

FINANCIAMIENTO

Hasta aquí se han estado examinando los problemas del financiamiento desde el lado de las instituciones que prestan los servicios de salud. Para completar el diagnóstico de la situación de financiamiento hay que examinar la situación desde el punto de vista de los grupos sociales (demográficos, económicos, culturales) abastecido por ese sistema institucional, junto con la participación de esos grupos en el financiamiento propiamente tal.

Esta diferenciación en grupos se complica por las diferentes áreas que los subsectores definidos cubren, de manera que nos referiremos, en primer lugar, a la cobertura que prestan los servicios de atención médica.

La atención médica que presta el subsector público está (o debería estar), en general, organizada en torno a un sistema de hospitales de distinta categoría: centrales, regionales, periféricos, etc., en el cual un procedimiento de referencia permite cubrir todas las posibilidades de atención, desde el caso más simple al más complicado, incluyendo centros de atención especializada, de recuperación, etc. La potencia de esta organización se encuentra, precisamente, en su funcionamiento como sistema, ya que ello permite la utilización óptima de los recursos más caros y especializados que existen para la atención de la salud de la población.

Desde el punto de vista que nos ocupa en este momento, es necesario identificar los grupos abastecidos y su contribución al financiamiento. Puede afirmarse que estos grupos pertenecen a la población menos favorecida

en cuanto a distribución del ingreso, y su contribución al financiamiento de esta atención es prácticamente nula. Tal como se señala más arriba, la fuente más común de fondos para este subsector es la asignación presupuestaria del gobierno. Ya se señaló los problemas que esto trae en el área de los gastos de capital, pero aún en el área de los gastos corrientes debe tenerse en cuenta que el origen de los fondos es la contribución impositiva que, en general, proviene de los grupos de ingresos medios o altos, lo cual significa que la asignación de fondos para la atención médica del subsector público va a ser resistida por los grupos de presión que tienen acceso a los núcleos de decisión política o por esos mismos políticos que representan, en nuestros países, a los grupos de ingresos medios o altos. El resultado de esto es el desfinanciamiento crónico de la atención médica pública con una consecuencia inmediata que es la desorganización del sistema administrativo y de referencia de la organización asistencial. La conclusión es que el sistema de servicios de atención médica que forma la mayor fortaleza del subsector público, en general no existe en cuanto tal, hallándose transformado en "islas" de atención que hacen lo que pueden desde su mala organización y administración, por atender (aunque el término correcto en algunos casos sería "sacarse de encima") una demanda mal orientada por un mecanismo de referencia que no funciona. Afirmar que un mejor financiamiento solucionaría este problema es decir demasiado, pero no lo es si se determina claramente que el mejor financiamiento es para propósitos definidos de organización del sistema. Esto deja pendiente, claro está, el problema de cuáles serían las fuentes proveedoras de ese mayor financiamiento.

Veamos la situación en el subsector privado. En este caso las dos partes en que hemos dividido el subsector funcionan como si fueran una organización. Vemos aquí el fenómeno de que sin una administración ni organización preconcebida se alcanza algo así como el como el desideratum de un sistema de atención médica. Los centros más periféricos son los consultorios médicos privados y luego existe toda una red de establecimientos organizados que se utilizan como referencia, hasta llegar a los más altos niveles de especialización. Y el sistema funciona porque está bien financiado ya que el paciente paga el costo total de la atención. ¿Cuál es el problema? El costo es alto y creciente y en consecuencia la población que puede ser abastecida por este procedimiento es cada vez más reducida. En la medida en que esto ocurre el subsector privado debe buscar nuevas formas organizativas que le permitan seguir obteniendo ganancias y prestando el servicio que la población necesita. Tal vez convenga señalar aquí que este subsector sólo cubre el área de atención médica.

En apariencia el Seguro Social, obligatorio o voluntario, soluciona el problema del desfinanciamiento del subsector público y de la pérdida de cobertura del subsector privado. El procedimiento es muy simple, en lugar de hacer que un paciente pague el costo de su atención, un grupo de población paga la atención de la parte de ese grupo que la necesita, se disminuye de esa manera el riesgo de no ser atendido por falta de capacidad de pago, en caso de enfermar.

Surgen varios problemas. El seguro obligatorio, en primer lugar, cubre áreas sociales que no son salud (por ejemplo subsidios a los desempleados,

o de educación, etc.), tiene obligaciones en todo el territorio nacional sin (generalmente) la capacidad física para abastecerlo y en consecuencia no puede constituir el sistema regional ni de referencia que se mencionó al describir el subsector público, está destinado a grupos de población seleccionados en base a criterios no necesariamente prioritarios, con exclusión expresa de otros grupos de población. Por último, pero tal vez lo más importante (aunque no estoy muy seguro en qué sentido), se encuentra infiltrado por una filosofía de autonomía que lo lleva a incursionar fuertemente en el campo de la inversión financiera.

El seguro voluntario es una de las salidas del compromiso a que se enfrenta el subsector privado sólo que introduce un elemento de gran rigidez. Es tal vez un ejemplo claro de cómo la formalización de una situación funcionalmente eficiente puede disminuir la eficiencia de esa situación. Lo que ocurre es que si antes el médico privado podía enviar a su paciente a la clínica privada más conveniente, ahora se encuentra limitado en su elección a aquellas instituciones (a veces una sola) que forma parte de "su" organización. De manera que una de las mayores ventajas del subsector privado (el sistema de atención médica) se deteriora al transformarse en seguro voluntario. La cobertura depende de los acuerdos privados que se realicen entre los aseguradores y grupos o familias individuales.

En conclusión, en América Latina hoy, puede estimarse que ni el subsector público, ni el privado, ni las organizaciones del tipo del Seguro Social, se encuentran, por distintas razones que hacen a las fuentes y usos de financiamiento, a las capacidades existentes, a la cobertura según grupos y al sistema organizativo, en condiciones adecuadas de abastecer satisfacto-

riamente la demanda de atención médica. Y esto ocurre a pesar de que, en conjunto, los tres subsectores tienen, en potencia, todos los elementos para un enfoque más eficiente del problema.