

ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS Y EN LA ARGENTINA: LECCIONES PARA SU REFORMA

ELEANOR D. KINNEY

SUMARIO: 1. Agradecimientos. 2. Introducción. 3. Los sistemas de salud en ambos países. 3.1. Partes importantes. 3.1.1. Pacientes. 3.1.2. Proveedores. 3.1.3. Pagadores. 3.1.3.1. La gente mayor. 3.1.3.2. Los empleados y sus familias. 3.1.3.3. Los pobres. 4. Asuntos importantes. 4.1. El acceso al cuidado. 4.2. El costo del cuidado. 4.3. La calidad del cuidado. 5. La reforma del sistema de salud en los EE.UU. 5.1. La historia importante. 5.2. La reforma de salud en los 90. 6. La reforma de salud en la Argentina. 6.1. La reforma del mercado de seguros de salud. 6.2. La reforma de los hospitales públicos y la cobertura para los pobres. 6.3. La reforma de PAMI. 7. Conclusión. Apéndice. Bibliografía

1. Agradecimientos

El trabajo para este artículo fue apoyado con una beca de la Comisión de Intercambio Educativo entre los Estados Unidos y la Argentina (Fulbright), 1999-2000. Agradezco al Instituto de Integración Latinoamericana de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata y a su directora, Dra. Noemí B. Mellado. También quiero agradecer las a Sras. Olga Schulze y Carla Burton las que me enseñaron castellano y me atendieron con este artículo. También doy gracias a Diego Sebastián Espiga, James E. Blumstein, Fabio Bertanou y Tomás Sandors por su ayuda. Las opiniones vertidas en este artículo son mías y no representan las instituciones que apoyan mi trabajo.

El énfasis de este artículo está puesto en la situación en los EE.UU. Tengo más experiencia con el sistema de salud en los EE.UU. como una estudiante de este sistema y también como una participante en muchas iniciativas de reforma de salud a nivel federal y estatal en el estado de Indiana.

2. Introducción

La salud de la población de todos los países del mundo es uno de los desafíos trascendentes que afronta la humanidad en el nuevo siglo. La reforma de los sistemas de salud es un problema muy importante en estos dos países grandes del hemisferio - Argentina y los EE.UU. Este artículo analiza los sistemas de salud en los Estados Unidos y en Argentina.

Generalmente los sistemas de salud en los EE.UU y la Argentina son muy similares e interesantes en aspectos importantes. Pero también hay diferencias grandes. La similitud más importante es que ambos países afrontan la necesidad de la reforma de sus sistemas de salud porque toda la gente no tiene acceso al cuidado médico a un costo razonable. Los dos países tienen mucho que aprender el uno del otro.

Este artículo tiene tres objetivos: (1) revisar y comparar los sistemas de salud en los EE.UU. y la Argentina; (2) analizar los problemas del sistema de salud en los EE.UU. que puedan constituir lecciones para la reforma encarada por Argentina y otros países en desarrollo, y (3) identificar las desafíos y las oportunidades críticas para la reforma verdadera en Argentina en el futuro.

La situación en los EE.UU. es muy importante para Argentina. ¿Por qué es el sistema de salud de los EE.UU. una materia de interés de Argentina? Para bien o para mal, los EE.UU. son un ejemplo para el mundo. Sucede lo mismo con el sistema de salud y la reforma de salud. Mientras hay muchos aspectos positivos en el sistema de salud en los EE.UU., hay muchos problemas también y entonces mucho que evitar.

Asimismo las compañías de seguros y especialmente las prepagas estadounidenses están interesados en las oportunidades de negocios en Argentina. El 8 de Agosto 1998, el periódico «Wall Street Journal», el mejor diario de negocios de los EE.UU., habló sobre las oportunidades de negocios en Argentina para las compañías de seguros de los EE.UU. El artículo se titula «En su cruzada de privatización de Argentina pusieron los ojos los gigantes de compañías de seguros de salud de los EE.UU.»¹. Hoy hay muchos artículos que describen un paraíso nuevo en Argentina para los negocios con un gobierno democrático, una economía abierta, una población educada y especialmente la iniciativa del presidente de la Argentina para combatir la corrupción. Sin embargo no estoy segura de que las compañías que invierten en Argentina tienen en mente lo que la gente de Argentina quiere y necesita. Además, las compañías norteamericanas que vienen e invierten en Argentina llegan con la visión de un sistema de salud para Argentina que se desarrolló en los EE.UU.

No obstante, es muy importante para la gente en ambos países llegar a una mejor comprensión a los sistemas de salud de cada uno. Los países de América necesitan colaborar más en vista de la globalización y particularmente la unificación de Europa y la competencia de los países de Asia. Además, para el progreso del capital humano, la salud de la población es crítica. No obstante, la capacidad de los Estados y los empleadores en los países del mundo para financiar los servicios médicos están amenazados.

Temo una situación en este hemisferio en que haya diferencias grandes de compensación por el mismo trabajo. En verdad este fenómeno ya ocurre con respecto a los trabajos con sueldos bajos y sin beneficios en fábricas en México, El Caribe y Asia. En muchas partes de los EE.UU., fábricas textiles y curtiembres han cerrado. Los buenos trabajos con salarios y beneficios generosos en los EE.UU. y otros países más desarrollados están amenazados. Más aún, los negocios que ofrecen a los trabajadores los beneficios caros, como los seguros de salud, simplemente no pueden competir con los negocios en otros países que emplean trabajadores por menos sueldos y sin beneficios.

3. Los sistemas de salud en ambos países

3.1. Partes Importantes

En principio, hay tres partes importantes en un sistema de salud: (1) Pacientes — Los que quieren y necesitan cuidado medico, (2) Proveedores — Los que proveen el cuidado a los pacientes, y (3) Pagadores — Los que pagan por el cuidado de los pacientes.

¹ Craig Torres, «In Its Crusade to Privatize, Argentina Catches the Eye of U.S. Health-Care Giants, Wall Street Journal, Aug. 8, 1999.

3.1.1. Pacientes

En ambos países los pacientes son toda la población. Hay tres características importantes de las poblaciones que determinan la cobertura de salud - edad, ingreso y empleo. Específicamente la elegibilidad de programas públicos de seguros de salud depende de la edad. Por ejemplo, en ambos países hay programas públicos para los ancianos y los discapacitados. En los EE.UU. hay un programa nuevo (finalmente) para niños pobres. El ingreso es importante porque en ambos países hay programas públicos y algunas clínicas para los pobres. El empleo o el empleo de un miembro de la familia es un criterio necesario para la mayoría de la gente con menos de sesenta y cinco años que tienen seguros de salud como consecuencia del empleo.

3.1.2. Proveedores

Los proveedores son médicos y otros profesionales de la salud y también hospitales y otras instituciones que sirven a los pacientes. Con respecto a los médicos, no hay médicos suficientes en áreas rurales y demasiado médicos en áreas urbanas en ambos países. Tampoco hay médicos suficientes en especialidades de clínica general y demasiados especialistas.

Hay hospitales de tipos diferentes de control y misiones distintas en ambos países, incluyendo hospitales públicos y privados. Los hospitales públicos en ambos países tienen la responsabilidad de servir a los pobres en grados varios.

En Argentina, los gobiernos federal y provinciales son dueños de los hospitales públicos. Estos hospitales en general están abiertos a todos sin tener en cuenta la posibilidad de pagar. Hay clínicas también para los pobres a menudo asociadas con hospitales públicos.

En los EE.UU., la situación con los hospitales públicos es diferente. La mayoría de los hospitales públicos pertenecen a las ciudades y los condados. También hay hospitales privados que pertenecen

Cuadro 1 CARACTERÍSTICAS CLAVES DE LAS POBLACIONES DE LA ARGENTINA Y LOS EE.UU., 1997		
	ARGENTINA	EE.UU.
Población total	35.700.000	267.600.000
• Menos de 14 años	10.300.000	59.700.000
• 16-64 años	22.000.000	75.000.000
• 65 años o mas	3.400.000	32.900.000
Economía:		
• PBI per cápita	U\$S 4.021	U\$S 21.541
• Población por debajo del límite de la pobreza (1989-1994)	26,0%	14,1%
Tasa de desempleo (1998)	12,4%	4,5%
Esperanza de vida al nacer	73 años	76 años
Tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos	22	7
Fuentes: INDEC 1999; Banco Mundial 1999, PNUD 1999, U.S. Census 1999.		

a las organizaciones religiosas y a las facultades de medicina. Estos hospitales privados, que se llaman hospitales voluntarios, proveen cuidado para los pobres como los hospitales públicos. Estos hospitales trabajan con clínicas se llaman centros de salud de las comunidades que están financiados por el gobierno federal junto con los estados.

Hay una diferencia importante entre los hospitales públicos en Argentina y los hospitales públicos en los EE.UU. En la Argentina los servicios de los hospitales públicos son gratuitos para los pobres. Pero en los EE.UU., los servicios de los hospitales públicos para los pobres generalmente no son gratuitos. La mayoría de los hospitales en los EE.UU. cobran por sus servicios. Entonces los pobres que no tienen seguros de salud incurren en deudas grandes cuando están en el hospital. Como consecuencia, los pobres van al hospital solamente cuando están muy enfermos y entonces su cuidado cuesta más.

3.1.3. Pagadores

En materia de historia, hay muchas diferencias entre los pagadores en los EE.UU. comparados con los de Argentina pero hay muchas similitudes también. En ambos países hay pagadores públicos y privados y también pagadores diferentes para la gente grande y otra gente con menos de sesenta y cinco años. En esta descripción de los pagadores hago la distinción entre la gente mayor, la gente con menos de sesenta y cinco años y los pobres.

3.1.3.1. La gente mayor

En Argentina hay un programa federal especialmente para la gente mayor, PAMI. Este programa es en realidad una obra social pública y federal. Entiendo que hay muchos problemas y especialmente corrupción en este programa.

**Cuadro 2
PROVEEDORES
EN LA ARGENTINA Y LOS EE.UU.**

	ARGENTINA	EE.UU.
Profesionales de la Salud		
• Médicos por cada diez mil habitantes (1997)	24,9	26,5
• Enfermeras por cada cien mil habitantes (1993)	54	878
Camas de hospital por cada mil habitantes (199)	44,8	5,2
Hospitales (1998)		6.097
• Públicos	3.310	1.260
• Obra Sociales (AR)	1.231	
• Voluntarios (US)	55	3.000
• Privados		797
• Federal para militares y veteranos (US)	2.021	285
• Otros	3	855
Fuente: OPS 1999, PNUD 1999, U.S. Dep't of State 1998, AHA 1999.		

En los EE.UU. el programa federal de Medicare paga por los servicios médicos de la gente grande. La información pertinente sobre este programa está presentada en los apéndices.

3.1.3.2. Los empleados y sus familias.

Los sistemas de cobertura para la gente con menos de sesenta y cinco años en Argentina y en los EE.UU. son muy diferentes.

En la Argentina, en la mayor parte, los empleados y sus familias obtienen su cobertura de las obras sociales que históricamente tienen relaciones fuertes con los sindicatos. También está surgiendo un sector de seguros de salud privados y prepagas.

En los EE.UU., las empresas controlan el sistema de financiación y entrega de los seguros de salud para los empleados y sus familias. Hay muchos tipos diferentes de planes de los seguros de salud para ellos. En general, la cobertura en las empresas grandes son mejores que en las empresas pequeñas. En los noventa las empresas compraron la cobertura para sus empleados en prepagas. Las prepagas, llamadas «organizaciones del mantenimiento de salud» o «HMOs.» son muy controvertidas en los EE.UU.

También hay seguros de salud privados y prepagas que cada persona puede comprar independiente de un empleador. Pero esta cobertura privada es cara y la cobertura frecuentemente no es completa.

Figura 1
PAGADORES EN LA
ARGENTINA Y LOS EE.UU.

	ARGENTINA	EE.UU.
La gente mayor	PAMI	Medicare
La gente con menos de 65 años		
• Los empleados y sus familias	Obras Sociales Prepagas	-Planes de Empleadores incluyendo Prepagas
• Autónomos	Prepagas Seguros de Salud Privados	-Seguros de Salud Privados incluyendo Prepagas
• Desempleados	- Hospitales públicos	-Programas públicos -Hospitales públicos
Los pobres	Hospitales públicos	- Programa de Medicaid - Programa para Niños (CHIP) - Hospitales Públicos y Voluntarios
Fuentes: OPS 1999, PNUD 1999, U.S. Dep't of State 1998, AHA 1999.		

3.1.3.3. Los pobres.

En ambos países la cobertura de los pobres es problemática y hay muchos pobres que no tienen seguros de salud por empleo. En la Argentina, no hay un programa público de seguros de salud para los pobres, pero hay muchos hospitales públicos que tienen la obligación de proveer cuidado a los pobres sin cargo.

En los EE.UU., hay dos programas públicos de seguros de salud para algunos grupos de pobres - Medicaid y el Childrens Health Insurance Program («CHIP») o «Programa de los Seguros de Salud para Niños.» La información pertinente sobre estos programas está presentada en los apéndices.

El programa de Medicaid en realidad consta de dos programas. La información pertinente sobre este programa está presentada en los apéndices. Primero es un programa para los niños y sus madres que son muy pobres. Segundo es un programa para el cuidado prolongado para los ancianos y los discapacitados. La mayoría de los beneficiarios son niños y sus madres pero la mayoría de los gastos son para el cuidado prolongado de los ancianos y los discapacitados.

El CHIP es un programa nuevo para niños pobres. Este programa es intencionalmente muy similar al programa de Medicaid, pero cubre a todos los niños por debajo de 200 por ciento del límite nacional de la pobreza. Es posible que un Estado pueda combinar el programa de CHIP con su programa de Medicaid. La información pertinente sobre este programa está presentada en los apéndices.

4. Asuntos importantes

Hay tres asuntos importantes para un sistema de salud y para diseñar la reforma de la salud en un país: (1) el acceso al cuidado, (2) el costo del cuidado, y (3) la calidad del cuidado.

**Cuadro 3
COBERTURA DE SALUD EN
ARGENTINA, 1997**

	Numero (Mil)	Porcentaje
Total de gente	36.000	100
Todo cubierto	21.000	58,3
Obras Sociales		
•Nacional	9.000	25,0
•Provincial	5.500	15,2
Prepagas y otras Cobertura privada	2.500	6,9
PAMI	4.200	11,6
Sin cobertura (Hospitales públicos)	15.000	41,6
Nota: Las estimaciones por tipo de cobertura no se excluyen mutuamente. Fuente: World Medical Services, S.A., 1998.		

Cuadro 4
COBERTURA DE SALUD EN LOS EE.UU., 1998

	TODA LA GENTE		LOS POBRES	
	Numero (mil)	Porcentaje	Numero (mil)	Porcentaje
Total	271.743	100	34.476	100
Todo cubierto	227.462	83,7	23.325	67,7
Privado	190.861	70,2	8.815	25,6
• Planes de Empleadores	168.576	62,0	5.998	17,4
Gobierno (Público)	66.087	24,3	17.199	49,9
• Medicare	35.887	13,2	4.492	13,0
• Medicaid	27.854	10,3	13.996	40,6
• Programas de Militares y Familias	8.747	3,2	664	1,9
No cubierto (sin seguros)	44.281	16,3	11.151	32,3

Nota: Las estimaciones por tipo de cobertura no se excluyen mutuamente.
La gente puede estar cubierta por más de un tipo de seguros de salud durante el año.
Fuente: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, March 1999

4.1. El acceso al cuidado

En ambos países hay mucha gente que no tiene seguros de salud y consecuentemente no tienen buen acceso a los servicios médicos. En la Argentina estimativamente el 40 por ciento de la población no tiene seguros de salud. En los EE.UU. aproximadamente el 16 por ciento de la población no tiene seguros de salud. También en los EE.UU. 32 por ciento de los pobres no tiene seguros de salud.

En los EE.UU. este porcentaje de la población ha aumentado mucho desde 1990, cuando el porcentaje sin seguros era 13,9 por ciento de la población. Esta tendencia no es confiable porque la economía de los EE.UU. en los noventa se ha comportado muy bien y porque 1990 era un año de recesión. ¿Por qué ha aumentado el porcentaje de la población sin seguros de salud en un tiempo de prosperidad y crecimiento? Esta es una pregunta crítica para el futuro de la salud en los EE.UU. y países en desarrollo.

Temo que la tendencia en estas estadísticas indica que las empresas no tienen problemas con los seguros de salud para sus empleados ahora y están contrayendo su compromiso de proveer la cobertura de salud.

Además, hoy en ambos países hay un debate sobre el compromiso del gobierno y la sociedad de asegurar cuidado médico para toda la gente. En los EE.UU. no hay el consenso necesario ni la voluntad política de asegurar la cobertura para toda la gente. En la Argentina, con el desempleo y una economía en desarrollo, no es posible expandir la cobertura para toda la gente pobre sin seguro de salud pero las leyes y los gobiernos hablan con la retórica de comprometerse a la cobertura para toda la gente.

4.2. El costo del cuidado.

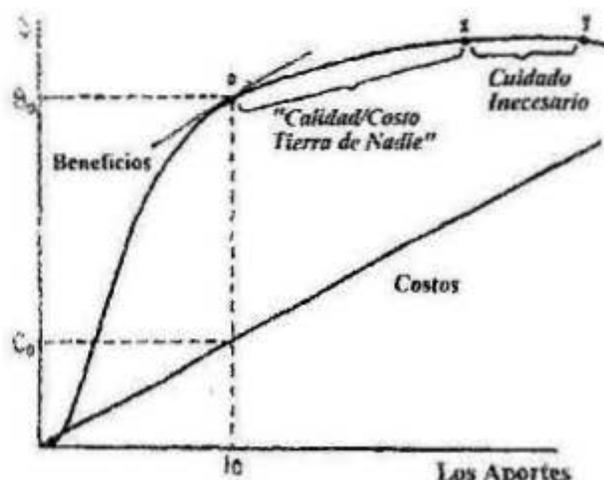
En ambos países los costos del cuidado médico son un problema importante. En los EE.UU. los gastos nacionales han sido la fuerza predominante en la formulación de la política para el sistema de salud desde los sesenta. Por ejemplo, el porcentaje de los gastos de salud nacional de PBI en los EE.UU. era del 5,1 por ciento en 1960 y del 13,5 por ciento para 1997 (HCFA 1998). Es posible que la Argentina tenga el mismo problema con los costos en el futuro si los políticos y los pagadores no tienen estrategias para controlar hoy la inflación. Desde los sesenta, la inflación en los gastos para la salud en la Argentina ha sido muy problemática como se refleja en la porción grande de PBI de los gastos de la salud.

Cuadro 5
LOS GASTOS EN SALUD

	ARGENTINA	EE.UU.
Gastos per cápita de Salud Nacional	U\$S 795	U\$S 3.858
Porcentaje en gastos de salud del Producto Nacional Bruto (PNB)	7,8%	14,3%

Fuente: PAHO 1999

Figura 2
NIVEL ÓPTIMO DE GASTOS PARA EL CUIDADO MÉDICO



Fuente: Clark C. Havighurst & James E. Blumstein, "Coping with Quality-Cost Trade-Offs in Medical Care", 70 Northeastern University Law Review 6 (1975).

4.3. La calidad del cuidado

Asegurar la calidad del cuidado será un asunto complicado y crítico especialmente en el ámbito de la reforma cuando el costo sea problemático. En este momento la ciencia médica ofrece más y más tecnología y fármacos nuevos. Estos tratamientos son muy efectivos para sanar o mejorar muchas enfermedades, pero estos tratamientos son muy costosos. Como los EE.UU., la Argentina afrontará un desafío grande en el futuro cuando haya más dinero en el sistema de salud para pagar los tratamientos caros, cuando Argentina llegue a ser más desarrollada y rica.

Para prevenir una inflación grande en los costos del cuidado en el futuro, hay que determinar el punto donde el cuidado médico sea beneficioso y eficaz y donde el cuidado médico sea pródigo. El gráfico demuestra este dilema muy bien. En él, el punto donde el declive de la línea de costos y el declive de la curva de los beneficios son los mismos indica el punto donde el costo marginal es igual al beneficio marginal. Más allá de este punto óptimo, el nivel de beneficios sigue aumentando pero el nivel de los beneficios es excedido por los costos adicionales incurridos para pagar estos beneficios. En el punto «x» no hay más beneficio y en el punto «y» el cuidado adicional puede ser dañino. En realidad, ¿dónde está el punto en que los servicios médicos no son necesarios y/o están de más? Esta es la gran cuestión.

5. La reforma del sistema de salud en los EEUU

La segunda parte de este artículo trata sobre la reforma del sistema de salud en los EE.UU. Los lectores podrán decidir si la situación en los EE.UU. es un buen modelo para Argentina. Además, las oportunidades y desafíos en el futuro son muy similares para ambos países.

Las diferencias entre la Argentina y los EE.UU. tienen fuentes históricas. La historia explica mucho y determina la forma y dinámicas de la reforma. Específicamente, la expansión de la cobertura de la gente con menos de sesenta y cinco años ha estado controlada por las empresas mientras que la misma cobertura ha estado controlada por los sindicatos en la Argentina. Hoy estos hechos son importantes en el estilo de la reforma en ambos países.

5.1. La historia importante

Antes del siglo XX no había seguros sociales en los EE.UU. Esta situación cambió en la década de los treinta con la gran depresión. En 1935, la iniciativa del presidente Roosevelt de establecer un sistema de seguridad social para brindar pensiones a los jubilados y a los discapacitados excluyó un programa de seguros de salud. Después de la Segunda Guerra Mundial la cobertura de seguros de salud se expandió. Hay cuatro eventos definitivos en la expansión de la cobertura de los seguros de salud desde este período.

Primero, inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, los empleadores empiezan a proveer seguros de salud como un beneficio a obreros en los sindicatos en lugar de aumentos de sueldos durante el período de la regulación de sueldos y precios.

Segundo, en 1965 el Congreso de los EEUU aprobó los programas de Medicare y Medicaid que describí antes. El comienzo de estos programas fue crítico en la historia del sistema de salud de los EE.UU. Estos provocaban una inflación grande en los costos de los servicios médicos. Con esta inflación los gobiernos federal y estatales y también las compañías de seguros de salud privados buscaban mejores estrategias para controlar esta inflación en los gastos.

Tercero en 1974 el Congreso aprobó «ERISA», Employee Retirement Income Security Act of 1974, o la Ley para la Seguridad de Ingreso para la Jubilación de los Empleados. Con la aprobación de ERISA, el escenario estaba listo para una revolución profunda en la cobertura privada. Por razones históricas la regulación de todos los seguros quedan en los Estados y como consecuencia ellos regulan las compañías de seguros de salud y las prepagas también. ERISA puso la regulación de los planes de seguros de salud de los empleadores en el ámbito del gobierno federal, alejado del ámbito de la regulación de seguros de los Estados, pero hasta los noventa y como consecuencia de la presión de las empresas, la regulación del gobierno federal ha sido muy limitada y no es ni fuerte ni completa. Dada que la regulación federal no es fuerte, los empleadores tienen mucha flexibilidad en decidir los beneficios y otras políticas para sus planes de seguros de salud para sus empleados.

El cuarto evento importante es el siguiente: como se ha mencionado, en 1997 el Congreso estableció un programa público para seguros de salud para los niños pobres. Este es un programa crítico porque aproximadamente uno de cada cuatro niños en los EE.UU. viven en estado de pobreza.

5.2. La reforma de salud en los noventa

Hubo mucha actividad con la reforma del sistema de salud en los EE.UU. en los noventa. Había cinco razones para este interés en reformar. La primera razón es la inflación seria de los gastos de los servicios médicos. En los primeros años de los noventa hubo un déficit serio en el presupuesto federal. Los programas públicos de los seguros de salud - Medicare y Medicaid - fueron partes muy importantes del problema del déficit porque constituyen una gran porción del presupuesto federal. Segundo, el porcentaje de la gente sin seguros de salud ha aumentado. Tercero, como consecuencia de ERISA, el mercado de seguros de salud en los EE.UU. no tiene regulación federal efectiva y los empleadores pueden evitar la regulación de seguros de los Estados.

Cuarto, la porción de la población que tiene cobertura de salud en las prepagas está creciendo en los noventa. Las prepagas han estado agresivas con el control de gastos para sacar beneficios. Los pacientes no quieren las prepagas porque algunas veces las prepagas niegan el cuidado costoso y limitan el acceso a especialistas. Asimismo los médicos y otros proveedores no quieren las prepagas porque las prepagas cuestionan sus decisiones clínicas. También la mayoría de las prepagas requieren los médicos a quienes contratan, aceptan precios más bajos por sus servicios o los médicos pierden sus contratos con las prepagas.

Quinto, como un presidente demócrata en tiempo de paz, el presidente Clinton quiere hacer una reforma doméstica como su legado importante. La mayoría de las reformas sociales en los EE.UU. fueron iniciativas de los presidentes demócratas.

¿Qué pasa con la reforma de salud en los EE.UU. en los noventa? En los primeros años de su administración, el presidente Clinton emprendió una iniciativa de la reforma de salud. La iniciativa de la reforma había establecido un sistema de «competencia manejada.» Los elementos de la reforma están presentados en la figura 3.

El Congreso no aprobó esta iniciativa. Verdaderamente fue un gran fracaso. En la opinión de mucha gente esta iniciativa fue un buen ejemplo de «gobierno grande» con demasiada regulación, lo que no les gusta a los republicanos y a muchos norteamericanos.

Ahora la reforma del sistema de salud en los EE.UU. es problemática y dominante en la situación política. Los republicanos tienen la mayoría en ambas cámaras del Congreso y el presidente Clinton es un demócrata, pero continúa con su propósito de presentar la expansión de la cobertura al Congreso de los EE.UU.

Como consecuencia, desde 1994 la reforma de salud a nivel federal fue incrementada. En 1996, el Congreso y el presidente Clinton aprobaron una ley para reformar las prácticas de asegurar a las compañías de seguros de salud y los empleadores que ofrecen los seguros de salud. En 1997, el Congreso y el presidente Clinton aprobaron la reforma de Medicare con el programa, Medicare+CHOICE. Este programa ofrece la oportunidad para los beneficiarios de Medicare de asociarse en las prepagas. Es interesante que muchos beneficiarios de Medicare no eligen las prepagas y prefieren quedarse con el programa tradicional. En 1997, como he mencionado, el Congreso estableció el programa para niños pobres.

Recientemente el presidente Clinton propuso una expansión de la cobertura a través el programa de Medicare. Finalmente hay un debate grande sobre las prácticas de las prepagas y la protección de los pacientes contra las prepagas, pero el Congreso y el Presidente no se ponen de acuerdo para reformar las prepagas.

Desde 1994 los Estados tienen el liderazgo en la resolución del problema de las personas pobres sin seguro de salud. En los noventa muchos estados establecían programas como un parte del programa existente de Medicaid para los pobres. Muchos de estos programas son innovados.

El nuevo programa para los niños será un buen modelo de los programas públicos para seguros de salud en el futuro. Debido a sus experiencias con Medicaid desde hace treinta años, los Estados tienen el conocimiento y la tecnología para manejar un programa de seguros de salud. Los Estados están más cerca de los proveedores y pacientes, como tienen la flexibilidad para adaptarse a las condiciones locales. El mayor problema para los Estados es el financiamiento. Los Estados no tienen dinero suficiente para financiar los programas de seguros de salud para todos los pobres sin seguros. Además, si tuvieran suficiente dinero y establecieran un programa, los pobres de otros estados se sentirían especialmente atraídos por ese Estado. Esta situación existirá especialmente si otros Estados cerca no tuvieran un programa similar. Este es un problema eterno para los Estados que quieren adoptar algunas expansiones de los servicios sociales. En realidad, solamente Hawaii tiene un sistema de cobertura de salud universal pero tiene una renuncia de ERISA y un océano que excluye los pobres de los otros estados.

El gobierno federal puede jugar un papel importante en esta situación. Primero, puede establecer requisitos mínimos y patrones para la ejecución del programa. Segundo, y muy importante, puede contribuir para la financiación de los programas de los Estados que cumplen con los requisitos y patrones. Quizás este modelo es bueno para Argentina también.

6. La reforma de salud en Argentina

Ahora hablaremos sobre la reforma de salud en Argentina y los desafíos y oportunidades para Argentina para crear un sistema moderno y justo. Las sugerencias y observaciones se ofrecen con humildad porque me doy cuenta que soy una extranjera con poca experiencia con el sistema de salud de la Argentina.

En los ochenta y los noventa hubo un movimiento para la reforma de salud en Argentina. Un incentivo grande para este movimiento era el interés y también la inversión significativa del Banco Mundial. En realidad hay tres iniciativas de la reforma de salud en

Argentina, que tienen mucha ayuda del Banco Mundial. Verdaderamente el Banco Mundial ha sido la inspiración más fuerte para la reforma de salud en Argentina en los noventa. Las tres iniciativas son: (1) la reforma de las obras sociales y el mercado de seguros de salud privada, (2) la reforma de los hospitales públicos, y (3) la reforma de PAMI.

6.1. La reforma del mercado de seguros de salud

La reforma de las obras sociales y del mercado de seguros de salud es muy similar a la iniciativa de la reforma del presidente Clinton, la cual describí. En 1993 el Congreso de Argentina aprobó la ley

Figura 3

ELEMENTOS DE LA INICIATIVA DEL PRESIDENTE CLINTON PARA LA REFORMA DE SALUD 1993-1994

- Prestaciones obligatorias
- La cobertura universal
- Promoción de la competencia entre los planes de seguros de salud en el mercado
- Selección de los planes para empleados y gente independiente basado en el precio y la calidad
- Promoción de los prepagos
- Coordinación de la regulación de los planes de los empleadores con la regulación de seguros de los estados
- Coordinación del programa de Medicare con el sistema de la competencia manejada
- Inclusión de los pobres en los planes generales
- Regulación de los costos

23.660 para reformar las obras sociales y la ley 23.661 para reformar el mercado del seguros de salud. El decreto 993 de 1993 establece la desregulación de sistema de salud en etapas. En 1995 otra ley crea las prestaciones obligatorias que los planes de la cobertura de salud deben incluir. También en 1995 el gobierno de Argentina y el Banco Mundial firmaron un acuerdo para financiar la reforma de las obras sociales con un fondo de \$360 millones de dólares. Recientemente el presidente de la Rúa fue más firme con los sindicatos sobre el manejo de las obras sociales y requirió que estos compitan con las prepagas en una base igual.

Es posible que Argentina tenga una buena oportunidad para la reforma verdadera entre el marco de las leyes 23.660 y 23.661. Si las obras sociales debieran competir con los planes prepagas y las compañías de seguros de salud, habría una oportunidad para un sistema de cobertura más eficiente, más económico y menos corrupto.

6.2. La reforma de los hospitales públicos y la cobertura para los pobres

Hay dos aspectos de la reforma de los hospitales públicos en la Argentina con ayuda del Banco Mundial: (1) la descentralización a las provincias y autonomía con más responsabilidad y confiabilidad, y (2) la recuperación de los costos de servicios de las obras sociales y otros pagadores de pacientes con seguros de salud. En 1999 el Banco Mundial estableció un programa nuevo con fondos para la reforma de los hospitales públicos.

El propósito de esta reforma es bueno. Es necesaria una mejor administración de los hospitales pero la experiencia de los hospitales públicos y voluntarios en los EE.UU. en los cincuenta es importante para considerar esta reforma en la Argentina. Cuando los hospitales públicos y voluntarios comenzaban a colectar dinero de los pagadores para el cuidado de los pobres con seguros de salud, los hospitales empezaban a cobrar a los pobres para su cuidado. Mientras esta práctica era buena desde la perspectiva administrativa, el impacto en los pobres era terrible porque ellos no tienen suficiente dinero para pagar los servicios médicos y como consecuencia ni buscan ni obtienen cuidado necesario.

Además, el hecho que los hospitales pertenecen a los gobiernos federal y provinciales provee oportunidades para una política coordinada para mejorar el acceso al cuidado médico para los pobres. Indiana, el Estado de mi domicilio, ha establecido hasta ahora una reforma para los pobres que trabajan pero no tienen seguros (Kinney et al., 1999). Una comisión concluyó que los seguros de salud no son la manera más eficiente para asegurar la cobertura para los pobres. Es más eficiente para el Estado de Indiana contratar hospitales y clínicas para los pobres directamente y requiere que estos proveedores establezcan las redes para proveer los servicios médicos de una manera eficiente y comprensiva.

Sin embargo, en los EE.UU. los hospitales que sirven a los pobres pertenecen a los gobiernos y organizaciones locales. Consecuentemente, es difícil para el gobierno federal y los gobiernos de los Estados establecer una política integrada y universal para expandir la cobertura y el cuidado de los pobres y otra gente sin seguros de salud. No es lo mismo aquí en la Argentina. Argentina y especialmente las provincias tienen una buena oportunidad de diseñar una cobertura comprensiva para los pobres en el contexto de los hospitales públicos.

6.3. La reforma del PAMI

Con la reforma del PAMI la situación es más complicada. El Banco Mundial ha establecido también un programa nuevo para la reforma del PAMI. En su mayor parte, la reforma requiere el fin de la corrupción tanto del gobierno administrativo como el pago a los proveedores pero el problema con el PAMI es similar al de algunas situaciones en que hay mucho dinero y regulación ineficiente de la administración de este dinero.

El programa Medicare de los EE.UU. provee quizás algunas lecciones para la reforma del PAMI, especialmente con respecto del pago a los proveedores. En la historia del programa de Medicare ha habido mucho fraude y mucho abuso por parte de proveedores que cobraban demasiado por los servicios, presentaban facturas falsas y mandaban pacientes a sus propios laboratorios y otras instituciones para servicios que los pacientes realmente no necesitaban.

El gobierno federal ha adoptado algunas estrategias para combatir el fraude y el abuso en el programa Medicare, incluyendo la regulación estricta de las relaciones entre los proveedores y el procesamiento criminal de proveedores. Otra estrategia importante del programa Medicare son las investigaciones sobre el costo y calidad de servicios de salud y ahora Medicare cubre generalmente el cuidado necesario.

Otra estrategia efectiva para combatir el fraude y el abuso ha sido la reforma de los métodos de pagar a los proveedores que transfiere el riesgo de la ineficiencia y cuidado innecesario a los proveedores como en un sistema prepago. Por ejemplo, en una prepaga no importa si un médico transfiere un paciente a su propio consultorio porque el médico tiene el riesgo financiero de los servicios innecesarios. Quizás algunas reformas similares pueden ser apropiadas para el PAMI.

7. Conclusión

La reforma de salud es un gran desafío difícil de cumplir. La experiencia de los EE.UU. indica que pasos pequeños son la mejor manera de cumplir la reforma de salud verdadera pero la reforma es necesaria en ambos países si toda la gente va a obtener acceso suficiente al cuidado de calidad y costos razonables.

No obstante, el escenario está listo para una reforma verdadera del sistema de salud en la Argentina. La estructura legal existe para establecer un buen y justo sistema de competencia manejada para los que tienen seguros de salud. Además, la reforma de los hospitales públicos presenta una buena oportunidad para expandir cobertura comprensiva e innovada para los pobres.

8. Apéndice

EL PROGRAMA DE MEDICARE Parte A: Seguros para hospitalización y servicios relacionados Parte B: Seguros para servicios médicos y otros servicios clínicos Parte C: Medicare+CHOICE Planes prepagos	
El Patrocinio	El Gobierno Federal
La Financiación	Parte A: Impuestos a los sueldos y salarios Parte B: Las rentas federales y las primas voluntarias Parte C: Todas las fuentes anteriores de las Partes A y B)
La Elegibilidad	La gente de 65 años o más. La gente con discapacidades serias
Los Beneficios	Parte A: Hospitalización y servicios relativos al cuidado agudo Parte B: Servicios médicos y servicios clínicos Parte C: Servicios de las Partes A y B
La Cobertura	La razonable y necesaria para el tratamiento de enfermedades y los heridos No cubre tratamientos de carácter experimental.
El Método Para Pagar a los Proveedores	Hospitales: El precio es fijado para cada caso por el "grupo de diagnóstico" Médicos: El precio es fijado para cada caso según los recursos a usar para el tratamiento del paciente con un diagnóstico específico. Medicare+CHOICE: prepaga

EL PROGRAMA MEDICAID	
El Patrocinio	El Gobierno Federal junto con los gobiernos de los Estados
La Financiación	Las rentas federales y estatales
La Elegibilidad	Niños y sus madres cerca del límite nacional de la pobreza La gente pobre con 65 años o más La gente con discapacidades serias (Ancianos y discapacitados están inscriptos en Medicare para servicios agudos.)
Los Beneficios	Hospitalización y servicios relativos al cuidado agudo y servicios médicos y servicios clínicos El cuidado prolongado
La Cobertura	La razonable y necesaria para el tratamiento de enfermedades y los heridos No cubre tratamientos de carácter experimental.
El Método Para Pagar a los Proveedores	Prepagas para niños y madres Métodos varios para el cuidado prolongado

EL PROGRAMA CHIP (El Programa de Seguros de Salud Para Niños)	
El Patrocinio	El Gobierno Federal junto con los gobiernos de los estados
La Financiación	Las rentas federales y estatales
La Elegibilidad	Niños en familias con ingresos hasta 200% del límite nacional de la pobreza
Los Beneficios	Hospitalización y servicios relativos al cuidado agudo y servicios médicos y servicios clínicos
La Cobertura	La razonable y necesaria para el tratamiento de enfermedades y los heridos No cubre tratamientos de carácter experimental.
El Método Para Pagar a los Proveedores	Prepagas para niños y madres o Inscripción en el Programa de Medicaid

Bibliografía

- American Hospital Association, Fact Sheet on U.S. Hospitals from Hospital Statistics, 1999 <<http://www.aha.org/resource/newpage.htm>> (AHA 1999).
- BERTRANOU, Fabio M., Reformas en el Financiamiento y los Seguros de Salud en la Argentina (Octubre 1999) (No publicado).
- BERTRANOU, Fabio M., Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Possible in Latin America? The Cases of Argentina, Chile and Colombia, *Health Policy* 47:19-36 (1999).
- Oscar CETRÁNGOLO & Florencia DEVOTO, «Reformas en La Política de Salud en Argentina Durante Los Años Noventa. Con Especial Referencia a La Equidad,» *Estudios de Política Económica y Finanzas: Revista de la Universidad de Palermo* 2(3):91-111.
- GARCÍA, GINÉS GONZÁLEZ, & Federico TOBAR, Mas Salud por El Mismo Dinero: La Reforma del Salud in Argentina (Buenos Aires: Ediciones ISALUD, 1999).
- GARCÍA, GINÉS GONZÁLEZ, «La Reforma del Sistema de Salud de la Argentina,» en *Quintas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector* (Asociación de Economía de la Salud, 1996).
- KINNEY, et al., «Three Political Realities in Expanding Coverage for the Working Poor: One State's Experience,» *Health Affairs*, 18(4):188-192 (Kinney et al.)
- Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Anuario Estadístico de la Republica Argentina, 1999 (INDEC, Anuario 1999).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe Sobre Desarrollo Humano 1999 (PNUD 1999).
- Organización de Panamericana de Salud, La Salud En Las Américas, Edición de 1998.
- Organización de Panamericana de Salud, Perfiles Básicos De Salud De Países, Resúmenes para 1999. <<http://www.paho.org/spanish/country.htm>> (OPS 1999).
- U.S. Department of Commerce , Bureau of the Census, United States Census, 1999 <http://www.census.gov/population/www/index.html> (U.S. Census 1999)
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, National Health Expenditures, 1997
<http://www.hcfa.gov/stats/nhc%2Donact/tables/t09.htm> (HCFA 1999)
- U.S. Department of State, U.S. & Foreign Commercial Service, Argentina: Health Care Services (Industry Sector Analysis Series,1999).
- U.S. Department of State, U.S. & Foreign Commercial Service, Argentina: Health Insurance (Industry Sector Analysis Series,1999).
- World Bank, World Development Indicators, 1999 (Banco Mundial 1999).
- World Bank, Argentina: Facing the Challenge of Health Insurance Reform (Report No. 16402-AR, May 30, 1997).
- World Medical Services, S.A., Plan de Convertibilidad, 1999 (Presentación de Power Point).