

**Servicios de salud de la seguridad social específicamente dirigidos a personas
mayores.**
Análisis contrastado del PAMI argentino con el MEDICARE norteamericano

MG. Nélda Redondo
INDEC/Universidad Católica Argentina/Universidad Maimónides
Noviembre de 2003

Introducción1

Los Estados Unidos de Norteamérica y la República Argentina en el Cono Sur del continente americano son dos países envejecidos: las personas mayores de 65 años representaban en el año 2001 el 12,5 % y 9,9% del total de sus poblaciones totales, respectivamente. Sin perjuicio de las significativas diferencias económicas, sociales y culturales que las distinguen, ambas sociedades comparten una modalidad institucional similar en los sistemas de atención de la salud para sus poblaciones retiradas. En efecto, el MEDICARE norteamericano y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) argentino son las únicas agencias de la seguridad social en el mundo que están específicamente dirigidas a proporcionar atención médica a las personas jubiladas y pensionadas. En realidad, como se analizará en el documento, el INSSJP argentino se inspiró en el modelo norteamericano.

Dada la importancia que la cobertura de atención de la salud posee sobre las condiciones de vida de las personas mayores, este trabajo analiza comparadamente la estructura de los servicios y aspectos cruciales del desempeño de ambos organismos, sus problemas actuales y las tendencias de reformas previstas, a fin de identificar los aprendizajes emergentes que puedan ser de interés y relevancia para la experiencia internacional. El documento presenta información sobre: a) las características de las poblaciones mayores cubiertas por el MEDICARE y por el INSSJP, b) el presupuesto devengado y ejecutado de los años 2000 y 2001 del MEDICARE norteamericano y el del INSSJP argentino, c) la estructura de la oferta prestacional de ambas agencias y d) los principales ejes de los actuales debates en torno a las reformas en cada uno de los sistemas. Finalmente, en las conclusiones se resaltan las fortalezas y las debilidades institucionales y se identifican aprendizajes claves para otros países.

La autora agradece muy especialmente los comentarios y sugerencias de Peter Lloyd-Sherlock, Roberto Kaplan, Roberto Souto y José Luis Tesoro. Como es de rigor, los errores u omisiones son de exclusiva responsabilidad de la autora. El trabajo de investigación se realizó mediante el subsidio de United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

1.- La creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) es un organismo autárquico de la seguridad social argentina, creado en el año 1971. Como bien señala Lloyd-Sherlock (2001), el INSSJP fue creado en las postrimerías de un gobierno militar jaqueado por la resistencia popular, mientras se iniciaba un período de transición democrática que culminaría con la elección de un nuevo gobierno peronista en 1973. Con la creación del Instituto, el viejo régimen militar abrigaba las esperanzas de concitar apoyo popular para competir en la futura democracia. Por un lado, fortalecía aún más sus relaciones con los sindicatos debido a que les transfería los altos costos de la protección de los jubilados desde las obras sociales. Por el otro, el país ya estaba envejecido, gran parte de los jubilados se habían retirado de actividades laborales independientes, por lo que carecían de obra social. Los militares esperaban que la oferta de este paquete de beneficios sociales se tradujera en futuros réditos electorales.

De acuerdo con su ley de creación, la misión del INSSJP es proporcionar servicios sociales y de salud a todos los jubilados y pensionados de las cajas nacionales de previsión, que alcanzan a más de tres millones de personas en todo el territorio nacional. Para ello ejecuta los fondos provenientes de las contribuciones del 1% de la nómina salarial de todos los trabajadores activos del país, del 2% de los jubilados y pensionados y del 3% de los aguinaldos de activos y pasivos. El INSSJP se rige por el derecho privado, es decir, sus cuentas no son revisadas por los organismos de contralor público, bastando las resoluciones de sus autoridades para disponer acerca del gasto de su presupuesto. En períodos de normalidad institucional el Instituto está dirigido por un Presidente designado por el Poder Ejecutivo Nacional, al que acompaña en la gestión un Directorio conformado por representantes de: a) los sindicatos de trabajadores activos, b) las organizaciones de jubilados y pensionados y c) del Estado Nacional.

En realidad, es fácil inferir que en las especulaciones de los militares argentinos tuvo una influencia decisiva la creación, cinco años antes, del MEDICARE norteamericano. Sin embargo, el diseño del proyecto y el proceso que permitió su concreción fueron notoriamente diferentes a los señalados para el INSSJP argentino, tanto en los tiempos, en las motivaciones prevalecientes y en la diversidad de los actores intervinientes,

como en la trama político institucional actuantes y resultantes en una y otra agencia.

El MEDICARE es el resultado de un amplio proceso de discusión democrática, en el que se saldaron poderosos intereses sectoriales encontrados y del que participaron decisivamente las organizaciones de los mismos destinatarios, imponiendo un modelo de atención de la seguridad social en un país con fuertes convicciones ciudadanas que privilegian la cobertura privada de riesgos.

El INSSJP, en cambio, se consolidó a partir de pactos con grupos sectoriales poderosos, sin participación de la ciudadanía. Sobre estas diferentes bases fundacionales se erigieron distintos modelos de organizaciones, cuyas características se presentan seguidamente.

2.- Situación y prestaciones del INSSJP. Análisis comparado con el MEDICARE norteamericano

Existen diferencias significativas entre la Argentina y los Estados Unidos, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de establecer comparaciones. En el año 2000, las estimaciones del Producto Bruto Interno (PBI) per cápita de la Argentina alcanzaban los \$ 7988,7 y mostraban una tendencia al descenso desde el año 1998.² El presupuesto del INSSJP del año 2000 fue de 2.335 millones de pesos, representando el 0,75% del PBI del país. Sus gastos ascendieron, en cambio, a 2.618,8 millones³ de pesos, que significaron el 0,87% del PBI de ese mismo año y representaban una asignación de 748 pesos por afiliado por año.

Los Estados Unidos de Norteamérica constituyen el país más rico del planeta, disponiendo sus habitantes de un P.B.I. per cápita anual de U\$S 33.900. En el año 2000, el presupuesto del MEDICARE fue de U\$S 224.400 millones de dólares que representaron el 2,3% del PBI total norteamericano y equivalían a 5.754 dólares por afiliado por año.

¿Por qué entonces comparar el desempeño de una y otra institución, si los contextos socioeconómicos y culturales son significativamente diferentes?

² En el año 2000, 1\$ equivalía a 1U\$S. En el momento de escribirse este documento la devaluación del \$ argentino respecto de la divisa norteamericana alcanzaba a \$ 2,95 =U\$ 1.

³ Miles de millones en español equivalen a *billion* en la lengua inglesa.

La reseña histórica de la evolución del mercado de la salud en la Argentina en la última mitad del Siglo XX muestra la enorme influencia ejercida por las propuestas técnicas de los organismos regionales y multilaterales de crédito. Las referidas propuestas orientaron hacia un modelo similar al norteamericano de contratación privada de servicios de salud antes que a la promoción de programas públicos de prestaciones universales, más afines a la tradición europea. La creación del INSSJP estuvo particularmente influenciada por el establecimiento en los Estados Unidos –5 años antes- del MEDICARE. Sin embargo, la evolución de una y otra agencia de seguridad social mantienen notorias diferencias, resultando fructífero analizar por contraste la problemática político institucional que tanto gravita sobre la actual crisis del PAMI.

2.1. La población mayor de 65 años con derecho a cobertura

Existe consenso generalizado acerca de que el PAMI y el MEDICARE se especializan en proporcionar cobertura de salud a la población de edad mayor. Sin embargo, aparece en este punto la primer diferencia de interés: mientras la población mayor de 65 años afiliada al PAMI representa el 64,3% del total de las personas de esa edad en la Argentina, el MEDICARE norteamericano proporciona servicios al 97% de los mayores de 65 años que residen en los EEUU.

Insertar Figura 1

Las diferencias se explican por las disímiles condiciones de admisión en cada uno de los programas. Son afiliados al INSSJP los jubilados y pensionados -sin especificaciones de edad- del Sistema Nacional de Previsión y sus familiares a cargo, cónyuges, hijos menores de 21 años o discapacitados, padres o suegros. El Instituto incorporó además en la década del 90, la atención de los Veteranos de la Guerra de Malvinas, que rejuvenecieron el padrón de los afiliados.

El MEDICARE norteamericano, en cambio, proporciona cobertura a los retirados que cobran haberes de la seguridad social y sólo a sus esposas/os. Para acceder es necesario haber aportado durante más de 10 años de la vida activa al MEDICARE, pero el ingreso se efectúa una vez que cumplieron los 65 años edad. Asimismo, personas mayores que lo deseen, pueden pagar privadamente por la cobertura cuando alcanzan esa edad. El límite de edad no se cumple sólo en el caso de los discapacitados, los enfermos renales

severos con diálisis o transplantes y, más recientemente, las personas afectadas por esclerosis múltiples.

Es decir, mientras el MEDICARE está específicamente dirigido a proporcionar cobertura a personas mayores y discapacitados, el INSSJP no está focalizado en la atención geriátrica, sino en cubrir los riesgos de salud de la población jubilada y sus familiares a cargo. Por esta razón, de los 3.211.000 afiliados que el Instituto tenía al 31 de diciembre del 2001, el 29,8% del total eran menores de 65 años, en tanto sólo el 13,3% del total de los asociados al MEDICARE eran menores de esa edad. Curiosamente, a pesar de que prácticamente el 30% de los afiliados al INSSJP son adultos, jóvenes o niños, la cápita integral que paga es similar para todos los grupos de edad, es decir, paga el valor de una cápita geriátrica a todo el padrón. Asimismo, exceptuando la contratación de servicios pediátricos específicos, el INSSJP no diferencia programas de atención médica –ambulatoria o de internación-, la oferta prestacional es única e indiscriminada para todos los grupos de edad.

Insertar Figura 2

En la Argentina existe disparidad entre jubilación y edad mayor cuyas causas son también, en parte, de índole político-institucional: la jubilación a edades tempranas ha sido un comportamiento frecuente en el sistema previsional argentino, y en la década del 90 fue utilizada para ajustar el mercado de trabajo o para otorgar jubilaciones de privilegio. La jubilación prematura constituye, justamente, una de las causales de su sobrecarga financiera y repercute, asimismo, en la afiliación a la obra social de esposas más jóvenes e hijos menores a cargo. Asimismo, la más baja cobertura del PAMI entre el total de las personas mayores de 65 años del país obedece al alto índice de trabajadores informales que no cotizan a la seguridad social y, por lo tanto, carecen de derechos para acceder a la afiliación.

2.2.- Análisis comparado de prestaciones y servicios

El INSSJP procuró, desde el inicio de su actividad, ampliar el espectro de sus prestaciones a fin de proveer una cobertura integral frente a las necesidades de sus afiliados. Por tratarse de un programa de salud destinado fundamentalmente a población de edad avanzada, los servicios abarcaron prestaciones médicas y prestaciones sociales que, originariamente, incluían internación geriátrica durante período prolongado, turismo y recreación. A

partir del año 1978, se fueron incorporando gradualmente subsidios económicos para el pago de internación geriátrica, de alquiler o para cubrir déficit debido a ingresos monetarios insuficientes. Al finalizar la década del 70, el Instituto ofreció un crédito para la compra de vivienda, en la década del 80 construyó barrios para otorgar viviendas en comodato y en la década del 90 organizó el Programa Probienestar de los Mayores que proporciona complemento alimentario nutricional a afiliados con necesidades básicas insatisfechas.

El análisis del presupuesto del INSSJP permite conocer las proporciones que se destinaron en los años 2000 y 2001 a los distintos tipos de prestaciones ofrecidas, así como evaluar la flexibilidad que exhiben para adecuar los gastos ante las modificaciones en los ingresos.

En primer lugar, la comparación entre los años 2000 y 2001 muestra una caída interanual cercana al 10% en los ingresos percibidos por el INSSJP (Figura 3). El descenso es consecuencia directa del desempleo y subempleo que disminuye la masa de aportes activos. Por otra parte, decreció la masa de aportes de los pasivos -en una tendencia que se acentuará en los próximos años- por un doble motivo: a) la reducción en esos años del 13% de los haberes jubilatorios superiores a un monto medio y b) la creciente disminución de la cobertura previsional entre las personas mayores debido a las mayores exigencias para el acceso al beneficio impuestas por la reforma del año 1994 y al sostenido desempleo de las personas de edad madura.

Insertar figura 3

En el contexto de la caída de los ingresos, las prestaciones del INSSJP también sufrieron ajustes. Los gastos devengados en cada rubro, durante esos años se presentan en la figura 4. El cuadro permite observar que a pesar de la caída de los ingresos, los gastos de servicios de la deuda financiera externa e interna aumentaron entre un año y otro (Rubro IV- Gastos Financieros), también se registró el incremento de la participación relativa del gasto en administración, un comportamiento que parece típico en las instituciones estatales y paraestatales argentinas.

Insertar figura 4

Una perspectiva comparada permite observar mejor la magnitud de los desvíos de recursos del INSSJP. La figura 5 presenta la ejecución

presupuestaria del MEDICARE desagregada por rubros prestacionales, para el ejercicio anual 2000.

Insertar figura 5

El MEDICARE norteamericano gasta sólo algo más del 3% de su presupuesto en administrar los servicios de salud, también contratados a terceros. Los gastos administrativos del INSSJP representan el 15% de su presupuesto, al que se debe sumar el casi 3% que insume el pago de la deuda.

Entre el año 1999 y el 2000, el presupuesto del MEDICARE se incrementó en alrededor del 4% y se proyectaron incrementos similares para los años siguientes (CMS, 2002). En los últimos años –notoriamente a partir de 1997- se ha registrado un progresivo aumento del pago a organizaciones de *managed care*, tanto en *Part A* como en *Part B*, con el correlativo descenso del pago por la utilización de servicios *fee for service*, poniendo en evidencia la reorientación del gasto hacia el pago de los servicios gerenciados de salud, tanto para atención hospitalaria como para medicina general. Sin perjuicio de ello, la inflación de los costos del MEDICARE es sostenida, pasando de su presupuesto de U\$ 7,5 miles de millones en el año 1970 a U\$ 111,0 miles de millones en 1990 y estabilizándose en más de 200,0 mil millones a partir del año 1996 (Health, United States, 2002: table 134). Si se relacionan los gastos con la cantidad de afiliados, es posible observar que el MEDICARE pasó de gastar U\$ 370 por afiliado en el año 1970 a U\$ 3.240 en el año 1990, alcanzando actualmente a alrededor de U\$ 5.700 por afiliado por año. El aumento de los gastos se origina en la mayor cobertura de servicios y prestaciones, fundamentalmente de alta complejidad y con utilización de tecnología. Por el contrario, los gastos administrativos descendieron desde 14,2% del total del presupuesto en el año 1970 a los actuales 3,25% ó 3,9% según se imputen o no los rubros de investigación dentro de ellos (CMS/OACT, 2002).

A pesar de la inflación de los costos de la atención médica, los afiliados del MEDICARE deben realizar gastos de bolsillo para cubrir prestaciones indispensables. Este es el fundamento de los estudios de reformas en el sistema que incluyen, por supuesto, la reducción de sus gastos administrativos y la simplificación de sus normas.

Merece destacarse, asimismo, que mientras el MEDICARE dispone de una oficina específicamente destinada a estudios actuariales, elaboración y

publicación de estadísticas y proyecciones, el INSSJP sólo posee una oficina de estadísticas a cargo del procesamiento de los datos que ocasionalmente presentaban los prestadores. No cuenta con actuarios en su planta de personal y no posee un sistema de informaciones propio que permita controlar a los proveedores. Finalmente, el INSSJP no publica información referida a su presupuesto o a sus gastos.

2.3.- Las prestaciones médicas

Tanto en el INSSJP como en el MEDICARE, la prestación de servicios de salud constituye la razón de ser o misión de las organizaciones. Pero como se analizará seguidamente existen significativas diferencias entre ambos según: a) la distribución presupuestaria del gasto por tipo de prestaciones, b) la diversidad de las prestaciones que se ofrecen, c) la evaluación de la calidad de los servicios proporcionados y d) la información a los usuarios y, en consecuencia, la accesibilidad de los mismos a los respectivos servicios.

La primera y más notable de las diferencias entre ambos presupuestos se observa en las proporciones destinadas al pago de prestaciones médicas: mientras el INSSJP asigna poco más del 60%, el MEDICARE aplica la casi totalidad de sus fondos al pago de los servicios médicos –96,7%- excluyendo sólo un pequeño porcentaje que destinado a los gastos de administración. Esta significativa diferencia se explica en parte, por el ya analizado porcentaje –18%- que absorben los gastos administrativos y el pago de la deuda y, por otra parte, porque el Instituto proporciona prestaciones sociales a sus afiliados que insumen casi el 15% de su presupuesto total. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el porcentaje del presupuesto del INSSJP destinado al pago de las prestaciones médicas propiamente dichas es aún menor debido a que las gerencadoras también afectan un porcentaje de los contratos a la administración de sus sistemas de atención.

Respecto del espectro de prestaciones médicas que ofrecen uno y otro plan merece destacarse que, según declara la normativa en vigencia y los términos de las licitaciones de las cápitales integrales, el INSSJP ofrece –curiosamente- mayor diversidad y universalidad de cobertura que el MEDICARE.

En el MEDICARE, el plan *básico (Part A)* cubre los cuidados hospitalarios completos, sin prácticamente gastos complementarios para la totalidad de

los beneficiarios. La atención médica ambulatoria en todas las especialidades de diagnóstico y tratamiento demanda, a gran parte de los asociados, el pago suplementario de alrededor de U\$S 45 mensuales (*Part B*) y tiene carácter opcional. Existen también planes opcionales que cubren otros servicios no incluidos en la cobertura y demandan pagos adicionales, o los proporciona el MEDICAID a las personas de edad de escasos recursos. La oferta de los servicios es precisa, se publica en Internet (www.cms.gov) y en folletos o ediciones en soporte papel. También son públicas las bases de datos de prestadores de servicios por estado y las diversas evaluaciones de la calidad de las prestaciones por proveedor de servicios, incluyendo los resultados de las encuestas de opinión a los usuarios. El presupuesto que se presenta en este estudio no incluye cobertura de medicamentos ambulatorios, dado que actualmente se está debatiendo en el congreso norteamericano su incorporación a las prestaciones proporcionadas por el MEDICARE.

El INSSJP ofrece un vasto repertorio de prestaciones que, tal como se lo presenta en la normativa en vigencia, prácticamente no posee límites en la cobertura. Sólo los medicamentos requieren algún tipo de pago por parte de los afiliados dado que el resto de las prestaciones médicas no tienen ningún tipo de cargo de coseguro (Redondo y col., 2001). El problema crucial de la cobertura es su total opacidad, es decir, su falta total de transparencia (www.pami.org). El PAMI no hace pública su oferta prestacional y mucho menos las formas y trámites para acceder a ellas. La estrategia prestacional del INSSJP es ofrecer todo tipo de prestaciones, evitando que los afiliados las conozcan y, por tanto, las soliciten. Se agrega a esta estrategia general, una organización de los servicios contratados que obliga a circular por distintos establecimientos, algunos de ellos bastante alejados entre sí, para completar una práctica de atención primaria. En general, los prestadores tampoco conocen con exactitud los lugares de derivación, por lo que el afiliado debe recurrir nuevamente al médico de cabecera o a la sede del INSSJP para poder concretar la derivación.

En el caso particular de cobertura de salud para población mayor, la estrategia del INSSJP es fuertemente inequitativa debido a que la inaccesibilidad de las prestaciones perjudica especialmente a los ancianos de edad extrema que tienen más dificultades para desplazarse, más necesidades de salud y menos recursos para hacer frente al costo de los traslados, además de aumentar exponencialmente el riesgo de accidente por la utilización del transporte público. Perjudica también a las personas mayores sin hijos con capacidad de ayuda y provoca lucro cesante en los hijos adultos que

atienden a sus padres. Merece destacarse además que el INSSJP no posee mecanismos de control y evaluación de la calidad de las prestaciones que proporcionan los servicios contratados.

2.4.- Las prestaciones sociales

Las denominadas prestaciones sociales ocupan una proporción importante – 15%- del presupuesto total del INSSJP. Desde el inicio de las actividades, el Instituto enfatizó que las mismas formaban parte de una propuesta *integral* para el cuidado de la salud de la población afiliada, superadora del tradicional paradigma médico hegemónico.

Las internaciones geriátricas en instituciones contratadas y en muy pocas propias, constituyen la prestación social más antigua del INSSJP. Entre muchas que desaparecieron, persisten en la actualidad otras prestaciones sociales: subsidios monetarios para atender necesidades de vivienda, para ayudas domiciliarias, para la atención de discapacitados o para internaciones geriátricas en hogares no contratados por PAMI. En la última década se diseñó y desarrolló el Programa Probienestar para proporcionar complemento nutricional-alimentario a afiliados con necesidades básicas insatisfechas.

En octubre de 2001 la tasa de utilización de la internación geriátrica alcanzaba a 0,5% del total de los afiliados, en tanto las autoridades del Instituto referían que el 13,9% de los afiliados utilizaban el PROBIENESTAR. Las restantes prestaciones sociales no tenían identificados registros de población beneficiaria. Lloyd-Sherlock (2001) señala que en el año 1999 se habían otorgado 8500 subsidios, pero es necesario tener en cuenta que un afiliado o un grupo familiar podían recibir más de uno. Coincidimos con el autor en que la lógica de estos subsidios es “dudosa”: no existen criterios transparentes para la selección de los casos, y la ínfima tasa de cobertura sobre el total del padrón robustecen la percepción de un privilegio, antes que de servicios adecuados para satisfacer necesidades básicas de grupos vulnerables de la población afiliada.

Las prestaciones geriátricas también sugieren inequidad: la tasa de cobertura no guarda relación con cálculos actuariales de estimación de la demanda potencial para este tipo de servicios. Tampoco se conocen los criterios de admisión, ni se hacen públicas las nóminas de aspirantes a vacantes e ingresos al sistema. El Programa Probienestar, que es la prestación social

con mayor cobertura, se ejecuta a través de centros de jubilados que tienen a su cargo la compra de los alimentos y su distribución entre los afiliados con ingresos monetarios insuficientes de su área de influencia. A pesar de su base comunitaria de operación, el Instituto no hace pública la nómina de centros de jubilados que integran el Programa, ni el dinero que reciben para su desarrollo.

En síntesis, las prestaciones sociales del INSSJP no parecen contribuir a la prestación integral de servicios de salud, sino más bien dan la impresión de una distribución inequitativa de recursos a pequeños grupos de la población afiliada. La oferta y modalidad de acceso a las mismas no se hace pública, por lo que es desconocida por casi la totalidad de los afiliados y se otorgan discrecionalmente, a veces para cubrir emergencias y muchas veces a través de relaciones clientelares. Debe tenerse en cuenta además que muchos subsidios se dirigen a los centros de jubilados, organizaciones de base comunitaria que están fuertemente impregnados por un estilo político “clientelar” de distribución de recursos y favores a cambio de votos (al respecto, ver Auyero, 2001). Puede concluirse, en síntesis, que alrededor del 15% del presupuesto del Instituto es consumido por las “prestaciones sociales”, rubro al que se imputan asignaciones que no son de acceso universal y que contienen una proporción demasiado elevada de sesgo político. Asimismo, es necesario resaltar que, pese a lo abultado del gasto, son prácticamente despreciables los recursos destinados al cuidado domiciliario de ancianos frágiles.

El MEDICARE, por su parte, no ofrece servicios análogos a este tipo de “prestaciones sociales” del PAMI. Ello se debe a que la atención a población mayor con recursos insuficientes o en situación de pobreza se realiza con el aporte complementario del MEDICAID. Por otra parte, los servicios son exclusivamente de atención médica y cuidado de la salud. En este contexto, la única prestación de la agencia norteamericana equiparable por sus objetivos a las “sociales” argentinas sería la de cuidados domiciliarios, rubro que –contrariamente a lo sucedido en el PAMI- creció notablemente su participación presupuestaria en los últimos años.

3.- Análisis comparado de los proyectos de reforma MEDICARE-INSSJP

Después de más de tres décadas de funcionamiento, y por diferentes motivos, tanto el MEDICARE como el PAMI tienen actualmente planteados escenarios de reforma. Los diseños originarios han quedado desactualizados

ante las nuevas realidades y demandas sociales. Sin embargo, desde un inicio que parecía común para ambas agencias americanas, las trayectorias de una y otra se han bifurcado y condicionan dos orientaciones notoriamente diferenciadas en las transformaciones previstas.

3.1.- Las reformas en el MEDICARE

Las reformas planteadas para el MEDICARE procuran ofrecer respuestas a problemas actuales de inadecuación de los servicios, tales como falta de cobertura de medicamentos ambulatorios, especialmente los dirigidos al tratamiento de las enfermedades prevalentes –diabetes, coronarias, colesterol, enfermedades mentales-, y de prestaciones íntimamente vinculadas con la prolongación de la autonomía individual, como los anteojos, los audífonos y la salud dental. Asimismo, se reclama que el diseño tradicional no estimula la gestión coordinada de los servicios entre los diversos proveedores y centros de cuidados. La prestación de los servicios está fragmentada por sedes y especialidades, con pocos mecanismos o incentivos financieros para que los proveedores sigan a los pacientes con problemas múltiples a través de todo el circuito de servicios (White House,2002).

Por otra parte, está previsto el aumento de la población asociada al MEDICARE en los próximos años: a) se espera el crecimiento de la población mayor cuando alcancen los 65 años las generaciones de la *baby boom* de la posguerra, b) se espera el aumento de los menores de 65 años con discapacidades que los hagan elegibles para el MEDICARE, y c) se espera el significativo aumento de la población de edad extrema (mayores de 85 años), en realidad el segmento de más rápido y notorio incremento. Sin perjuicio de ello, no se pueden estimar *a priori* los efectos de estos cambios sobre los gastos de salud que efectúen los beneficiarios, dado que dependerán de la compleja interacción entre distintas tendencias. Por un lado, se prevé el aumento de la necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria y más cuidados médicos de *long term*. Sin embargo, se tiene en cuenta que entre 1984 y 1999 se registró en U.S.A. un descenso del porcentaje de personas que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria–del 24% al 19%- a pesar del aumento significativo de la población de edad extrema (Cutler,2001 citado en MEDPAC, 2002). En cambio, se prevé el incremento de los discapacitados menores de 65 años con derecho a acceder a los servicios del MEDICARE (MEDPAC, 2002).

Otra demanda que origina requerimientos de reformas son los desequilibrios que el MEDICARE tradicional manifiesta en el éxito de los cuidados que proporciona. Si bien se reconoce su efectividad para la mayor parte de los beneficiarios, se señalan sus limitaciones en la atención de los pacientes con mala salud, con bajos ingresos o con déficit de cobertura opcional. En estos casos puede haber apoyo complementario del MEDICAID, pero se argumenta que el alto gasto de bolsillo puede ocasionar el empobrecimiento de los beneficiarios del MEDICARE. Por otra parte, se desea estudiar en profundidad el co-financiamiento de las prestaciones. En principio se estima que se deben re-estructurar para reducir las potenciales barreras a cuidados y servicios necesarios y los costos administrativos, pero se deben mantener los incentivos destinados a evitar el uso inapropiado de servicios, incluyendo incentivos a favor de la utilización de los recomendados por sobre otros de dudosa efectividad y eficiencia. (MEDPAC,2002)

La administración Bush argumenta que el MEDICARE ya no mantiene los estándares más actualizados en materia de prestaciones de salud, aún cuando la cobertura para servicios de cuidados preventivos se amplió significativamente en los últimos cinco años. Según estimaciones de la Casa Blanca, el MEDICARE cubre actualmente apenas el 53% de los gastos médicos anuales de la persona mayor norteamericana promedio y además de cuestionar las regulaciones administrativas excesivas, destaca que la evaluación financiera completa arrojó -en el año 2000- un déficit de 51.000 millones de dólares (White House,2002). La meta es corregir estos desajustes administrativos mediante el mejoramiento integral de la gestión administrativa, adecuando la cobertura de servicios a las nuevas demandas. Mientras tanto, las organizaciones del *lobby gris* norteamericano siguen de cerca la evolución y el contenido de la agenda de reforma.

3.2.- Las reformas en el INSSJP

El INSSJP tiene instaladas agendas de reformas desde el año 1985, a partir del advenimiento de los gobiernos democráticos. Los objetivos manifiestos de los sucesivos programas fueron: a) controlar la inflación de gastos de las prestaciones médicas y b) reducir los gastos administrativos en general y, en particular, disminuir la planta de personal.

El Banco Mundial proporcionó a lo largo de estos años varios créditos al INSSJP a fin de modernizar y racionalizar su estructura administrativa. En el año 1996, por considerar sólo el período más reciente, el INSSJP recibió

US\$ 200 millones para encarar un proceso de reforma de su planta y de su política prestacional. El INSSJP contraprestó montos equivalentes de sus propias arcas, parte de los cuales obtuvo a través de créditos del Banco Nación. El 3% del presupuesto destinado al pago de deuda se origina, en gran parte, en obligaciones derivadas de estos créditos.

Los procesos de racionalización, de reforma administrativa y fortalecimiento institucional del INSSJP incluyeron, entre otras actividades, diagnósticos de consultoría, pagos de retiros voluntarios e indemnizaciones, capacitación del personal en todo el territorio nacional e informatización. A pesar del enorme gasto, solventado por un endeudamiento acumulativo de cuotas de amortización impagas que aumentan año tras año, la planta de personal permanece en su dimensión histórica. Asimismo, la reforma prestacional nunca se efectuó porque implicaba romper un delicado equilibrio de poder entre las tradicionales corporaciones de prestadores. Los gastos de consultoría y capacitación no obtuvieron resultados: el INSSJP ni siquiera dispone de una adecuada red informática que permita el control prestacional o la comunicación de los afiliados para consultas y trámites

El sostenido descenso en los ingresos y la falta de adecuaciones administrativas y financieras para enfrentar los desequilibrios aumentaron notablemente la deuda del INSSJP que alcanzaba -al 31 de mayo de 2002- 1.867 millones de pesos, equivalente al 75% de su presupuesto operativo anual.

El déficit presupuestario dio origen a dos opciones de reformas radical que se instalaron en la agenda a lo largo del año 2001. Ambas respondían a presiones sectoriales: por un lado, desde los paradigmas neoliberales, se proponía desregular la cobertura de salud de las personas mayores, transformando al actual INSSJP en un prestador más junto a otros privados y de la seguridad social, entre los que las personas mayores podrían optar. Se argumenta en contra de esta postura que la cobertura médica prepaga no está al alcance del presupuesto de la inmensa mayoría de los afiliados al INSSJP. Sólo escasos porcentajes, en las áreas más ricas del país, disponen de recursos suficientes para afrontar este tipo obligaciones mensuales por lo que se produciría el “descreme” de los aportes al sistema solidario. Por otro lado, desde algunos sectores políticos se reclamaba la federalización del Instituto, es decir, la autonomía de las delegaciones provinciales para el manejo de los fondos y la organización de las prestaciones. Se objetaba a esta propuesta que los fondos del INSSJP se destinarían a solventar los sistemas provinciales de salud en quiebra, apareciendo las dudas acerca de

la calidad de atención médica que recibirían los afiliados al PAMI en los caídos hospitales públicos regionales.

La dramática crisis del año 2002 produjo un giro inesperado en el debate: durante el mes de julio de ese año se promulgó la Ley que impedía tanto la privatización del Instituto, como su descentralización o federalización o su intervención por parte del Poder Ejecutivo. La Ley prohibía asimismo la intermediación de gerenciadorees en la contratación de prestadores privados y definía los servicios sociales como “parte integral de las prestaciones”. Curiosamente, la norma menciona que “los directores deben ser personas idóneas sin relación con los prestadores” (Boletín Oficial, 23 de julio de 2002). La taxativa aclaración haría suponer que antes de la vigencia de la ley cabía la posibilidad de nombrar directores del organismo que no reunieran esos requisitos.

Actualmente, el dictado de una nueva Ley facultó la intervención del Poder Ejecutivo ante manifiestas irregularidades en el organismo, atribución que decidió ejercer durante 180 días para normalizar su funcionamiento. A fin de bajar los costos de los medicamentos, el PAMI se ha adherido a la prescripción de medicamentos por nombre genérico, establecida por Ley en todo el territorio nacional.

Poco es lo que se sabe de la futura reorganización del Instituto. Hasta el momento, el conjunto de las medidas de reformas planteadas enfatizan las correcciones de los problemas financieros, promueven cambios institucionales pero no se dispone todavía de análisis de proyecciones de población cubierta, ni estudios de adaptaciones en la cobertura de los servicios según las necesidades de salud de los beneficiarios. Mientras tanto, la población jubilada y pensionada argentina padece notorias carencias en las prestaciones médicas.

4.- MEDICARE y PAMI: dos agencias con funciones equivalentes y trayectorias divergentes

A partir de una concepción común, las dos agencias de la seguridad social americanas analizadas en este trabajo siguieron trayectorias de desempeño disímiles. Debido a la modalidad compartida de operación a través de múltiples efectores contratados, ambas sufrieron la inflación de sus gastos y la falta de integralidad en la atención médica de los pacientes. Dado que los pacientes geriátricos suelen padecer patologías concomitantes, la

fragmentación de la atención en múltiples servicios influye negativamente en la calidad de los resultados.

Sobre la base de estos problemas comunes derivados del tipo de diseño del servicio de salud, cada uno de los organismos desarrolló diferentes patrones de desempeño. En el MEDICARE la inflación se origina en el constante aumento de los servicios que proporciona y en la incorporación de prestaciones de alta tecnología médica, pero ha reducido significativamente los gastos de administración desde su creación a la fecha, esperando nuevas disminuciones a partir de su próxima reforma. Asimismo, para controlar los gastos en prestaciones médicas estudió y aplicó modalidades de pago prospectivo con control de calidad según patologías (DRG) y, más recientemente, incorporó la prestación de servicios por parte de organizaciones de cuidados médicos gerenciados (HMO). La transparencia y accesibilidad de la información -incluyendo la referida a la evaluación de los servicios- son notables y ponen en evidencia la orientación de la agencia hacia la satisfacción de las necesidades y las demandas de sus asociados. La fragmentación de la atención en múltiples efectores está considerada uno de los problemas claves a enfrentar en la reforma.

En el INSSJP, en cambio, la inflación de sus gastos en atención médica no pudieron ser contenidos con modalidades racionales de control simultáneo de costos y calidad de las prestaciones. Los gastos administrativos crecieron desde la creación del Instituto a la fecha y se muestran inflexibles ante la disminución de los ingresos y de la población afiliada. El médico de cabecera, que tenía a su cargo la integralidad de la atención médica de los afiliados, fue perdiendo la capacidad de controlar las prestaciones de los otros efectores del sistema. La gravitación de los intereses sectoriales y corporativos obstaculiza seriamente una reforma en este sentido.

La explicación de estas distintas trayectorias de las agencias no puede soslayar aspectos de índole político-institucional. En el MEDICARE los destinatarios de las acciones son los asociados, muy especialmente los socialmente poderosos *senior citizens*. Los servicios se diseñan y evalúan teniendo en cuenta la satisfacción de sus necesidades. En el PAMI, en cambio, los afiliados son “objeto” de prestaciones y servicios cuyos “sujetos” son, verdaderamente, una densa red de prestadores, profesionales, sindicatos, consultores o empleados. La participación de representantes de las organizaciones de jubilados y pensionados en los directorios del INSSJP no ha resultado eficaz ni para controlar calidad de las prestaciones, ni para asegurar la transparencia de la gestión.

En este sentido, los problemas del PAMI están inscriptos en la problemática de la gobernabilidad del país. Como en buena parte de los países de la Región, “la Argentina sigue careciendo de una red de instrumentos que torne posible, para todos sus ciudadanos, expresar sus demandas y pedir cuentas por la insatisfacción de las mismas” (Gargarella, 2002: 1). Se puede coincidir con el autor que la democracia se sostiene más por los pactos de gobernabilidad entre facciones, que por las sanciones o los estímulos que reciben a través del voto popular. De allí que los grupos de presión y los arreglos entre sectores poderosos hayan tenido más peso en las decisiones del Instituto que la impugnación ciudadana, en este caso, de los ciudadanos de más edad. Por otra parte, la seguridad social -tanto el sistema de previsión social como las obras sociales que prestan servicios de salud- manejan los mayores fondos públicos y en este contexto político-institucional están muy expuestos a actos de corrupción o a la distribución clientelar de sus recursos, dos problemas demasiado frecuentes en los gobiernos de la Región.

Como consecuencia de estas diferencias, los procesos de reforma de una y otra agencia también deberán seguir distintos caminos para alcanzar exitosamente la meta de proporcionar más y mejores servicios con austeridad en el gasto. En el caso argentino, los estudios de costo efectividad y actuariales sólo serán de utilidad si forman parte de un abordaje más amplio, integrando el complejo multidimensional de aspectos institucionales y culturales que están en la base de la debacle de las últimas décadas.

CONCLUSIONES

El INSSJP y el MEDICARE norteamericano son las dos únicas instituciones de la seguridad social en el mundo destinadas –exclusivamente- a proporcionar servicios de salud a la población jubilada y grupos de población más joven que padecen determinadas discapacidades. Ambas agencias vienen enfrentando –desde su creación- problemas de inflación de costos derivadas tanto de las presiones demográficas que ocasiona el aumento de la esperanza de vida en las edades avanzadas, como del incremento en los costos de los servicios médicos debido, en gran parte, a la creciente incorporación de la alta tecnología. Por otra parte, la literatura coincide en destacar que la inflación de los costos es más pronunciada cuando los servicios de salud son proporcionados por múltiples prestadores contratados, tal el caso tanto del INSSJP y como del MEDICARE.

Dada la naturaleza de su finalidad, ambas agencias no pueden extender el pool de riesgos a lo largo del ciclo de vida individual o familiar de los beneficiarios para disminuir la probabilidad de costos altos o catastróficos de salud asociados con el avance de la edad. Estos problemas comunes a las dos organizaciones deberían ser tenidos en cuenta si se deseara replicar el modelo en otros países. Asimismo, los treinta años de funcionamiento de ambas agencias ponen de manifiesto que aunque sus diseños fueron similares, las trayectorias que siguieron cada una de ellas fueron significativamente diferentes debido a la dinámica institucional y el control ciudadano en cada uno de los países.

La experiencia internacional indica que, en los países envejecidos, es necesario la intermediación de la sociedad y el Estado en la previsión y cobertura de salud para las personas mayores. Por lo tanto, tanto PAMI como MEDICARE deben adecuarse a los nuevos escenarios y mejorar su desempeño para atender las necesidades de sus beneficiarios en el marco de la austeridad fiscal.

Ante el previsto incremento del envejecimiento poblacional ambas agencias deberán desarrollar programas y servicios sociales y de salud orientados a preservar el máximo de potencia funcional de las personas mayores y la plena autonomía en la toma de decisiones, aún ante la aparición de discapacidades. Asimismo grupos significativos, debido a su fragilidad física o mental o a la carencia de recursos, requerirán el apoyo de servicios públicos y privados para soporte complementario, incluyendo entre éstos programas médicos altamente especializados en cuidados durante tiempo

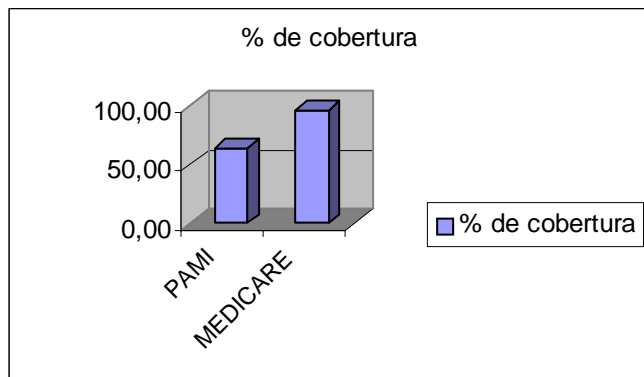
prolongado. Ante un esperado incremento de personas de edad extrema, habrá que poner énfasis en el análisis actuarial y epidemiológico de las modalidades más eficientes y efectivas para la prevención, la atención y la rehabilitación de la salud, en el marco de una sostenida austeridad.

A fin de implantar una administración eficiente, efectiva, transparente y públicamente evaluable, se debería reorientar decididamente el accionar del INSSJP desde los intereses de prestadores, empleados, sindicatos, políticos y grupos financieros hacia la correcta satisfacción de las necesidades de salud de la población mayor. Quizás en este punto radique la mayor diferencia entre la experiencia del PAMI argentino y el MEDICARE norteamericano. Existe una brecha inconmensurable en las capacidades de las organizaciones de personas mayores de cada uno de los países para demandar y controlar los servicios y prestaciones que reciben. La denominada “*gerontocracia*” norteamericana detenta enorme poder dentro de la sociedad. Por el contrario, la población mayor argentina muestra una marcada debilidad en este aspecto. Tanto las diferencias de la presión que ejercen los *lobby gris*, como las que se evidencian en las reglas de funcionamiento y la transparencia de administración de cada uno de los sistemas, se traducen en los comportamientos polares que uno y otro organismo de la seguridad social mantienen respecto de la satisfacción de las demandas y necesidades de sus afiliados y de la rendición de cuentas al conjunto de sus sociedades acerca del manejo de los fondos que se les confían.

El análisis comparado del desempeño del MEDICARE norteamericano y del PAMI argentino pone de manifiesto que “exportar” o “importar” modelos ideales de agencias o de sistemas de prestación de servicios no siempre es una buena “receta”. Los aspectos históricos, políticos, culturales y sociales de cada país juegan un papel clave que debe ponerse en perspectiva cuando se efectúan recomendaciones internacionales.

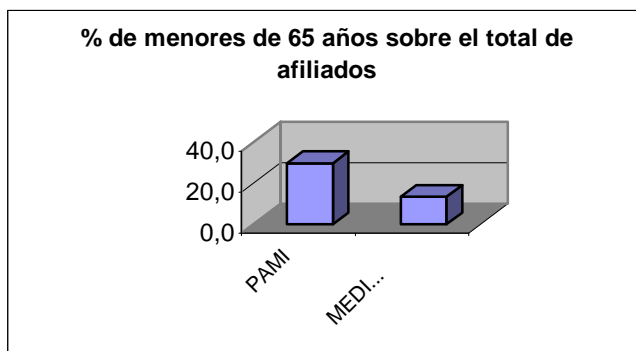
Figuras

Figura 1. Porcentaje de cobertura de PAMI y MEDICARE sobre los totales de las poblaciones mayores de 65 años de sus respectivos países- Año 2000



Elaboración propia sobre datos de Subgerencia de Informática INSSJP (2002) e INDEC (1995) y de la Health Care Financing Administration (HCFA, 2002) y el U.S. Census Bureau, Census 2000

Figura 2. Porcentaje de personas menores de 65 años sobre el total de los afiliados PAMI 2001-MEDICARE 1999



Elaboración propia sobre datos de Subgerencia de Informática INSSJP (2002) y de la Health Care Financing Administration (HCFA, 2002)

Figura 3.- Ingresos devengados por el INSSJP según fuentes, años 2000 y 2001 (en millones de pesos)

	2001	%	2000	%
1. INGRESOS	2.142,3	100	2.335	100
Aportes trabajadores Activos	1470,9	68,7	1624,2	69,6
Aportes Pasivos Régimen Público	581,1	27,1	601,4	25,8
Aportes Pasivos Capitalización Privada	17,6	0,8	11,8	0,5
Ingresos por prestaciones (PRO – FÉ)	65,4	3,1	81,6	3,5
Ingresos varios	7,4	0,3	16,1	0,7

Elaboración propia sobre datos suministrados por la Gerencia Económica Financiera del INSSJP – Enero 2002-

Figura 4.- Gastos devengados en servicios e insumos por tipo de prestación- INSSJP – 2000-2001 (en millones de pesos)

En miles de millones	2001	%	2000	%
TOTAL RUBROS I-II-III-IV	2477.8	100	2618.8	100
I.- Prestaciones médicas	1506,5	60,8	1586,3	60,6
Convenios globales de atención médica capitados	781,7	31,5	798,4	30,5
Servicios dentales	37,6	1,5	37,9	1,4
Servicios médicos no incluidos en convenios	268,7	10,2	268,8	10,8
Medicamentos prescritos	315,8	12,7	345,9	13,2
Prestaciones especiales (óptica, prótesis, oxig., etc.)	98,8	4,0	132,5	5,1
Otras prestaciones médicas	3,8	0,1	2,6	0,1
II. Prestaciones sociales	363,2	14,7	390	14,9
Programa Probienestar	89,2	3,60	118	4,51
Sepelios	50,7	2,05	55	2,10
Internación Geriátrica	109,3	4,41	112,1	4,28
Servicios para discapacitados	75,1	3,03	62,6	2,39
Subsidios Económicos	25,5	1,03	25,1	0,96
Subsidios Asociaciones de Jubilados y Pensionados	13,4	0,54	17,2	2,60
III. Administración	371,7	15,0	387,7	14,8
Personal	302,4	12,2	318	12,1
Otros gastos administrativos	69,2	2,79	69,7	2,66
IV.- Gastos Financieros	73,1	2,9	61	2,3
V.- Retenciones en la fuente	163,3	6,6	193,8	7,4

Elaboración propia sobre datos suministrados por la Gerencia Económica Financiera del INSSJP – Enero 2002

**Figura 5.- Gasto en servicios de salud e insumos por tipo de prestación-
MEDICARE – 2000**

En miles de millones	U\$S	%
TOTAL	224,4	100
Cuidados de salud personal	217	96,70
Cuidados en hospital	126,7	56,46
Servicios clínicos y médicos	59,6	26,56
Servicios dentales	0,1	0,04
Otros servicios profesionales	4,7	2,09
Cuidados de salud en el domicilio	9,2	4,10
Medicamentos prescritos	2,3	1,02
Medicamentos no prescritos	1,3	0,58
Equipamiento médico durable	4,6	2,05
Internación en establecimientos de cuidados geriátricos	9,5	4,23
Administración	7,3	3,25

Fuente: Center for Medicare, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, 2001

BIBLIOGRAFÍA

AUYERO, Javier, 2001. *La política de los pobres. Las prácticas clientelares del peronismo*, Buenos Aires. Ed. Manantial.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, 2001. “Table 10: Expenditures for Health Services and Supplies Under Public Programms, by Type of Expenditure and Program: Calendar Year 2000” in *National Health Care Expenditures Projections: 2000-2010*. Ed. by HCFA .U.S.A. Office of the Actuary. National Health Statistics Group HCFA Pdf.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS), 2002. “Budget Overview” en www.cms.gov.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, Office of the Actuary (CMS/OACT), 2002. “Medicare Administrative Expenses. Selected Fiscal Years” en www.cms.gov

GARGARELLA, Roberto, 2002. “Piedras de papel” y silencio: la crisis política argentina leída desde su sistema institucional. Documento de trabajo. CIEPP. Buenos Aires.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (HCFA), 2002. *Medicare: a Brief Summary*. Actuarial Products. U.S.A. www.hcfa.gov

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (HCFA), 2002. *Medicaid: a Brief Summary*. Actuarial Products. U.S.A. www.hcfa.gov

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (HCFA), 2002. *Medicare Enrollment Trends National Health Care Expenditures Projections: 2000-2010*. U.S.A. HCFA Pdf.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (HCFA) , 2001. *National Health Care Expenditures Projections: 2000-2010*. U.S.A. HCFA Pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC), 1995. *Proyecciones de la población por provincia según sexo y grupos de edad 1990-2010*. Serie 2 Análisis demográfico. Buenos Aires. INDEC

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP), 2002 *Esquema AIF base devengado. Años 2000 y 2001*. Gerencia Económico-Financiera. Buenos Aires.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP), 2002. *Población Afiliada al INSSJP-Total del País- Estructura por sexo, grupo etáreo y condición de afiliación-Diciembre de 2001*- Subgerencia de Informática. Buenos Aires.

LLOYD-SHERLOCK, Peter, 2001. *Evaluando el impacto en el bienestar del Programa de Atención Médica Integral*. University of East Anglia. Reino Unido. Mimeo.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (MEDPAC), 2002. *Report to the Congress; Assessing Medicare Benefits*, Pdf.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, OTA, 1983. *Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology*. Washington, D.C., U.S. Congress.

REDONDO, N.; BRUZZESE, M. y RIVKIN, A., 2001. *Digesto de normas y procedimientos para el acceso a prestaciones y servicios del INSSJP*, INAP-INSSJP Buenos Aires.

U.S. CENSUS BUREAU, Table DP-1. "Profile of General Demographic Characteristics for the United States: 2000". *Census 2000*. U.S.A. www.census.gov

WHITE HOUSE, President George W. Bush, 2002. *Modernizar y Reformar Medicare*. www.whitehouse.gov