
COBERTURAS DE SALUD

*Dr. Camilo Marracino **

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto describir las formas de coberturas en salud vigentes. Desde el punto de vista metodológico, se analiza los contenidos de la extensión social y de la profundidad o alcance de las mismas. En forma particular se detallan los distintos criterios utilizados para definir el acceso a las prestaciones. Por último, se efectúa una evaluación de la situación actual en la República Argentina describiéndose los déficits observados y las perspectivas futuras de las coberturas de salud.

HEALTH COVERAGE

Summary

The present work has for object to describe the different kinds of current health coverages. From the methodological point of view, it is analyzed the contents of the social extension and depth or reach of the same ones. In particular way, the different approaches used are detailed to define the access to services. Lastly, an evaluation of current situation is made in Argentina being described the observed deficits and the future perspectives of the coverings of health.

* Médico sanitarista UBA. Consultor en organización y evaluación de la atención médica. Fundación A. Donabedian y CLAS SALUD & Asoc. Buenos Aires. Argentina.

COBERTURAS DE SALUD

El interés por el análisis metodológico de las coberturas es una circunstancia ligada desde hace muchos años a los programas de salud preventivos y a la epidemiología.

Sin embargo, el desarrollo de los modelos y sistemas de salud y atención médica⁽¹⁾⁽²⁾ extendió este concepto abarcando en especial los de índole financiera.

Esta concepción de las coberturas fue objeto de diversas publicaciones y trabajos⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Curiosamente no existe una definición precisa de “Coberturas de Salud”. A pesar de ello, casi todos los partícipes del pensamiento sanitario reconocen y entienden su contenido, por lo que su definición debe ser asumida como una aproximación personal al tema.

Entiendo por coberturas en salud al conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa.

Básicamente existen dos enfoques para abordar la comprensión de las coberturas de salud. El primero es la extensión social de las mismas. El segundo se refiere al alcance o profundidad prestacional.

EXTENSIÓN SOCIAL DE LAS COBERTURAS.

Para este tipo de análisis debemos considerar las distintas formas de relación que tiene la población con las instituciones responsables y financiadoras de las coberturas. Estas modalidades tienen íntima relación con las concepciones ideológicas que poseen los modelos de salud⁽²⁾⁽⁴⁾ y son:

- a) Coberturas genéricas no nominativas: financiadas por rentas generales a cargo del sector público. Su destinatario son todas las personas sin excepción que habiten la jurisdicción o región. Se desarrollan bajo el criterio del derecho a la salud y atención igualitaria.

-
- b) Coberturas específicas nominativas: financiadas por aportes y contribuciones obligatorios (sobre el salario de los trabajadores), que son administrados por instituciones de la seguridad social (Obras Sociales y ART). Están destinadas a los trabajadores aportantes, a su núcleo familiar, y a los jubilados. Se desarrollan bajo el criterio de la solidaridad, atención igualitaria, independientemente del monto aportado.
 - c) Coberturas específicas nominativas: financiadas con aportes voluntarios administrados por instituciones con o sin fines de lucro (Prepagos, Mutuales, etc.). Están destinadas a las personas asociadas bajo el criterio de cobertura según capacidad de compra.
 - d) Independientemente de lo expuesto, existe la no-cobertura. Se expresa por la existencia de núcleos sociales que quedan al margen de una real atención, ya sea por motivos geográficos, económicos o culturales.

PROFUNDIDAD O ALCANCE PRESTACIONAL.

La definición de la profundidad prestacional (menú prestacional) de las coberturas, es metodológicamente una definición técnica con efectos económicos de importancia que acapara la atención. No obstante, detrás de estas alternativas metodológicas subyace un conflicto ético de mayor envergadura que condiciona los resultados asistenciales y económicos. El contenido de este conflicto se centra en los criterios utilizados para priorizar el uso y acceso a los recursos, por parte de las personas. Estos criterios, que en general no están explicitados, expresan la direccionalidad estratégica de los modelos o sistemas⁽⁴⁾, y son:

- a) Todo lo legítimo para aquellos que lo demanden. Libera el uso y la implementación de “tecnologías”, obteniéndose como resultado una baja eficiencia global con incremento de costos. Ej. Cobertura basada en el Nomenclador Nacional y el uso indiscriminado de las prestaciones.

-
- b) Todo lo legítimo para aquellos que lo necesitan. Prioriza “necesidades” de las personas, pero no garantiza el uso adecuado de la tecnología ya sea por no contar con su completo control o porque no se desea actuar sobre ellas. Se obtiene resultados con mediana eficiencia e incremento de los costos. Ej. Cobertura materno-infantil sin aplicar programas de atención primaria.
 - c) Lo posible para quien lo demande. Prioriza la “disponibilidad de recursos” independientemente de las necesidades de las personas. Se obtiene malos resultados asistenciales con baja eficiencia y con disminución inicial del gasto. Ej. Cobertura de las obras sociales de bajos ingresos que no definen prioridades y sólo aplican limitaciones.
 - d) Lo posible para quienes más lo necesiten. Prioriza “necesidades” de las personas y disponibilidad de recursos, exigiendo un estricto sentido en su asignación. Se obtiene resultados con aceptable eficiencia y bajos costos. Ej. Cobertura de los programas de salud rural.
 - e) Lo necesario para aquellos que lo demanden. Prioriza la “utilización racional de tecnologías” pero no las necesidades de las personas a las que sólo se abastece en su demanda. Se obtiene como resultados asistenciales mediocres, una baja eficiencia con disminución inicial del gasto. Ej. Cobertura con auditoría previa para la autorización de prestaciones.
 - f) Lo necesario para aquellos que lo necesiten. Prioriza “necesidades” y “utilización racional de tecnologías”. Se requiere identificar grupos de riesgo y estratificar el modelo en niveles de atención. Permite una decisión coherente y ética para priorizar el uso de los recursos. Se obtiene buenos resultados asistenciales con una alta eficiencia y con adecuados costos. Ej. Cobertura organizadas por niveles de atención y con priorización de grupos de riesgo.

Los criterios expuestos son utilizados, como hemos visto, en distintos modelos y sistemas de salud. Dada la conflictividad ética que plantean algunos de ellos, en relación con los resultados asistenciales y económicos, habitualmente se soslaya su explicitación y se la disimula con técnicas de publicidad y marketing. En cambio el último de los

criterios mencionados, “lo necesario para aquellos que lo necesitan”, plantea dentro de un entorno ético defendible, la aplicación de métodos de priorización⁽³⁾ en el uso y acceso de recursos que identifican los principios válidos para definir la profundidad de las coberturas, y que por su importancia creo que conviene precisar. Estos son:

- a) Identificación de los grupos de riesgo: presentes en la población cubierta, como: mujeres embarazadas y mujeres de edad fértil; niños menores de 1 año; personas mayores de 65 años; trabajadores según tipo de actividad; población por debajo del nivel de pobreza; y otros.

Estos grupos deben ser considerados desde la perspectiva de sus necesidades y no sólo por su demanda es recomendable desarrollar programas que se anticipen a esta.

- b) Selección de los problemas sanitarios prevalentes. Es conveniente establecer dentro del programa de atención médica las prioridades que corresponden a los problemas sanitarios prevalentes como: Salud mental; Rehabilitación; Salud bucal; Medicamentos, Material descartable y Prótesis; Enfermedades prevenibles o evitables; y otras.
- c) Estratificación de las Coberturas. Me refiero al proceso de estratificación de la atención médica por “niveles”, teniendo en cuenta la “accesibilidad”, los “riesgos” y la complejidad de las prestaciones.

De esta forma, quedan constituidos los siguientes niveles de cobertura:

- υ Primer Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones con accesibilidad directa de las personas al sistema. Fundamentalmente comprenden acciones primarias ambulatorias: Prevención, Promoción de la Salud, Consulta por Médico de Cabecera, Urgencias.
- υ Segundo Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad referencial, a través de una solicitud o derivación y su posterior contrarreferencia. Incluyen prestaciones especializadas, ambulatorias y de internación de mediana

complejidad; Prácticas diagnósticas y tratamiento; Internación de agudos clínico, quirúrgica, obstétrica, pediátrica.

- υ Tercer Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad indirecta, a través de una derivación con indicación de atención prolongada o muy especializada. Se desarrollan acciones ambulatorias y de internación de alta complejidad o muy especializadas. Comprende: Alta Complejidad, Atención Médica para Crónicos, Internación de larga estadía.

Además de los tres niveles decriptos es posible identificar prestaciones no prioritarias, como prestaciones opcionales y prestaciones excluidas cuyo contenido no forma parte del presente análisis, pero puede ser consultado en alguno de las publicaciones referenciales.

SITUACIÓN ACTUAL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Desde el enfoque de la extensión de las coberturas existía a mediados de la década del 80 una cobertura genérica ofrecida por el Sector Público que alcanzaba a la mayoría de la población a través del Hospital Público, que si bien reflejaba problemas en su eficiencia, ofrecía soluciones efectivas a las demandas de la población que acudía a los mismos. Al mismo tiempo, el 75% de la población poseía coberturas de Obras Sociales (obligatorias) y otro 5% de Prepagos (voluntarias). Sólo el 20% poseía como única alternativa la ya descrita cobertura pública⁽⁷⁾⁽⁹⁾.

Hacia fines de los '90 esta realidad sufrió profundos cambios ⁽⁶⁾ concordantes con la problemática económico-social de la población influida por la desocupación y la economía de mercado. Las coberturas de Obras Sociales cayeron al 50% de la población y la de los Prepagos creció aproximadamente al 10%. La población, cuya única alternativa es el Hospital Público se duplicó y es aproximadamente el 40% del total. Además, dentro de este último grupo, se detectan indicadores y datos que presuponen la existencia de grupos de población sin cobertura. Esta realidad muestra

un fuerte incremento de la inequidad del sistema, con deterioros en la salud de los grupos sociales de mayor riesgo.

Concomitantemente, y desde el enfoque de la profundidad de las coberturas, se observa que la definición de las prioridades prestacionales ha tenido en la República Argentina ciclos con cambios en las normas de cobertura de las entidades financiadoras. Se relacionan con las dificultades económicas-financieras que éstas han tenido y su éxito o fracaso para sortearlas.

Históricamente y hasta principios de la década del 80 el criterio general vigente fue el de “todo lo legítimo para quién lo demande” generándose estímulos de consumo y utilización que tendían a la sobreutilización de prestaciones”⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Durante la década de los 80 el proceso inflacionario de la economía argentina condicionó los programas prestacionales, obligando a restricciones no planificadas, incorporándose criterios alternativos como “lo posible para generar la demanda”. La mayoría de las veces se ha implementado a través de trabas a la accesibilidad económica (coseguros), geográfica (limitación extrema de prestadores), o administrativa (pre-requisitos para la autorización).

Aposteriori, durante la década del 90 el plan de convertibilidad, la economía de mercado y la desocupación, profundizaron las restricciones provocando un amplio y extendido cambio en las modalidades contractuales de las Obras Sociales que adoptaron la capitación como forma habitual en sus convenios. Este proceso limita los estímulos y conductas prescriptivas orientándola hacia la subprestación. Como contrapartida se impulsó el Plan Médico obligatorio⁽¹⁰⁾ que normatiza el “menú prestacional” obligatorio de las Obras Sociales, utilizando un mix de criterios que tuvieron un efecto paradójal. Por un lado, obligaron a incrementar las coberturas (SIDA; oncología; medicamentos), pero por el otro, el escaso control y monitoreo existente sobre la utilización y resultados ha terminado por convalidar las conductas restrictivas basada en principios económicos independientemente de los resultados asistenciales.

El proceso descrito muestra que en la realidad los sistemas y modelos de salud y atención médica se han orientado en los últimos años presionados por los aspectos

económico financieros, hasta tal punto que parecería haber quedado en un segundo plano la real necesidad que en términos de salud tienen las personas, lo cual implica una disminución de la eficiencia de los sistemas en la República Argentina que tienen un gasto anual de \$600 por persona.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS.

La realidad descrita nos muestra una disminución de las coberturas en salud e ineficiencia de las mismas. Existen déficits como: inequidad en la extensión de las coberturas con grupos sociales marginados; falta de priorización de necesidades; fallas en la accesibilidad; uso inadecuado de los recursos con un excesivo interés en la rentabilidad.

Este panorama puede ser imaginado como integrando un proceso social de lenta degradación o, en cambio, como un proceso integrado por ciclos de “prueba y error” que impulsan a la sociedad a cambios y adaptaciones concordantes con las tendencias mundiales.

Todo parece indicar que la segunda alternativa es la correcta y dentro de ésta perspectiva la tendencia observada en el ámbito de la salud lo corrobora con:

- a) Creciente interés del pensamiento político en incluir dentro de redes sociales formales a los grupos que quedaron fuera del sistema. Desde el punto de vista de las coberturas en salud este interés se refleja en proyectos de seguros públicos de salud destinados a personas sin coberturas específicas que por efecto de tal implementación las poseerían.
- b) Retoma de los objetivos sanitarios como objetivos políticos y no sólo como instrumentos secundarios, lo cual va a obligar a monitorear resultados y obrar en consecuencia. Seguramente se impulsarán los procesos que prioricen necesidades, mejor accesibilidades y adecuado uso de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Mera y Col. “Los Servicios de Salud en la Argentina”. Fundación Universidad a distancia Hernandarias. De Docencia. Buenos Aires. Argentina. 1995.

-
2. C. Marracino. "Tendencias en la Atención Médica y Cambios en la Concepción de la Calidad". Medicina y Sociedad. Mayo de 1998.
 3. C. Marracino. "Prestaciones Básicas". Medicina y Sociedad. Nº4 Vol. XVIII. Buenos Aires. Argentina. Oct-Dic. de 1995. ®
 4. C. Marracino. "Modalidades, Modelos y Sistemas". Programa de educación a distancia. "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud". Medicina y Sociedad. Instituto Universitario CEMIC. 1998.
 5. S. Bosch, J. Freidemberg, M. A. Flores. "Desarrollo de los Sistemas de Atención Médica Prepagas en EE.UU.". Medicina y Sociedad. Mayo-Junio 1987. Vol. 10 Nº3.
 6. Tafani. "Reformas al Sector Salud R.A.". Informe CEPAL. Naciones Unidas. Buenos Aires. Argentina. 1996.
 7. C. Marracino. "Cambios y Perspectivas de la Atención Médica en la R.A." Medicina y Sociedad. Vol. 21 Nº2. Junio de 1998.
 8. E. Pampliega, Ruza de Mera M.E (1978). "Influencia d la forma de contratación sobre el promedio días de estadía" Medicina y Sociedad. Vol. 1 Nº3.
 9. C. Marracino. "Perspectivas de la Atención Médica en la R.A". Revista CONFEDERAL-CONFECILISA.
 10. Resolución Ministerio de Salud Nº247. Prestaciones Médicas Obligatorias para Obras Sociales. Mayo 1996

PRINCIPALES CRITERIOS PARA PRIORIZAR PRESTACIONES

CRITERIO	RESULTADO
TODOS LO LEGITIMADO PARA QUIEN LO DEMANDE	BAJA EFICIENCIA ALTOS COSTOS MEDIOCRES RESULTADOS ASISTENCIALES
LO POSIBLE PARA QUIEN LO DEMANDE	BAJA EFICIENCIA BAJO GASTO UNITARIO MALOS RESULTADOS ASISTENCIALES
LO NECESARIO PARA QUIEN LO NECESITE	ALTA EFICIENCIA ADECUADOS COSTOS BUENOS RESULTADOS ASISTENCIALES

* Médico sanitarista UBA. Consultor en organización y evaluación de la atención médica. Fundación A. Donabedian y CLAS SALUD & Asoc. Buenos Aires. Argentina.