las políticas en materia de obras públicas. En un plan integral de salud pública, es tan importante la infraestructura de saneamiento (viviendas de material con agua corriente y cloacas) como las campañas de vacunación masiva. Sin embargo, las obras de agua y cloaca son "obra hundida" y por ende no figura entre las prioridades cuando la orientación de los gobiernos es clientelar y asistencialista. Los aún subsistentes altos porcentajes de población sin servicios básicos de saneamiento son una prueba de ello.

En Argentina, en materia de relación de obras públicas y salud existe un problema adicional. En particular, la prevalencia de los accidentes viales como causa de muerte e incapacidades permanentes ha convertido en prioritaria la inversión vial y el control de tráfico como insumo de una política integral de salud.

Se suma a la problemática social las políticas laborales. Una alta incidencia de trabajo no registrado, implica trabajadores sin obras sociales y por lo tanto un agudo déficit en materia de atención de salud.

La dimensión ética

La problemática social de la salud nos acerca a la dimensión ética del gasto público en salud. En los ´90 estuvo en debate un corte longitudinal en la asistencia de salud. El Estado debía ocuparse de la atención primaria en salud y la medicina compleja convertirse en un coto exclusivo de la medicina privada.

La justificación fue el alto costo de la medicina compleja. El costo de una intervención de ese tipo podía satisfacer los problemas de salud primaria de cientos de personas. Bajo una visión economicista esto es cierto. Sin embargo los criterios éticos de la sociedad imponen la utilización de la más moderna aparatología, medicamentos y técnicas quirúrgicas para salvar vidas de pacientes sin recursos.

La dimensión educativa

La dimensión educativa también condiciona la relación de la salud con la economía. El nivel de escolaridad de las madres tiene una fuerte correlación con la prevalencia de altas tasas de mortalidad infantil. En otro nivel, los esfuerzos hacia la preparación de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, técnicos auxiliares), los contenidos de su capacitación y su fase de entrenamiento son cruciales para definir una política salud.

Pero también la función educativa de la sociedad a través de los medios de comunicación. Las deformaciones en este plano llegan al punto de que el sector público debe realizar campañas para concientizar a las madres de la importancia de la lactancia materna. Algo que históricamente ha sido un criterio natural.

La dimensión institucional

Estas y otras dimensiones latentes condicionan la organización de la salud, y a través de ella sus aspectos económicos. La organización de la salud en Argentina no es producto de un diseño conciente. Es la resultante de la acumulación histórica de decisiones que en distintas coyunturas dieron prevalencia a posiciones diferenciales y aún opuestas respecto a las distintas dimensiones.

La consecuencia es un esquema de alta fragmentación: el **sector público** con funcionamiento en paralelo de las jurisdicciones nacional, provincial y municipal y sus respectivos entes descentraliza-

dos; la **seguridad social** con sus distintos tramos: nacional (PAMI), provincial (obras sociales del sistema previsional provincial), sistemas previsionales profesionales con su respectiva obra social y obras sociales sindicales obligatorias; el **sector privado** con obras sociales de adhesión voluntaria, seguros de salud, profesionales agrupados e independientes.

Todo esto sin coordinación ni articulación de ninguna naturaleza. No sólo entre los distintos tramos sino hacia el interior de cada uno de ellos. El caso más grave es la falta de coordinación jurisdiccional de la salud en el sector público y en el de la seguridad social, y a su vez, entre ellas; donde cualquiera podría suponer que es obvio. Y a la vez todas ellas desvinculado del resto de dimensiones de la salud.

En el mismo plano de la organización institucional de la salud ubicamos la capacidad del Estado en materia de control alimentario, bebidas, tabaco y drogas que desempeñan un papel importante en la prevención de la salud. La información diaria sobre los problemas que genera la ausencia de controles eficaces en esta materia nos libera de todo comentario al respecto.

Aún no hemos llegado a la dimensión económica y ya tenemos predeterminado un complejo cuadro. El impacto negativo que tendrá sobre la eficiencia y la equidad es rotundo. Los objetivos e instrumentos de una política económica para la salud, ya no pueden, por sí mismos, modificar esta compleja trama de condicionantes.

La dimensión económica de la salud

Esta se refiere a los efectos de productividad global de una población sana y sus resultados colaterales sobre la erradicación de la pobreza.

Esa productividad se logra reduciendo los índices de mortalidad en todos los grupos etarios y reduciendo la carga de morbilidad, es decir, el número de enfermedades o problemas de salud de una población, posibles de ser curadas o prevenidas.

Los casos históricos de desarrollo (revolución industrial en Inglaterra, Japón y los tigres asiáticos en el siglo XX, etc.) estuvieron acompañados de importantes políticas de salud pública: lucha contra enfermedades y mejor alimentación.

Jeffrey Sachs en su informe "Macroeconomía y Salud" para la Organización Mundial de la Salud – 2001, informa sobre estudios que demuestran la relación entre el tamaño del cuerpo y el nivel de alimentación y sus efectos sobre la productividad laboral de largo plazo. Además ha sido estudiado las causas de los descensos de la mortalidad en Europa en el muy largo plazo y han encontrado como factores determinantes los avances en salud pública, la tecnología médica y la mayor disponibilidad de calorías.

Pero las investigaciones económicas también muestran la importancia actual de la relación entre salud y desarrollo económico. Trabajos econométricos muestran una alta correlación entre el indicador de esperanza de vida al nacer y los de crecimiento económico.

Un caso límite en este sentido es el de África actual con terribles dramas de pandemias (paludismo y sida) y nutrición. Allí la alta carga de morbilidad puede explicar mejor las trágicas condiciones económicas de la población que las variables tradicionales de la macroeconomía.

A su vez, la carga de morbilidad está fuertemente asociada a la pobreza. Este tramo de la población es más vulnerable por la falta de acceso a la infraestructura de saneamiento (agua potable y cloaca), calidad de la vivienda, servicios médicos, alimentación insuficiente y ausencia de información sobre conductas preventivas.

Pero el problema de la carga de morbilidad no termina allí. Los estudios habituales muestran los costos asociados a situaciones específicas de enfermedad incluido la eventual muerte prematura. Pero la situación real es más grave aún. También esas enfermedades tienen efectos a todo lo largo de la vida útil del individuo. Por ejemplo, enfermedades prenatales y del primer año de vida dejan secuelas para toda la vida tanto en términos de capacidad mental como de defectos físicos.

También las enfermedades y la nutrición deficiente en el período escolar afectan su potencial de conocimiento la capacidad de atención, y provocan ausentismo o bien el abandono liso y llano del ciclo educativo. Además la cuestión alimentaria en períodos críticos del crecimiento genera mayor vulnerabilidad a las infecciones.

Equidad y eficiencia de la salud en Argentina

Dijimos que la dimensión económica la analizábamos en términos de equidad y eficiencia. Podemos obtener una aproximación en Argentina, al problema en términos de equidad, a través de la población no cubierta por los seguros de salud y obras sociales, es decir depende únicamente de la atención en hospitales y dispensarios.

El último censo acusa el 48,1 % de la población. Pero esto es un promedio nacional. La dispersión muestra aún un problema más grave que es la diferencia regional. Mientras que en provincias como Formosa o Chaco la proporción se aproxima a los 2/3, en la Capital Federal esta proporción es de apenas ¼ de la población.

Sin embargo, en esta estadística debemos tener en cuenta varias limitaciones: el atraso de la información (Censo 2001); el que haya sido generada en una coyuntura de crisis y la íntima relación de estas condiciones con los trabajadores no registrados que se encontraban a esa fecha con similar proporción. Para estimar la situación actual deberíamos tener en cuenta que el trabajo no registrado ha bajado a niveles del 36,3 % (3er. Trim. ´08).

Sin embargo, dadas las notables mejoras en las condiciones generales de la economía respecto a 2001, sigue siendo una proporción

muy alta, sobre todo si lo comparamos con la reducción contundente que han tenido otros indicadores sociales tales como la desocupación, pobreza e indigencia.

La aproximación en términos de eficiencia, la realizamos a través de la comparación de los indicadores, gastos y recursos en salud de Argentina con otros países y regiones del mundo. En el año 2000, el informe anual de la Organización Mundial de la Salud, a partir de información compatibilizada de 1997, confeccionó un ranking de eficiencia en materia de salud sobre la base de combinar un grupo de indicadores para todos los países del mundo. La eficiencia de Argentina se encontraba en lugar 75°, mientras que Chile obtenía el lugar 33° con un gasto per cápita total (privado + público) en dólares internacionales (PPA) de un nivel 30 % inferior al de Argentina. Pero no sólo Chile tenía una mejor posición que Argentina. Fueron 18 los países y enclaves coloniales latinoamericanos mejor posicionados que Argentina en ese ranking.

Pero son datos de 1997. Desde la década pasada ocurrieron cambios que podrían modificar esa estadística. Entre ellos, el impacto de la devaluación sobre el gasto medido en dólares internacionales (PPA), una notable reversión de la situación fiscal, y una importante mejora en los índices de salud, tanto en Argentina como en el resto del mundo. En el caso de Argentina, entre los años 1990 y 2006, el indicador más característico (mortalidad infantil) se redujo en un 50 %. Es por eso que resulta importante comparar indicadores y gastos en la presente década.

Aunque la OMS sigue publicando estos datos compatibilizados a nivel mundial, ahora no se dispone de un índice único de eficiencia a través de la combinación de varios de ellos. Sin embargo, las diferencias que se observan en los índices de origen son tan notables que pueden ofrecernos una idea clara de la situación actual, sobre todo si lo comparamos con el gasto.

Hemos seleccionado una base de datos (Ver Anexo 1) donde ubicamos el caso de Argentina, el de Chile como caso testigo, y la media por regiones del mundo según niveles de ingresos.

Estos son valores de la Organización Mundial de la Salud, tomados de "Estadísticas Sanitarias Mundiales–2008". Para el caso de Argentina, y en los índices de eficiencia hemos insertado de manera adicional, el valor oficial promedio para el país que para ese mismo año da a conocer el INDEC. Y a modo ejemplificativo, agregamos los valores extremos que adopta ese indicador promedio en las jurisdicciones de Capital Federal (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y Formosa.

En ese Anexo 1 observamos en la Serie I la comparación de los indicadores de tasa de mortalidad infantil (neonatal, hasta 1 año y hasta 5 años de vida) y la tasa de mortalidad materna. A simple vista, los resultados que arroja son relativamente buenos. Argentina, un país ubicado entre los de "ingreso mediano alto" (Anexo 2), de manera sistemática se ubica en valores que están entre la franja de "ingreso mediano alto" y la franja inmediata superior de "ingreso alto". En todos estos indicadores, Argentina supera la media del grupo de países al que pertenece.

Las dudas sobre la eficiencia de los servicios de salud en Argentina comienzan a surgir cuando hacemos foco en otros aspectos de ese mismo cuadro. Por un lado, aparece Chile (que pertenece al mismo grupo de países que Argentina) con valores decididamente ubicados en la franja siguiente de países de "ingresos altos", y las dudas aumentan cuando observamos la distancia entre ese grupo y el de "ingreso mediano alto", y por ende un gran abismo entre los valores de Argentina y Chile, y a favor de éste último.

Por el otro, la dispersión que existe en los valores dentro de Argentina. Mientras que la Capital Federal se ubica en los niveles de indicadores de los países de "alto ingreso" o Chile, los de Formosa triplican ese nivel y se ubican junto a los países de "ingreso mediano bajo".

Y las dudas ya se convierten en graves cuando evaluamos los gastos y los recursos del sistema de salud. En la Serie II del Anexo 1 ubicamos los gastos en salud. Los valores corresponden al gasto por persona y están compatibilizados a través de dólares internacionales (PPA). Esto significa "paridad del poder adquisitivo" y se obtiene a través de dólares equivalentes al poder adquisitivo de la moneda de cada país respecto a una canasta valuada a precios internacionales. Tomamos como ejemplo el caso del PBI de China que ha sido el más resonante. Este nuevo tipo de cómputo del producto ha logrado modificar la visión de la economía mundial. De acuerdo a la última información del Banco Mundial, si al ingreso por habitante promedio en China en moneda local lo valuamos en dólares al tipo de cambio oficial, el poder adquisitivo por habitante de la población china en el año 2006 es de 2.010 dólares anuales. En ese caso, el PBI total de China se ubica en el cuarto lugar en la economía mundial.

Pero con ese ingreso, un trabajador chino puede comprar **en su país** una canasta que en el mercado internacional vale 7.740 dólares. Éste es el verdadero ingreso per cápita que puede ser comparado con otros países del mundo. Cuando multiplicamos este valor por la cantidad de habitantes de China, éste país pasa a ser nada menos que la segunda potencia económica mundial.

Con estos elementos, pasamos a examinar los resultados del gasto en salud. Argentina vuelve a aparecer en un nivel intermedio entre países de "ingreso mediano alto" e "ingresos altos". Pero ahora Chile aparece, no entre los países de "ingreso alto" sino en la franja de "ingreso mediano alto". Si hacemos la relación entre Chile y Argentina, de los Anexos I y II, el primer país obtiene resultados de "primer mundo" y por ende muy superiores a los de Argentina (Anexo I) con

menos de la mitad (43,7 %) del gasto de Argentina y con el 18 % del gasto en países de "alto ingreso" (Anexo II). Esta situación se expresa tanto a nivel del gasto público como del gasto privado. Incluso mucho más bajo en el gasto del sector privado.

Una curiosidad adicional del cuadro resulta de la relación entre el gasto público y el gasto total (última columna del Anexo II). Contra todo lo que se dijo en la Argentina de los ´90 respecto a la privatización de la salud, la proporción del gasto público en el gasto total de salud se incrementa a medida que aumenta el nivel de ingresos. El promedio en países de "ingreso alto" con el 60 % es el mayor de todos los agrupamientos.

También en el Anexo 1, Serie III, podemos examinar estadísticas comparadas de los recursos de salud: médicos, enfermeras y camas disponibles. Los excelentes resultados de Chile se obtienen con la tercera parte de médicos y la mitad de camas respecto de Argentina. El caso de las enfermeras es un capítulo especial vinculado a la problemática del mercado de trabajo y no debería ser tomado como indicador, ya que particularmente en Argentina y probablemente en Chile, existe un déficit muy elevado en esta especialidad.

Debe tenerse en cuenta además el proceso de formación del gasto en salud y del cual no existen estudios sistemáticos. Sin embargo, trabajos realizados con otros objetivos ofrecen pistas que marcan la importancia de profundizar este aspecto en el análisis de la eficiencia.

Respecto al gasto público en salud se dispone de una medición realizada por Oscar Cetrángolo de CEPAL. Indica para el año 2006 que el 58,5 del gasto público en salud es realizado por las obras sociales. El resto, es el gasto efectivizado por vía de la administración central de las distintas jurisdicciones. Y aquí, el 84,2 % pertenece a los gobiernos locales: provincias y municipios (Primera Jornada de Federalismo Fiscal – Cámara de Diputados de la Nación – 23-10-08).

La importancia de esta información para el análisis de la eficiencia deriva de la mayor tendencia de los gobiernos locales a realizar clientelismo político con el gasto social en salud.

Respecto al gasto privado existen mediciones realizadas en los ´90. Para el año 1997, en el Gasto de los Hogares en salud (por atención médica y seguros voluntarios), el 46,0 % del total pertenece al rubro medicamentos. A su vez este gasto representa el 67,4 % de la demanda total de medicamentos en ese año. El resto son insumos de los establecimientos de salud de los distintos prestadores institucionales y del gobierno (en "Estimaciones del gasto en salud". Ministerios de Economía y de Salud -2001). El problema de los medicamentos (estructura de los mercados, su incorrecta utilización y sus costos reales) son un verdadero "capítulo aparte" de la salud en Argentina y marca a fuego la problemática de la eficiencia.

Desde la perspectiva de nuestro análisis son datos aislados que sólo dan algunas aproximaciones que un estudio sistemático debería profundizar pues son fundamentales para un análisis económico integral.

Necesidad de una política integral de salud

En resumen, los problemas de eficiencia del gasto en salud son, en principio, tan graves como los que se presentaban en los ´90. La prevalencia de enfermedades como tuberculosis y Chagas nos exime de otros detalles. Y las soluciones no son tan simples como mucha gente cree al repetir los planteos economicistas del tipo "hay que aumentar el presupuesto en salud". La complejidad de los determinantes en salud requiere revisar desde la base los criterios y la organización de la salud en su conjunto. Además los planes de salud deberán tener una visión sistémica para abarcar las decenas de facetas que concurren a formar los indicadores de salud.

Puede tener mayor impacto un plan para llevar el sistema cloacal a toda la población que recursos adicionales para el hospital público. Otro ejemplo crucial es el nivel educación de la mujer. De acuerdo a información del Indec, el nivel de mortalidad infantil (neo y posnatal) en madres con primario no cursado o incompleto es el triple que en madres que tienen como mínimo el secundario completo.

Una política integral de salud debe redefinir los aspectos conceptuales, reformar las instituciones de prestación y cubrir los siguientes aspectos

- **Infraestructura:** acceso al agua potable, servicios de cloacas y tratamiento de residuos.
- **Tecnologías de salud:** control de preparación y conservación y distribución de alimentos, investigación en procedimientos médicos y nuevos medicamentos.
- **Condiciones ecológicas:** control de contaminación de las corrientes superficiales y subterráneas de agua; de vectores específicos (mosquitos y similares), prevención en áreas climáticas extremas; modificar las condiciones de hábitat precario.
- **Condiciones sociales:** asegurar servicios de salud convencional y reproductiva, educación y vivienda a los sectores de pobreza más aguda. Debe tenerse en cuenta las cuestiones de género, garantizando estos factores en la población femenina.
- **Condiciones de globalización:** control de migración de recursos humanos; recomendaciones fiscales de organismos internacionales que impactan negativamente en salud; control de transmisión de enfermedades infecciosas por la traslación de personas (turismo, trabajo, migraciones); control de hábitos culturales extranjeros relacionados con la alimentación, consumo de tabaco y drogas.