

Dr. Alejandro González Escudero  
Dra. Norma H. Iacomucci

## LOS COSTOS DE LA SALUD EN ARGENTINA. UN TEMA COMPLEJO PARA LOS ACTORES DEL SECTOR

Cuando hablamos de costos de la salud en Argentina, tenemos que ubicarnos primero desde que parte del mercado lo estamos analizando, ya que el tema tiene tres actores:

1. El financiador (obra social o prepaga), que recibe un aporte obligatorio o voluntario respectivamente de los afiliados para prestarle un servicio
2. El prestador, que brinda el servicio al afiliado y le cobra al financiador por ese servicio
3. El afiliado que abona su cuota de medicina prepaga voluntaria, o realiza su aporte obligatorio a través de una obra social.

Para los tres integrantes de esta relación, el costo de la salud es un tema preocupante que cada vez se está haciendo más difícil de manejar. La relación entre financiadores y prestadores está lejos de ser ideal, y la existente entre el afiliado a una prepaga con ésta, en los últimos años ocasionó numerosísimas quejas en defensa del consumidor debido al aumento de las cuotas, sin dejar de mencionar los pases entre Obras sociales por falta o mala atención. Todos hablan del aumento de los costos: el financiador aumenta las cuotas porque alega aumento de costos, el prestador se queja de los aranceles que se le abonan porque no cubre sus costos, y el afiliado sufre las consecuencias porque no puede solventar el aumento de la cuota. Así tenemos una trilogía difícil de equilibrar en la medida en que no se llegue a un consenso generalizado de cómo resolver esta situación, pues los financiadores deberían verse en una situación de alianza con sus prestadores, y no como hoy puede verse mas como adversarios, donde el que pierde es el afiliado y el sistema de salud.

El gobierno, por su parte, aplica una "tenaza" difícil de soportar: Por un lado, agrega nuevas prestaciones y coberturas obligatorias (lo cual es lógico por el avance científico y técnico de la Medicina) pero, por otro lado, obliga a los financiadores a asumir gran parte de los costos ya que impide su traslado a la cuotas, lo cual no es consistente con lo primero.

### LOS COSTOS DEL LADO DEL PRESTADOR:

El prestador de los servicios de salud (profesionales, clínicas, laboratorios, institutos de diagnóstico, etc.), poseen una estructura determinada para prestar el servicio. Obtener el costo del producto sanitario no es una tarea sencilla, pero tampoco imposible, demanda un gran convencimiento desde los directivos para lograr el apoyo de todo el personal de la institución. El producto/servicio sanitario es imprevisible, por la sencilla razón que las personas pueden reaccionar de distintas formas de acuerdo a una misma enfermedad, y como el cálculo de los costos es una suma de recursos, cuantos más recursos se utilicen mas cara es la prestación. También la multiplicidad de "productos" (prácticas, tratamientos o servicios) es un tema laborioso, pues si queremos costear cirugía son numerosas la cantidad de cirugías diversas que se realizan, lo mismo con laboratorio o rayos y otras áreas. Las instituciones de salud tienen una gran carga de costos fijos que se deben soportar mas allá de tener actividad o no, como la nómina de personal y los

gastos de equipamiento y servicios, por citar algunos. Muchos de estos costos fijos son indirectos, con lo cual también se torna dificultoso su apropiación a cada "producto". Pero si luego de un trabajo organizado se logra obtener el costo de las prestaciones, el prestador se encuentra con que su costo es el mismo para todos (salvo algunos servicios diferenciales con determinadas financiadores), mientras lo que cobra por esa prestación varía de acuerdo con el financiador al que le facture, ya que tiene convenios diferentes con cada uno, no dejándoles todos la misma rentabilidad, y en algunos casos no cubriéndole el costo. Ejemplo, si el prestador costea una operación de cesárea en \$ 2.000 y luego se la factura a distintas obras sociales y prepagas que le pagan todas un arancel diferente, su margen de rentabilidad será distinto, agravándose muchas veces con los extensos plazos de pago que puede reducir esa rentabilidad si tuvieron que recurrir a crédito externo para financiarse.

#### LOS COSTOS DEL LADO DEL FINANCIADOR

El financiador, prepaga u obra social, cobra una cuota o recibe un aporte de los afiliados con el cual debe abonar a los prestadores que brindaron los servicios. En este punto, tenemos que hacer una diferenciación importante entre Obra Social y Medicina prepaga:

OBRAS SOCIALES	MEDICINA PREPAGA
Características	Características
Aporte Obligatorio. Con los aumentos de sueldos de los últimos tiempos, creció el dinero transferido a ellos proporcionalmente.	Cuota voluntaria. Si bien los precios serían fijados libremente, el gobierno hace presión para evitar aumentos.
A mayor sueldo, mayor aporte. Pero no debería modificarse la prestación por el criterio de "solidaridad". Sin embargo, para los mayores sueldos se terceriza el servicio en prepagas.	Mayor cuota, accede a un mejor plan, mas beneficios
Bajo control sindical, excepto las de dirección.	Con fines de lucro, algunas. Otras, en manos de ONGs.
Varias han estado en cesación de pagos y no dieron servicios.	Debe ser eficiente para brindar un mejor servicio y no perder asociados.
Es difícil el cambio de obra social, aunque posible.	El traspaso de una entidad de medicina prepaga a otra no es tan frecuente.
Quienes las critican, dicen que dan servicios de baja calidad.	Quienes las critican dicen que solo buscan el beneficio de su propietario.

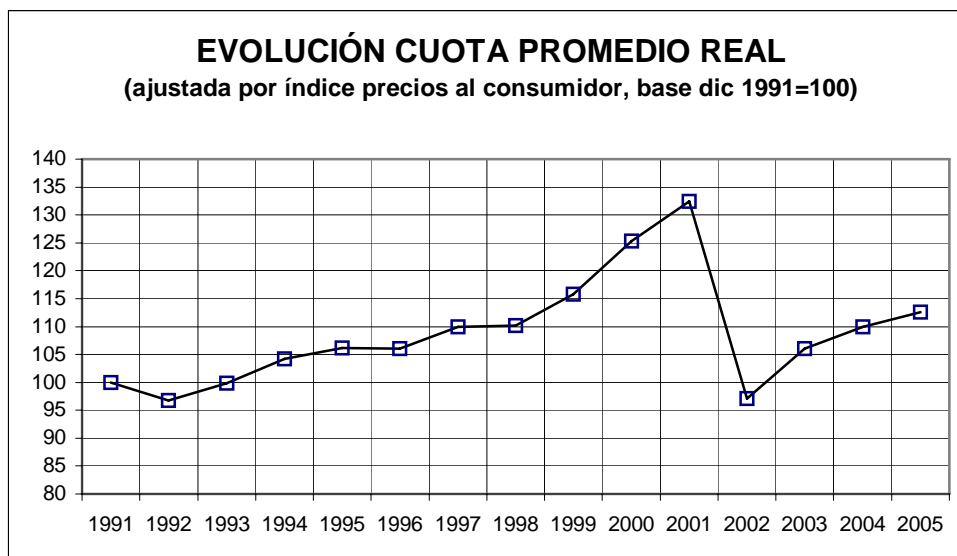
Los costos para el financiador van a venir dados por los aranceles que se le abonen a los prestadores, no surgen de la realización de una prestación, sino por el pago de la prestación realizada por un tercero (prestador), que tiene su

costo, y no es el mismo para todos los prestadores. Esto es así porque cada prestador tiene su propia estructura de costos con una carga de costos fijos diferentes y un nivel de actividad diferente, que hace obtener un costo unitario por prestación distinto. Una institución con una nómina de personal importante, muchos de los cuales son altamente calificados, con equipos de alta tecnología y estructura edilicia importante, tendrá que soportar costos mas elevados para realizar la misma prestación. Y acá se produce el cortocircuito entre prestadores y financiadores.

En el caso particular de las prepagas, éstas deberían funcionar como un seguro, un afiliado paga una cuota por la futura posible atención de un problema médico. Las prepagas, al igual que las empresas de seguro, deben realizar estudios de siniestralidad para poder fijar una cuota que cubra los requerimientos de los pacientes enfermos.

Hoy sabemos que la proyección de expectativa de vida ha crecido, hay más gente de edad avanzada que hace unas décadas, consumen mas servicios de salud por enfermedades propias de la edad, con lo cual debe existir un equilibrio entre la masa de afiliados jóvenes y sanos y aquellos de edad avanzada o enfermos. Estas empresas deben hacer un riguroso seguimiento de sus costos, pero también deben aliarse con sus prestadores para lograr objetivos comunes a ambos, ser rentables, y lo más importante, brindarle un servicio de calidad al paciente. En la práctica, por la presión de los costos que aparecen día a día, es poco lo que se indaga acerca de los riesgos relacionados con el envejecimiento de los actuales afiliados y la cobertura que recibirán entonces.

El gráfico que se presenta a continuación muestra la evolución de la cuota promedio de las prepagas en términos reales a lo largo de los últimos años.



Fuente: Datos de la Secretaría de Defensa del Consumidor y propios.

#### CONCLUSIONES:

Si se desea lograr un acuerdo beneficioso para la atención de la salud en la Argentina, se debe empezar por un diálogo constructivo entre prestadores y financiadores, donde entiendan que uno necesita del otro, y que ambos deben brindarle el mejor servicio al paciente. El prestador debe conocer indefectiblemente su estructura de costos, sin la cual no podrá tomar decisiones gerenciales importantes para la proyección de su actividad y el financiador debe dialogar con sus prestadores para consensuar políticas de calidad, uso del servicio, medicina preventiva y aranceles adecuados para la continuidad del servicio.

La intervención del Estado en esta relación se entiende en la medida que busque equilibrar entre afiliados, prestadores y financiadores y entre el presente y el futuro. Usar el poder público para favorecer a unos y perjudicar a otros, o consumir hoy los recursos que se necesitarán mañana, no parece la mejor decisión.

La salud no tiene precio, pero tiene costo, por lo tanto su desconocimiento puede traer consecuencias gravísimas para todos los actores del sector.