



Nº 32

**“EVALUANDO EL IMPACTO EN EL BIENESTAR
DEL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL”**

Peter Lloyd-Sherlock

Buenos Aires, Febrero de 2002

INDICE

RESUMEN.....	3
EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.....	6
EL DESARROLLO DEL PAMI	8
¿QUIÉN TIENE DERECHO A LOS SERVICIOS DEL PAMI?	10
¿QUÉ SERVICIOS BRINDA EL PAMI (TEÓRICAMENTE)?	10
CUÁLES SON LOS SERVICIOS QUE OFRECE PAMI REALMENTE (EN LA MEDIDA EN QUE ES POSIBLE AVERIGUARLO)?	15
QUIENES USAN LOS SERVICIOS DEL PAMI?.....	18
EL PAMI TIENE ALGUNAS VENTAJAS?	21
¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS AL PAMI?.....	22
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: LOS FONDOS DE SALUD PARA LOS JUBILADOS –¿UNA BUENA IDEA?	24
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

RESUMEN

Ha habido una tendencia comprensible de centrarse en los problemas financieros del PAMI y en sus fracasos administrativos. Este informe enfatiza otros aspectos, analizando el funcionamiento del PAMI como una agencia de bienestar social. La información sobre sus servicios es escasa y frecuentemente poco fiable, pero es posible hacer algunas observaciones preliminares.

Las posibilidades teóricas de prestaciones de salud y de otros servicios sociales que ofrece el PAMI son asombrosas. Estas posibilidades incluyen nuevos programas que se añadieron a los servicios centrales del Programa durante los años ochenta y comienzos de los noventa. La variedad de servicios médicos va mucho más allá de la ofrecida por Medicare, que gasta unas 10 veces más que el PAMI per capita. Sin embargo, muchos de esos servicios en realidad no se prestan. Las dimensiones exactas del desajuste entre promesas y servicios prestados es difícil de calibrar, pero da la impresión de ser muy grande. También hay indicadores de que la calidad del servicio es muy desigual.

De los servicios que se prestan, los datos sobre gastos sugieren que hay una marcada tendencia hacia los cuidados especializados y la internación de pacientes, además del suministro de medicamentos. Se dedican menores fondos a la atención primaria, aunque el PAMI ha sido pionero en la incorporación de médicos de cabecera en el primer nivel de su sistema de atención médica. Estos podrían formar la base de un sistema de salud más rentable. El uso de los servicios del PAMI es todavía frecuente entre sus afiliados, pero hay mucha variación geográfica. Cada vez más afiliados tienen cobertura adicional privada y hay una percepción generalizada del deterioro del servicio, que se pone de manifiesto también en los medios de comunicación.

El informe también considera si los servicios del PAMI podrían transferirse a otras agencias de salud y bienestar, y concluye que el ámbito para hacer esto parece muy limitado. Por lo tanto, el informe recomienda que el PAMI debería reformarse en lugar de desintegrarse. También considera necesario vincular estas reformas con cambios más amplios en los sistemas de salud y bienestar. Más en concreto las reformas deberían incluir:

- La concentración de recursos para financiar la red de médicos de cabecera y el desarrollo de sistemas de derivación entre el nivel de atención primaria y los proveedores de los niveles secundario y terciario para evitar el uso abusivo de servicios especializados.
- Sostener la red de centros de jubilados e integrarla en programas actualizados de promoción, prevención y asistencia dentro de la comunidad.
- Racionalizar significativamente los programas de medicamentos.

- Transferir las intervenciones a pequeña escala como los subsidios económicos a otros proveedores.
- **Y lo más importante, desarrollar sistemas de información y capacidad reguladora.**

Sin embargo, el autor duda que estas reformas puedan lograrse a menos que haya un cambio importante en el panorama político argentino. Lo más probable es que el PAMI se degrade o se desfase, sin que se tome debida consideración acerca de los efectos que pueda tener sobre sus afiliados.

Introducción

En años recientes se ha identificado al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, popularmente denominado a través de la sigla que corresponde a su Programa de Atención Médica Integral (PAMI), como uno de los problemas de política pública más serios a los que se enfrenta Argentina. La crisis del PAMI se ha convertido en un tema importante en las campañas políticas nacionales y ha recibido la atención (además de 100 millones de dólares) del Banco Mundial y de otras organizaciones multilaterales de crédito. La razón fundamental del interés en el PAMI no es difícil de entender: el Programa tiene deudas de casi 1 billón y medio de dólares y recibió subsidios federales por valor de 200 millones de dólares solamente en 1997. En septiembre de 2001, ante una crisis fiscal extremadamente severa, el gobierno argentino se comprometió ante la comunidad internacional a cortar el gasto anual en 4 billones de dólares. La falta de resolución de la deficitaria situación financiera del PAMI es un serio motivo de puesta en duda de la capacidad estatal para cumplir este compromiso.

Teóricamente, la principal razón de ser del PAMI es financiar servicios médicos y sociales para jubilados, pensionados y las personas que dependen de ellos. No obstante, la eficacia del Programa para alcanzar su misión se encuentra cada vez más cuestionada. Al mismo tiempo, existen robustas evidencias acerca de que la corrupción endémica, mala gerencia y manipulación política, absorben gran parte de su presupuesto. Algunos comentaristas sugieren que PAMI es sobre todo una herramienta de mecenazgo político más que una agencia de bienestar.¹

Mientras el colapso financiero del PAMI, sus fracasos administrativos y escándalos políticos han provocado amplia preocupación, se dedica mucha menos atención a establecer la eficacia del Programa como agencia de bienestar. Este informe intenta aportar comprensión a esos problemas. Delimita la variedad de servicios de los que es responsable PAMI y, en la medida de lo posible, analiza su eficacia a la hora de proveerlos. El informe también considera quién hace uso de esos servicios y qué alternativas podrían existir. El alcance del informe está seriamente restringido a causa de la falta de accesibilidad de los datos. La misma se vio limitada por varias razones. Primero, el PAMI tiene muy poca información sobre sus propias actividades, es posible que contribuya así con una cortina de humo intencional para sus actividades ilícitas. Segundo, la poca información que existe no se facilita a los afiliados o al público en general, y algunos documentos importantes permanecen clasificados y confidenciales. Cuando ha sido posible, el autor intentó complementar la información documental con entrevistas realizadas al personal del PAMI o, alternativamente, personas y entidades asociadas o vinculadas con el Programa. Sin embargo, dado lo delicado de alguna información

¹ Hace poco el Defensor de la Tercera Edad de Buenos Aires alegó que los problemas del PAMI se deben a que la intermediación y la corrupción sistémica se llevan el 40 por ciento de sus recursos (Clarín, 3 de diciembre 2001).

ofrecida, no fue posible identificar estas fuentes. En ciertos casos no se recibió el permiso para publicar en el informe algunos de los datos proporcionados.

Por tal motivo este informe ofrece un tratamiento de los servicios del PAMI que en algunos aspectos puede aparecer como incompleto y provisional. El análisis identifica temas importantes que no pudieron profundizarse con la información disponible. En su conjunto, este informe observa una gran disparidad entre los servicios prometidos según las normas en vigencia y su verdadero cumplimiento, además de significativas desigualdades regionales. Además, muchos de los servicios ofrecidos tienen una calidad dudosa. El Programa exagera problemas más generales sobre el abuso de medicamentos, pero promueve su utilización, además ofrece servicios médicos especializados de relevancia cuestionable. A pesar de eso, puede constatarse que el PAMI todavía continúa siendo un factor importante de los sistemas de salud y bienestar social en Argentina. Parece que la capacidad de transferir sus servicios relativamente eficaces, tal como la red de médicos de cabecera y los centros de jubilados, a otras organizaciones es muy limitada. Por eso, parecería que la mejor opción debiera ser una reforma estructural del PAMI, antes que simplemente reemplazar el Programa por otra modalidad prestacional. La posibilidad de llevar a cabo reformas verdaderas depende más que nada de la voluntad política de tratar con los problemas graves de gobernabilidad que están muy arraigados en la organización.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Igual que en muchos de los países de América Latina, el sistema de salud argentino está muy fragmentado. Se pueden identificar tres subsistemas principales: el sector de financiamiento público, las obras sociales y los fondos privados.

Hay consenso a la hora de reconocer que durante décadas el sistema financiado por el Estado ha experimentado una falta crónica de fondos (World Bank, 1997; EIU, 1998). Durante las décadas de los 40 y 50 se desarrolló una red relativamente completa de hospitales públicos nacionales, y en menor medida clínicas y otros establecimientos sanitarios. Desde entonces, su financiación se debilitó debido a una serie de crisis fiscales y a la reorientación del sector de salud, desde servicios universales a programas de seguro social. En consecuencia hubo un deterioro marcado en la calidad de los servicios brindados por este sector, puesto en evidencia por su infraestructura decadente y el bajo nivel de los salarios que se ofrecen (Stillwaggon, 1998; Lloyd-Sherlock and Novick 2001). El sector público se ha descentralizado progresivamente, y las reformas de los últimos años han impulsado la autonomía financiera de sus hospitales.

El sector de las obras sociales está formado por más de 200 fondos, mayoritariamente administrados por los sindicatos con independencia del Estado.

Las obras sociales contratan a clínicas y hospitales privados y proporcionan cobertura de salud a los trabajadores del sector formal y a quienes dependen de ellos (Belmartino y Bloch, 1998). Con el auge del desempleo, la afiliación a las obras sociales disminuyó desde alrededor de 14 millones hasta 12 millones entre 1990 y 1995.² Hasta hace poco cada obra social tenía un vínculo monopólico con grupos ocupacionales específicos. El cautiverio de los afiliados inhibía la competencia y la eficiencia, por lo que entre los años 1992 y 1996 se introdujeron reformas contundentes para intentar solucionar el problema (World Bank, 1997). Estas reformas, que recibieron importantes apoyos financieros del Banco Mundial, impusieron a todas las obras sociales un paquete mínimo de prestaciones de salud obligatorio, mientras que dejaron a los trabajadores la libre elección de su obra social (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2000). A partir del año 2000 estaba prevista la entrada en vigencia de la libre competencia entre las obras sociales y los seguros privados. Sin embargo, un fallo de la Corte Suprema de Justicia dejó sin efecto el Decreto Presidencial que la instauraba. Por lo demás, las empresas de medicina prepaga no se mostraban muy dispuestas a competir en las actuales circunstancias.

El seguro privado (los prepagos y mutuales) creció rápidamente durante la última década, impulsado simultáneamente por salarios más altos entre los grupos de mayor poder adquisitivo y un desencanto general con los servicios brindados por el estado y las obras sociales (Ahuad et. al. 1999). Pese a su gran crecimiento, hay una falta total de regulación estatal de los seguros privados: propuestas recientes de desarrollar un marco regulador han sido resistidas por el sector. Algunas empresas extranjeras, especialmente *health care maintenance organizations* (HMOs) de Chile y los Estados Unidos han desarrollado un papel importante en el mercado de salud argentino (Stocker et. al. 1999).

Los hospitales públicos no sólo atienden a los grupos que no tienen seguro. Las obras sociales y los prepagos gozan del derecho de mandar a sus socios a los hospitales del estado, pero tienen que pagar por estos servicios. Un gran número de asegurados utilizan estos hospitales, especialmente para los tratamientos más caros y más complejos, pero los hospitales casi nunca reciben pago alguno por parte de las obras sociales o las aseguradoras. En consecuencia hay un gran efecto “free-rider” como se puede observar en la figura 1.

Teóricamente el PAMI forma parte del sector de las obras sociales, pero es más útil considerarlo como un actor autónomo dentro del sistema de salud. Hasta hace poco las obras sociales estaban eximidas de proteger a los afiliados una vez que se jubilaban. El PAMI proporcionaba la cobertura de salud a los jubilados y pensionados de las cajas nacionales de previsión social. Igual que las otras obras sociales, el PAMI contrata al sector privado para la mayor parte de sus servicios, pero también se aprovecha en cierta medida de los hospitales públicos.

² No hay datos comparables para años más recientes, pero se sabe que la disminución ha continuado.

EL DESARROLLO DEL PAMI

PAMI y Medicare son los únicos fondos de seguros de salud social en el mundo que se dirigen específicamente a jubilados. En el caso de Medicare esto ocurrió accidentalmente: su diseño tenía como fin ser la primera fase del desarrollo de un sistema de seguro social universal. Por el contrario, PAMI nunca pretendió ser más que un fondo para jubilados (aunque esto quedó menos claro más adelante).

PAMI se estableció en 1971. En ese momento Argentina estaba entrando en un período de transición democrática que culminaría con la elección de un nuevo gobierno peronista en 1973. El viejo régimen militar tenía esperanzas de recuperar el apoyo popular para promover su papel potencial en la futura democracia. Se esperaba que si se transferían los altos costos de la protección de los jubilados desde las obras sociales, se reduciría la resistencia por parte de los sectores sindicales. Además Argentina era ya un país con un índice de envejecimiento alto y los jubilados tenían peso político.

Desde el principio el PAMI fue concebido como una iniciativa ambiciosa y de gran escala para el bienestar. Según el Ministerio de Salud:

El nuevo Instituto... prevé *entre sus posibilidades* la incorporación al sistema de las personas de 60 años o más de edad o incapacitados para trabajar o que gocen de pensiones graciables a la vejez y/o leyes especiales con lo cual nuestro querido país verá completa la atención social de sus hijos de todas las edades, de todas las latitudes y de toda condición. (La Nación, 4 de mayo 1971) [la cursiva es del autor de este texto].

Sin embargo, el papel del PAMI era menos universal de lo que el discurso sugiere. Siendo una obra social, sus responsabilidades no se extendían a los argentinos de edad que nunca habían participado en el sistema de seguro social. Este era el caso de casi la mitad de las personas mayores de 60 años al comienzo de los 70.

El PAMI estaba financiado por una variedad de fuentes, incluyendo un 2 por ciento de las jubilaciones y pensiones, un 3 por ciento de los aguinaldos y un 1 por ciento de los salarios mensuales. En conjunto, estas fuentes de renta garantizaban que el PAMI tuviera un presupuesto sustancial a partir del cual podría desarrollar una gama completa de servicios médicos.

Durante los años 70 y 80 el PAMI se expandió rápidamente, tanto en términos de cobertura como de presupuesto. En 1986 cubría a 3 millones de argentinos y su gasto anual había llegado a 6000 millones de australes de 1986 (Golbert, 1988). La expansión se aceleró durante el final de los 80 y el comienzo de los 90, con la inclusión de nuevos grupos y el desarrollo de nuevos servicios. Esto llevó a la

actual estructura de afiliación y responsabilidades que se detallan a continuación. El PAMI se desvió cada vez más de su papel inicial como financiador de la atención sanitaria para jubilados, brindando una amplia variedad de servicios para diversos grupos de beneficiarios. Esta expansión respondió a un marcado aumento de la pobreza y a una crisis en los otros componentes del sistema de bienestar argentino (Lo Vuolo y Barbeito, 1994). Hubo además una lógica de carácter político para la expansión. Aunque el PAMI era teóricamente una agencia autónoma, su presidente era designado por el poder ejecutivo. Los presidentes e interventores aprovecharon los recursos aparentemente ilimitados del PAMI para avanzar en sus propias carreras políticas. El PAMI no tenía que transparentarse al público en general, y no se le requirió demostrar las fuentes de los fondos para sus nuevos compromisos.

El PAMI no parecía estar afectado por los problemas financieros a los que hacían frente las otras agencias de bienestar social. Esto era sorprendente, ya que la disminución de los sueldos y el creciente desempleo debió reducir considerablemente sus rentas, derivadas de los salarios. En 1993, el PAMI recibió un importante impulso financiero debido a su participación en las ganancias de la privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales. Sin perjuicio de ello, la principal fuente de sus aparentemente ilimitados fondos era el capital que se había acumulado en períodos anteriores.

Este período de expansión concluyó y la crisis emergió plenamente en el año 1994. El PAMI ya había agotado sus capitales, y no podía financiar la diferencia entre gastos e ingresos, que era alrededor de US\$400 al año. La diferencia fue saldada mediante transferencias excepcionales del Tesoro Nacional. Al mismo tiempo, el gobierno de Menem redujo el nivel de las contribuciones a solo el 1% de los salarios. Los efectos del auge del desempleo y más reducciones en el nivel de contribuciones provocaron una baja de los ingresos del PAMI en términos reales a partir de 1997. Desde 1994, el PAMI ha continuado recibiendo grandes subsidios del gobierno federal, además de préstamos de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS).

Durante este período emergieron muchas acusaciones de corrupción y clientelismo dentro del PAMI. Los problemas salieron a la luz en 1994 cuando la Auditoría General de la Nación accedió por primera vez a sus cuentas. Desde entonces, proliferaron las acusaciones en la prensa sobre corrupción en el Programa, incluyendo casos de coimas, robos, contratos irregulares y la existencia de grandes cantidades de “ñoquis”. Un informe identificó 26 *categorías* de corrupción en el PAMI durante los 90 (Bonvecchi et. al., 1998).

Las reformas del PAMI han tenido cuatro metas: reducir su personal, restringir sus servicios, reestructurar sus contratos y desarrollar sus sistemas internos de control e información. Las reformas han recibido bastante apoyo del Banco Mundial, incluyendo asesoramiento y préstamos. No obstante, los únicos “éxitos” se relacionan con el corte de los servicios. Con el cambio del gobierno federal en 2000 y la encarcelación del ex-director Victor Alderete, parecía que las reformas

tendrían más impetu. En 2001 Argentina entró en una crisis fiscal muy grave, y se intentó reducir los subsidios federales. Es sumamente probable que habrá una reestructurización profunda del PAMI, pero las dimensiones de este cambio no están claras.

¿QUIÉN TIENE DERECHO A LOS SERVICIOS DEL PAMI?

En 1999 el PAMI cubrió alrededor de 3.400.000 argentinos (casi un 10 por ciento de la población total). Se estimó que la cobertura de la población con más de 60 años llegó a un 60 por ciento. A pesar del papel original del PAMI como un fondo de salud para jubilados mayores, sus responsabilidades se extendieron durante los años. A los comienzos de los 90 incluyeron los siguientes grupos:

Personas con derecho a jubilaciones o pensiones contributivas (incluyendo vejez, discapacidad, y viudez).

- Toda la población con más de 70 años sea cual sea de su derecho a jubilaciones contributivas.
- Los ex-combatientes de las Malvinas.
- Las mujeres con más de 7 hijos.

En 1999 un 64 por ciento de los afiliados fueron mujeres debido a su derecho de jubilarse antes que los hombres y su esperanza de vida prolongada. Alrededor del 23 por ciento de los afiliados tenían menos de 60 años

Los grupos siguientes se clasifican como dependientes de los afiliados, y en consecuencia tienen derecho al PAMI.

- Todos los hijos de afiliados con menos de 21 años.
- Todos los hijos discapacitados de afiliados de cualquier edad.

Se calcula que alrededor de 400.000 personas con menos de 16 años tienen derecho al PAMI. Por lo tanto, no es apropiado caracterizar el Programa como exclusivamente dirigido hacia las personas mayores.

¿QUÉ SERVICIOS BRINDA EL PAMI (TEÓRICAMENTE)?

Se puede encontrar información completa sobre los servicios del PAMI en un "digesto" de sus normas y procedimientos de 300 páginas (Redondo, Bruzzese, Rivkin, 2001). La variedad de los servicios que están detallados en este

documento es impresionante, y comparable con los servicios ofrecidos en los países más ricos del mundo. Incluso, algunos de sus servicios, como la odontología y muchos medicamentos superan los que ofrece el Medicare. El conjunto de las prestaciones puede agruparse en dos grandes categorías de servicios: los servicios médicos y los servicios sociales.

Cuadro 1. Gastos per cápita sobre servicios médicos, 1998

	Gasto por afiliado al año (dólares)	% del presupuesto total
Cápitales médicas	264	36
Medicamentos pacientes externos	103	14
Hemodiálisis	35	5
Psiquiatría	36	5
Servicios discapacitados	14	2
Odontología	19	1
Otros servicios	45	6

Servicios médicos:

El Cuadro 1 tiene información sobre los niveles del gasto per cápita en servicios médicos para 1998.

Cápitales médicas:

Estos gastos incluyen:

- Acceso a un médico de cabecera, con consultas y visitas domiciliarias sin límites. Los afiliados pueden elegir su médico entre todos los que están registrados con el PAMI.

- Servicios diagnósticos, tal como radiografía y ecografía.
- Servicios a los niveles secundarios y terciarios, incluyendo consultas y tratamientos con especialistas, y todos los gastos de internación, incluyendo los medicamentos. Ha de notarse que algunos de los servicios listados, como los trasplantes múltiples, no están considerados apropiados para las personas mayores en los países más desarrollados.

No hay información completa sobre la distribución de la cápita entre los distintos servicios. Fue posible conseguir alguna información para 7 subcontratistas (Unidades de Gestión y Participación o UGPs) que operaban en el Gran Buenos Aires en agosto de 1999. Estos tenían aproximadamente 315.000 afiliados (20 por ciento del total de afiliados del aglomerado). Los otros UGPs que operaron en el Gran Buenos Aires no proporcionaron información al PAMI, a pesar de que la remisión de estadísticas era un requisito legal de la contratación. El promedio de los gastos según el sector de servicios fue: 26 por ciento para el nivel primario, 59 por ciento para el segundo nivel, y 15 por ciento para el tercero. El presupuesto para la atención primaria incluye servicios como radiografías y trabajos de laboratorio, además de la atención de los médicos de cabecera. En efecto, sólo el 25 por ciento del gasto en la atención primaria estaba destinado a los médicos de cabecera. En el segundo nivel, el 98 por ciento del gasto se dedicaba a los servicios para pacientes en internaciones agudas. En las entrevistas informales, se ponía en duda frecuentemente la veracidad de estos datos. Si, en cualquier caso, se pueden tomar como un indicador aproximado de la tendencia general, parecería que la capitación del PAMI está fuertemente desviada hacia la provisión de servicios curativos.³

Medicamentos a pacientes externos:

³ Estas cifras indican que el PAMI gastó más de un 70 por ciento de su presupuesto médico en servicios para pacientes internos de hospitales (98 por ciento del gasto secundario, más el terciario). Esto contrasta con el 48 por ciento del presupuesto de Medicare en 1999.

Los descuentos para una amplia variedad de medicamentos listados oscilan entre el 30 al 100 por cien. Los medicamentos gratuitos se dan a los afiliados con sus necesidades básicas insatisfechas y en los casos excepcionales, como los afectados por el SIDA. Estos servicios también incluyen provisiones mensuales de leche en polvo gratuita para niños necesitados. De hecho el PAMI distribuye más leche en polvo que ninguna otra obra social. Los gastos en medicamentos incluyen los programas de vacunación contra la gripe que, según PAMI, llegaron a 1.2 millones de afiliados en 1999, con un coste total de 10 millones de dólares (3% del presupuesto total para medicamentos). Este es el único caso de un programa de promoción de salud que recibe significativo apoyo financiero del PAMI. El gasto per cápita en medicamentos es mucho más alto que en la mayoría de los países desarrollados, lo que sugiere una tendencia a la sobremedicación y un fracaso en el control de los costes de los proveedores. Los esfuerzos para racionalizar los programas de medicamentos han sido extremadamente resistidos por la industria farmacéutica.

Psiquiatría:

Un pequeño número de institutos privados recibe cápitas para proporcionar estos servicios. Sin embargo, el tipo de responsabilidad del PAMI en este área no está clara. Debido a que la gestión iniciada a partir del año 2000 no licitó las prestaciones, salud mental aparece en el “digesto” (op. cit.) como una categoría de servicio general, pero no se proporciona información acerca de los alcances del servicio. Sin perjuicio de ello, las prestaciones de salud mental tradicionales abarcan consultas ambulatorias, centros de día, psiquiatría dinámica e internaciones agudas y crónicas.

Otros servicios:

Se incluyen en este rubro servicios tales como ambulancia, provisión de audífonos, prótesis y, reintegros de gastos por prestaciones especiales, prácticas médicas no incluidas en las cápitas generales.

Los Servicios Sociales:

Estos servicios absorbieron, en 1998, el 15 por ciento del gasto del PAMI. El cuadro 2 muestra la importancia relativa de los diferentes servicios, en términos de desembolso. Muchos de estos servicios se desarrollaron durante el fin de los años 80 y el comienzo de los 90, en respuesta a un incremento del endurecimiento de las condiciones sociales y las tensiones en otros componentes del sistema de bienestar del país.

Cuadro 2. El gasto del PAMI en servicios sociales en 1998

	Gasto promedio por persona (dolares)	% del presupuesto total
Pro-Bienestar	35	5
Sepelios	21	3
Residencias	38	5
Subsidios	15	2

El Programa Pro-Bienestar:

Es un programa que proporciona complemento alimentario nutricional a afiliados con ingresos económicos insuficientes o en situación de pobreza. La operatoria del programa está descentralizada en los centros de jubilados, quienes reciben el subsidio para la compra y distribución de bolsas de comida a afiliados seleccionados. El programa se estableció en 1993 y se expandió rápidamente, abasteciendo actualmente a más de 100.000 afiliados.

Gastos de sepelios:

No hay información sobre el número de entierros que el PAMI financia. Los informes provenientes de medios de comunicación observaron que gran parte de sus gastos se desviaban entre complejas cadenas de intermediarios que se quedaban con sustanciosas comisiones.

Residencias de ancianos:

El PAMI contrata a proveedores del sector privado, adjudicando plazas a afiliados según, teóricamente, criterios de necesidad. El gasto per cápita relativamente bajo sugiere que puede haber un gran desajuste entre suministro y demanda. Las oficinas centrales del PAMI fueron incapaces de ofrecer datos para verificar si es éste el caso y cómo se enfrenta el problema.

Subsidios:

Estos servicios datan desde comienzos de los '90, e incluyen subsidios para discapacidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos para adicciones, necesidades básicas insatisfechas, ayuda para alquiler de vivienda, servicios de ayuda doméstica no incluidos en los otros programas, y "proyectos especiales". En 1999 se brindaron aproximadamente 8.500 subsidios especiales (PAMI, 2000). La lógica de tantos servicios de pequeña escala parece dudosa. Es altamente probable que la cantidad de subsidios otorgados represente sólo una pequeña

minoría de la población con derecho a estos servicios, pero no se evidencian criterios transparentes para la selección de los beneficiarios. Tampoco hay criterios para la determinación de los valores de los distintos subsidios, y los montos que se otorgan por un mismo tipo de subsidio son muy variados entre las distintas provincias.⁴ En algunas provincias se registraba en estos programas una planta de personal con un empleado por cada 8 beneficiarios. Además, estos subsidios son de alcance similar a otros ofrecidos por organismos como la ANSeS.

Otros servicios:

En este rubro se incluye una amplia variedad de servicios que abarcan desde apoyo financiero a los centros de jubilados hasta programas de micro-turismo. A partir de la década del 80, PAMI invirtió importantes recursos financieros para fomentar el desarrollo de una red nacional de centros de jubilados. En el año 2000 había 4.872 centros registrados en el PAMI. Algunos de éstos han sido identificados como "centros fantasmales", y algunos carecen de sedes físicas para reuniones. Teóricamente, los centros son independientes del PAMI y sus socios eligen sus representantes de forma democrática, pero se han observado casos de "presidentes autoproclamados" formando parte de los consejos asesores de PAMI (Redondo, 2000). Sin perjuicio de ello, muchos centros ofrecen servicios sociales y consejos médicos generales de utilidad para jubilados mayores. Muchos centros son también sedes de distribución del Pro-Bienestar y, más recientemente, centros de vacunación anti-gripal. Los centros siguen en funcionamiento, aunque algunos de ellos ya no reciben fondos importantes del PAMI.

La categoría "otros servicios" en el Cuadro 2 incluye un programa de locación, el desarrollo de servicios comunitarios, y el entrenamiento para voluntarios, entre otros proyectos, todo de mínima escala.

CUÁLES SON LOS SERVICIOS QUE OFRECE PAMI REALMENTE (EN LA MEDIDA EN QUE ES POSIBLE AVERIGUARLO)?

La información presentada arriba sugiere un paquete de servicios completo y bien integrado, que combina servicios sociales, atención médica y subsidios económicos. Por otro lado, igualmente podría sugerir una falta de enfoque y definición de sus competencias principales, y la acumulación cáotica de responsabilidades. Más importante aún, existen muchas dudas sobre la capacidad del PAMI de brindar estos servicios, y sobre la voluntad de sus afiliados de utilizarlos.

⁴ Por ejemplo, el promedio de los subsidios de alquiler varía entre 50 y 500 pesos al mes.

Dos temas claves a analizar son la disponibilidad de recursos del PAMI necesarios para financiar los servicios que promete, y la utilización eficaz de estos recursos. Hay muchos motivos para sospechar acerca de la solidez financiera para continuar proveyendo los servicios que el PAMI inició a comienzos de los 90. Un presidente de la época sostuvo que el dinero se obtendría de los "ahorros concretos que el PAMI ha conseguido por la reestructuración administrativa" (Página 12, 28 de octubre 1992). Sin embargo, estas nuevas responsabilidades contribuyeron significativamente a la futura crisis del Programa.

Es difícil averiguar si el PAMI tiene recursos suficientes para cubrir sus actividades principales. Los gastos en medicamentos por persona son más elevados, por ejemplo, que en los Estados Unidos. En cambio, el gasto por persona en servicios médicos es mucho menor que el del Medicare, y es casi igual que el de otros países de ingreso medio tal como México.⁵ Queda muy claro que el PAMI no utiliza sus recursos de manera eficiente, debido a una combinación de razones, algunas fortuitas y otras intencionales. Puede destacarse para ilustrar la ineficiencia, que mientras el PAMI destina un 15 por ciento de su presupuesto global a los gastos de administración y salarios, la cifra correspondiente del Medicare es solamente 1,5 por ciento.

En los últimos años se hicieron frecuentes las notas de la prensa alegando que el PAMI no cumple con sus responsabilidades. Al mismo tiempo, algunos proveedores de servicios han rehusado ofrecer tratamientos a los afiliados del PAMI porque llevan mucho tiempo sin recibir pagos del Programa. En varias ocasiones las farmacias y muchas clínicas privadas han dejado de atender a los afiliados hasta que se salden las deudas. El suministro de medicamentos para algunas formas de cáncer y SIDA se interrumpió en muchas ocasiones por estos problemas, así como el hospital de La Universidad de Buenos Aires advirtió que tendría que cerrar si no recibía los fondos adeudados por el PAMI.

No es fácil medir la diferencia entre los servicios teóricos y la realidad, dada la ausencia casi total de sistemas internos de controles e información. Los datos disponibles son muy agregados, incompletos y, muchas veces, contradictorios.

La información sobre la calidad de sus servicios es aún más problemática. Según un reportaje de la prensa:

"Hay quienes cumplen las condiciones de los contratos y hay quienes no brindan ningún servicio...No se cumplían las mínimas condiciones de atención que necesitan los afiliados" (Clarín Digital, 22 de noviembre 1996).

Existe el peligro de que el sistema de pagos per cápita incentive una oferta mínima por parte de las clínicas como ha ocurrido en otros países, por ejemplo

⁵ En 1998 el gasto total en salud por persona (calculado del Cuadro 1) fue US\$516. Medicare gastó US\$5.410 por persona en 1999. El Instituto Mexicano de la Seguridad Social gastó US\$530 por persona en servicios de salud para jubilados en 2000 (IMSS, 2000).

Inglaterra. Debe tenerse en cuenta que en el sistema de pago capitado los proveedores reciben una cantidad fija mensual por cada persona que tienen registrada, independientemente de que estas personas utilicen o no los servicios. Teóricamente la libre elección de proveedor por parte del afiliado debería garantizar algún nivel de calidad, pero no hay información que respalde esta hipótesis en la realidad. Reportajes en la prensa coinciden con un informe de la AGN que observa que los niveles de mortalidad de los jubilados internados con contratos del PAMI fueron especialmente altos. La AGN vinculó este problema con irregularidades en la interpretación e implementación de estos contratos (Clarín Digital 24 de noviembre, 1996). Agregó que el PAMI falló en la supervisión, regulación y coordinación de sus sistemas complejos de contratación, y que la información sobre sus servicios era mínima. Desde entonces no se ha progresado en la mejora de estos puntos débiles, e incluso hay indicios de su empeoramiento.

Es probable que la diferencia entre los servicios prometidos y la realidad sea más grande en las regiones más rurales y con mayores concentraciones de pobreza. Dado que el PAMI contrata casi todos sus servicios, estos servicios dependen de la infraestructura que ya existe en el área. En las zonas más pobres, los servicios de salud del sector público y el sector privado están menos desarrollados, y en consecuencia es probable que los servicios ofrecidos por el PAMI también sean inferiores. Por ejemplo, en el norte y noroeste del país el PAMI sólo contrata proveedores ubicados en las capitales provinciales. En estas zonas es probable que muchas personas con derechos teóricos a los servicios del PAMI no estén en condiciones de utilizarlos por falta de accesibilidad.

Los problemas de acceso y calidad están exacerbados por la falta de información para los afiliados. A pesar de la introducción de un servicio de información telefónica (PAMI Escucha), se resolvió no difundir el Digesto de normas y servicios al público. La prensa es la principal fuente de información para muchos afiliados, pero sus artículos sobre corrupción, fallos y escándalos ofrecen una imagen muy negativa del Programa. El siguiente ejemplo es muy representativo de esta tendencia:

La eterna odisea de una paciente (Clarín 22 de noviembre 1997):

Elsa Tapia es el ejemplo de la gravedad de la situación que viven los que dependen de la obra social para obtener los medicamentos. Elsa tiene 45 años y sufre de cáncer de garganta desde hace más de 10 años. Después de quedar sin trabajo por su enfermedad y de perder su obra social, consiguió que PAMI se hiciera cargo en 1990 de los gastos de medicamentos, como ocurre en algunos casos de jubilación por invalidez.

Hace una semana, Elsa fue a la sede de PAMI de su distrito en Flores, como lo hace habitualmente para recibir sus medicamentos oncológicos pero le dijeron que estaban suspendidos. “Los médicos no sabían qué decirme y realmente me

ayudaron a buscar una solución pero a ellos tampoco les dieron una respuesta” cuento Elsa.

Después de esperar e insistir durante varias horas, tuvo que volver a su casa, sin los remedios y sin ninguna explicación. “Fue como si me dieran un revólver para matarme” sintetiza Elsa que necesita tomar un calmante cada seis horas y una serie de vitaminas diarias, fundamentales en su dieta debido a las bajas defensas.

“Con la pensión de 145 pesos sigo viviendo porque tengo un dios aparte y puedo comer gracias a una vecina. Nadie me explicó que tenía que ir directamente a la farmacia y los médicos que me hicieron la receta tampoco estaban enterados” dice la mujer que debido a su enfermedad, tuvo que alimentarse durante cuatro años con una sonda nasogástrica. Tapia también usa una prótesis especial en su paladar. “Hace tres años tendría que haberla renovado. Pero como es de material importado, cuesta 7.500 dólares. Pero PAMI no cubre ese tipo de gastos.”

QUIENES USAN LOS SERVICIOS DEL PAMI?

En abril 2000 el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) encaró una encuesta de utilización y satisfacción para el PAMI (Redondo y Salzman, 2000). La muestra era de 14.089 afiliados, y se realizó en cinco grandes ciudades que en conjunto abarcan al 80 por ciento de la afiliación total del PAMI. Por motivos de sensibilidad política sobre índices de performance no fue posible divulgar las ubicaciones exactas del estudio. La encuesta hace referencia al uso de los principales servicios de salud del PAMI entre marzo de 1999 y marzo de 2000.⁶ A los encuestados se les preguntaba si conocían esos servicios, si habían hecho uso de ellos, cuánto tiempo habían esperado hasta recibir atención y su nivel de satisfacción con los servicios recibidos. A aquellos entrevistados que no usaban los servicios del PAMI se les preguntó la razón de la no utilización.

Cuadro 3. Porcentaje de afiliados que usaron al menos un servicio del PAMI entre marzo de 1999 y marzo de 2000.

	%
Area 1	85.2
Area 2	83.7

⁶ Estos incluían la consulta a los médicos de cabecera, los descuentos en medicamentos, las consultas a los especialistas, los servicios de radiología y laboratorio, la atención a pacientes internos y al servicio dental y óptico. No estaban incluidos los servicios sociales, el alivio de la pobreza ni los centros de jubilados.

Area 3	81.2
Area 4	71.7
Area 5	69.9

El cuadro 3 muestra una gran variación en la utilización del PAMI entre las 5 localidades encuestadas. Esto coincide con otros informes que indican importantes disparidades regionales en la oferta del PAMI. Un informante calificado sugería que estas diferencias pueden estar relacionadas con las variaciones de los procedimientos contractuales. En el área 5, en la que se produce la menor utilización de los servicios, el PAMI contrató todos los servicios, incluyendo los médicos de cabecera, a una gerenciadora privada. Esto significa que la gerenciadora recibía el pago por capitación, obteniendo dinero por servicios que no siempre se usaban. Por el contrario, en el área 1 el PAMI prestaba servicios con personal y establecimientos propios y el nivel de utilización era mucho más alto.

Cuadro 4. Razones para no usar ningún servicio del PAMI entre marzo de 1999 y marzo de 2000.

	Area 1	Area 2	Area 3	Area 4	Area 5
Tiene buena salud	40	21	31	13	35
Tiene seguro privado	36	34	39	60	23
Otros motivos	23	45	31	27	42

El cuadro 4 da razones acerca de la no utilización de los servicios. Diferentes porcentajes de los que aducen buena salud pueden reflejar una mayor afiliación de grupos de edad joven en algunas áreas. La información sobre la edad de los afiliados no se facilita y por lo tanto no es posible verificar este efecto. La proporción de encuestados que hacen referencia a seguros privados varía entre el 23 y el 60 %, probablemente reflejando la composición socioeconómica de las diferentes ciudades encuestadas. Haciendo una media de estas variaciones está claro que una significativa proporción de afiliados ha suscrito un plan privado

independiente. "Otras razones" incluía: el uso del sistema público o del privado (sin seguro), y el desconocimiento de derechos a los servicios del PAMI. La encuesta no separa estos factores diversos. Sin embargo, observa que el desconocimiento era muy infrecuente, excepto en el área 5, donde alcanzaba el 10 por cien de los no usuarios.

Cuadro 5. Porcentaje de afiliados que usaron los servicios del PAMI, según el tipo de servicios.

	Area 1	Area 2	Area 3	Area 4	Area 5
Médicos de cabecera	82	77	78	68	53
Emisión de recetas	66	68	72	65	49
Farmacia	76	79	75	67	59
Interconsultas especialistas a	51	52	40	41	35
Radiografías	56	53	48	47	38
Internaciones	16	23	13	11	14
Anteojos	26	34	25	27	23
Dentista	18	15	10	12	14

El cuadro 5 da información sobre la utilización de los diferentes tipos de servicios del PAMI. El uso de médicos de cabecera es bastante alto, con la excepción del área 5. Esto sugiere que el suministro de asistencia sanitaria a este nivel está funcionando bastante bien, y que PAMI contribuye a la reducción de la presión sobre los proveedores de los niveles secundario y terciario.

En general, los niveles de satisfacción entre los que usaron los servicios del PAMI fueron altos: del orden del 80 al 90 por ciento. De nuevo, se produjeron algunas variaciones entre áreas: por ejemplo la satisfacción con el médico de cabecera oscilaba entre un 93 por ciento en el área 1 a un 77 por ciento en el área 5. Hay abundante literatura acerca de que la opinión de los usuarios respecto de los servicios que reciben está en relación con las expectativas preexistentes. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud en su Informe del año 2000 advierte que las poblaciones más pobres o más necesitadas suelen ser menos exigentes y evaluar positivamente servicios que muchas veces son impermeables frente a sus

requerimientos. Este podría ser el caso del elevado porcentaje de satisfacción de los afiliados del PAMI que pone de manifiesto esta encuesta.

Cuadro 6. Término medio de espera en las consultas de los médicos de cabecera

	Promedio de espera (días)
Area 1	3
Area 2	3
Area 3	5
Area 4	6
Area 5	20

Los datos sobre el tiempo de espera presentados en el cuadro 6 ayudan a explicar los bajos niveles de utilización y satisfacción con los médicos de cabecera en el área 5. Además, el área 5 sufría más tiempo de espera para las recetas.

No se puede confirmar que las diferencias entre las cinco áreas estén relacionadas con diferencias en los contratos entre el PAMI y los proveedores. No obstante, el mero hecho de la existencia de tales diferencias muestra que el PAMI no ha podido nivelar la variedad y la calidad de los servicios que ofrece en el país. Otra vez este defecto sugiere una falta de capacidad regulatoria dentro del Programa.

EL PAMI TIENE ALGUNAS VENTAJAS?

Dada la pésima información sobre la situación real de los servicios del PAMI, sobre quienes los usan y cuánto cuestan, no es fácil identificar algunas actividades del Programa que podamos caracterizar como exitosas. La gama de servicios teóricos es impresionante, pero es imposible calcular el desajuste entre promesas y cumplimiento.

Hay dos actividades en las que se puede sugerir, tentativamente, que el PAMI ha tenido algún éxito. La primera es su desarrollo de una red de médicos de cabecera, inspirada por el National Health Service británico. Como se vio anteriormente los niveles de utilización de estos médicos son bastante elevados. El papel de estos médicos de cabecera es más fuerte en el PAMI comparado con los otros sectores de salud en Argentina que dan mucho menos prioridad a los

servicios al nivel primario. A pesar de eso, el cuadro 5 indica que el uso de estos médicos no ha llevado a una disminución del uso de servicios a niveles más especializados: casi la mitad de los entrevistados había utilizado un especialista durante el año del estudio. Eso indica que un cambio en el sistema de derivaciones entre los niveles primarios y los especializados podría generar muchos ahorros, siempre y cuando los médicos generales atiendan integralmente los problemas de salud de sus afiliados.

La segunda actividad identificada como relativamente exitosa es el apoyo al desarrollo de una red de centros de jubilados. Los centros han brindado varios servicios médicos y sociales a una cantidad significativa de afiliados. Además, tienen el potencial de formar una plataforma para programas de ciudadanos comunitarios para gente mayor. Si se integraran con los otros servicios del PAMI, tendrían mucha capacidad de mejorar el alcance del Programa. Por ejemplo, una fuente comentó que se consiguieron ahorros substanciales cuando se trasladó la distribución de vacunaciones anti-gripales desde organizaciones privadas a los centros. Durante los últimos años, el nivel de apoyo financiero para los centros se ha reducido fuertemente, y el futuro de muchos centros es incierto.

¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS AL PAMI?

Los debates y las propuestas para reformar el PAMI han considerado cada vez más la posibilidad de transferir alguna de sus actividades a otras organizaciones. Esto no sorprende si se tiene en cuenta el alcance de sus deficiencias y los seis años de fracasados esfuerzos de reforma. Sin embargo, las opciones de una transferencia parcial o completa parecen limitadas. Vamos a considerar por turnos los puntos fuertes y débiles de las diferentes alternativas.

Financiación privada

Como se ha visto antes, una proporción significativa de los afiliados al PAMI prefieren hacer uso de seguros de salud privados o pagar directamente por los servicios que reciben. No es posible acceder a información a nivel nacional sobre la cobertura de los seguros para las personas de edad. Se estimó que en 1999 alrededor del 15 por ciento de las personas mayores de 60 años que vivían en la ciudad de Buenos Aires tenían algún tipo de plan privado de atención sanitaria. De estos, más de la mitad tenían derecho a los servicios del PAMI (Vassallo y M. Sellanes, 2001).

Sin embargo, la capacidad de las aseguradoras privadas de proporcionar un servicio eficaz a un gran número de jubilados y pensionados es cuestionable. Estudios realizados a nivel mundial sobre aseguradoras privadas revelan una

tendencia a evitar la inclusión de grupos de edad avanzada, a menos que se dé al seguro un papel limitado y complementario (Stocker et. al., 1999; Twigg, 1999). En un estudio de 21 planes de salud privados listados en la guía telefónica de Buenos Aires, se reveló que 12 no suscribían a miembros nuevos mayores de 60 o 65 años. Estos planes extienden la suscripción a la gente que se inscribió cuando era más joven, pero las cuotas se incrementaron considerablemente, especialmente para los mayores de 70 años. Todos los fondos que aceptaron a personas mayores pusieron como requisito que se hicieran un chequeo médico completo antes de ser admitidos y de que se estipulara el nivel de la prima a pagar. Asumiendo que el individuo de que se trate tenga buena salud, el coste de los planes para alguien de 65 años varía de 59 a 419 dólares mensuales. Los precios ascendían notablemente con la edad, y para la gente de 70 o más el más barato era de 119 dólares. Hay evidencia anecdótica de que la calidad de asistencia médica proporcionada por estos diversos planes es extremadamente variable y que algunos de los planes más baratos son muy cuestionables.

Obras sociales

Desde 1995 se ha permitido a los afiliados del PAMI retornar a la obra social a la que pertenecían antes de su jubilación, o acceder a alguna otra de entre un listado de 30 que acordaron aceptar afiliados del PAMI. Además del habitual acuerdo médico, se espera que las obras sociales proporcionen subsidios para sepelios y residencias de ancianos. A cambio, se les ofreció un pago de capitación de 36 dólares al mes, en contraste con los 48 que el PAMI reserva para estos servicios. Más de medio millón de afiliados han elegido esta alternativa, que redujo significativamente la afiliación total al PAMI. Sin perjuicio de ello, la opción por otras obras sociales fue efectuada hasta ahora por un pequeño número de beneficiarios.

Las obras sociales se están enfrentando a sus propios retos y no parece que estén en una posición de absorber grandes números adicionales de afiliados. La introducción de libre competencia con los prepagos implicará la desaparición de diferencias entre los dos sectores en el medio plazo. Con el aumento de la comercialización de este sector, las limitaciones identificadas en el sector privado se darán igualmente en las obras sociales.

Los Ministerios de Salud (Nivel federal y provincial)

Muchos de los afiliados del PAMI ya están utilizando los hospitales del sector público, pero no se sabe hasta qué punto, porque los sistemas de información del sector público son muy débiles. La impresión general es que ha habido una falta crónica de financiación en los hospitales públicos y que tienen estructuras administrativas muy débiles. Por un lado, la transferencia de las responsabilidades

y la financiación del PAMI podría compensar a los hospitales por el “free-riding” del PAMI. Por otro lado, podría sobrecargar el sistema público. Semejante medida recibiría poco apoyo de los afiliados del PAMI porque perciben que los servicios brindados por los proveedores privados contratados por el PAMI son superiores a los servicios del sector público.

Servicios Sociales

Es poco probable que alguna de las organizaciones mencionadas anteriormente estuvieran dispuestas a hacerse cargo de los servicios sociales del PAMI. Hay argumentos muy fuertes en favor de la integración de algunos de los servicios sociales con programas organizados por otras entidades de bienestar social. Ejemplos de tales servicios incluyen el programa probienestar y los subsidios económicos. Tal medida daría a estos programas un tamaño más factible y contribuiría a la reducción de la fragmentación del sistema de bienestar en general. Por el contrario, se ven más dificultades en la transferencia de los servicios relacionados con residencias y sepelios a otros órganos oficiales. Fuera del PAMI, esta clase de servicios sociales están todavía poco desarrollados en la Argentina y normalmente están a cargo de los gobiernos municipales de forma ad hoc. Una vez separados de los programas más amplios del PAMI, la probabilidad de continuación y desarrollo de estos servicios sería casi nula.

El caso de los centros de jubilados es más complicado. A pesar de que PAMI jugó un papel importante en el desarrollo de una red nacional, los centros son independientes del Programa, y muchos fueron establecidos espontáneamente por vecinos, o por sindicatos y partidos políticos. PAMI toma los centros como organizaciones de usuarios a lo que les da participación en su Directorio Nacional y en los consejos asesores de sus delegaciones regionales. También el PAMI ha podido descentralizar algunos servicios, como el ProBienestar, a través de ellos. La calidad de los centros es muy variable, y en algunos casos los dirigentes son punteros políticos y sindicales. Es probable que los mejores centros podrían seguir ofreciendo a sus socios algunos servicios limitados sin ninguna ayuda del PAMI. Por otro lado, una estrategia de apoyo a los centros, combinada con el fortalecimiento del *accountability* en los casos más problemáticos, podría proporcionar una red de servicios comunitarios sin precedentes.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: LOS FONDOS DE SALUD PARA LOS JUBILADOS –¿UNA BUENA IDEA?

Vale la pena considerar si los fondos de salud diseñados específicamente para los jubilados representan una estrategia apropiada. La experiencia del Medicare con la financiación de servicios para los retirados americanos de edad mayor también

ha sido problemática. Entre 1967 y 1984 los gastos del Medicare crecieron a un ritmo del 9 por ciento al año en términos reales. Sólo una pequeña proporción de este crecimiento se puede explicar por los aumentos de afiliación o por un alza en la edad promedio de sus socios (Garber, 1994). Desde entonces la cobertura del Medicare ha sido erosionada, y hoy en día el programa incorpora incentivos para que sus socios adquieran cobertura complementaria con HMOs u otras agencias privadas (Moon, 1996).

La relevancia de este tipo de programa para otros países depende de sus contextos más amplios de financiación y organización de los servicios generales de salud. En los países con sistemas de seguro social unitarios y universales, como el Reino Unido o España, la formación de fondos especiales para los jubilados tendría poco sentido. Además tal medida podría aislar los derechos de los ancianos a los servicios de salud, dañando la solidaridad entre las generaciones y fomentando una lógica institucional que provocaría una espiral de gastos. Teóricamente, en los sistemas de seguro de salud que no discriminan por la edad, habrá una transferencia intrapersonal desde la juventud a la vejez. En estos sistemas, lo que no fue consumido durante la juventud está reconocido por el presunto más gasto de la vejez. Esto evitaría discontinuidades en la calidad de la atención médica debido a la edad.

Por otro lado, en los países donde la financiación de los servicios de salud está fragmentada, no es universal y donde los seguros privados tienen un papel importante, los fondos especiales para jubilados y mayores se convierten en imprescindibles. El motivo principal es que el seguro privado contratado por los individuos generalmente discrimina a las personas mayores a través de procesos de exclusión en la selección de sus afiliados. Por ejemplo en Chile los HMOs privados ya forman un elemento importante de la financiación de sus servicios de salud, pero las personas con 60 años o más representan sólo el 3 por ciento de sus afiliados, comparado con un 12 por ciento en la población total (Stocker, 1999). En la mayoría de los países que tienen fuertes sistemas de seguros privados, han tenido poco éxito los intentos de evitar la exclusión de afiliados a través de sistemas de regulación eficaces. El acceso al seguro privado está especialmente limitado para las personas mayores que padecen de problemas de salud preexistentes. También es posible que llevara a una falta de incentivos para el empleo de personas mayores, por los problemas que tendrían que enfrentar sus empleadores para acceder a coberturas de salud asequibles.

En consecuencia el rápido crecimiento de los seguros privados de salud a nivel global incluyendo la difusión de los HMOs podría contribuir a la marginación de servicios de salud para muchos mayores, si no hay fondos específicos parecidos al PAMI y al Medicare. Los problemas que hemos identificado en estos dos fondos y la falta de alternativas deberían ser considerados como costos intrínsecos al abandono de los programas públicos unitarios, e idealmente se deberían pasar estos costes a las empresas de seguros. Las experiencias internacionales indican que no es posible resolver los problemas del PAMI sin referencia a la estructura y

desarrollo del sistema de salud argentino en su conjunto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El PAMI todavía constituye un elemento muy importante aunque muy imperfecto del sistema de bienestar social argentino. A primera vista, parece que ofrece un conjunto de servicios más generoso que los de programas similares en los países desarrollados. Sin embargo, existe una gran disparidad entre los servicios prometidos y su cumplimiento. Aunque casi no existen datos fidedignos, parece que este desajuste ha crecido durante los últimos años y que la calidad de sus servicios ha empeorado. En consecuencia, cantidades cada vez más elevadas de afiliados están participando en planes de seguro privado. De todas formas el PAMI todavía representa una fuente importante de servicios médicos y sociales para muchos jubilados, pensionados y las personas que dependen de ellos.

No parece factible que el PAMI vaya a continuar operando de la misma forma a mediano plazo. Las reformas que sin duda se aplicarán dentro de unos meses responderán a imperativos fiscales urgentes más que a estrategias de reestructuración a largo plazo. Hasta ahora las reformas han fracasado sobre todo por una falta de voluntad política de enfrentar la corrupción y el clientelismo que casi define el Programa. Todavía no se ha colocado la crisis del PAMI en el contexto más amplio de los sistemas de salud y bienestar. La experiencia de los Estados Unidos muestra que, sea cual sea la agencia responsable del financiamiento de salud para los jubilados, es muy probable que se enfrentará a presiones financieras considerables.

Sólo con referencia al PAMI sería posible conseguir ahorros substanciales mediante la aplicación de las siguientes medidas:

- Dar prioridad a la red de los médicos de cabecera, y desarrollar sistemas eficientes de derivación entre los niveles primarios y los más especializados.
- Mantener los centros de jubilados e integrarlos con programas más fuertes de promoción, prevención y cuidados en la comunidad.
- Controlar los gastos de medicación dando prioridad a las drogas genéricas y de menor precio.
- Transferir los programas sociales a pequeña escala, como los subsidios económicos, a otros organismos.
- **Lo más importante sería el desarrollo y aplicación de sistemas de información y regulación.**

Lamentablemente el autor duda mucho que sea posible el éxito de estas reformas sin que haya un cambio muy profundo en el panorama político argentino. Los problemas de gobernabilidad del PAMI están tan arraigados y vinculados a estructuras políticas más amplias que una transformación progresiva parece muy lejana. Por eso, es más probable que el PAMI siga en decadencia o que se desmantele abruptamente. Esto significaría una fuerte caída en la calidad y cantidad de los servicios para los jubilados y otros afiliados que no pueden conseguir seguros privados.

BIBLIOGRAFÍA

A.Ahuad, A.Paganelli and A.Palmeyro (1999) *Medicina Prepaga. Historia y futuro*. Ediciones ISALUD, Buenos Aires.

A.Barrientos and P.Lloyd-Sherlock (2000) "Reforming health insurance in Argentina and Chile" *Health Policy and Planning* 15 (4).

S.Belmartino and C.Bloch (1998) ""Desregulación/privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina" *Cuadernos Médico Sociales*, 73.

A.Bonvecchi, H.Charosky, C.Garay and D.Urribari (1998) "Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Un análisis de sus condiciones de viabilidad organizacional, institucional y política" Fundación Argentina para el Desarrollo con Equidad, Buenos Aires.

Economist Intelligence Unit (1998) " Profile -changing political gears in Argentina's healthcare system" *EIU Healthcare International*, 2nd Quarter 1998.

A.Garber (1994) "Financing health care for elderly Americans in the 1990s" in Noguchi, Y. and Wise, D. (eds) *Aging in the United States and Japan. Economic trends*. University of Chicago Press, Chicago.

L.Golbert (1988) "El envejecimiento de la población y la seguridad social" *Boletín Informativo Techint*, 251 (1988).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2000) "Informe financiero y actuarial al 31 de diciembre de 2000" (www.imss.gob.mx).

P.Lloyd-Sherlock and Diego Novick (2001) " 'Voluntary' user fees in Buenos Aires: innovation or imposition?" *International Journal of Health Services* 31(4).

R.Lo Vuolo and A.Barbeito (1994) *La nueva oscuridad de la política social* Miño y Dávila, Buenos Aires.

M.Moon (1996) *Medicare now and in the future*, Urban Institute Press, Washington, D.C. (1996).

PAMI (2000) Informe preliminar sobre subsidios económicos, mimeo.

N.Redondo (2000) "El 'movimiento gris' en la Argentina: fortalezas y debilidades en la defensa de los derechos sociales de las personas mayores", Universidad Católica Argentina, V Congreso de la IFA. Mar del Plata.

N.Redondo; M.Bruzzese y A.Rivkin (2001) "Digesto de normas y procedimientos para el acceso a prestaciones y servicios del INSSJP", INAP-INSSJP Buenos Aires.

N.Redondo y M.Salzman (2000) "Encuesta de satisfacción a los usuarios del INSSJP: alcances e inferencias" INAP, Buenos Aires.

E.Stillwaggon (1998) *Stunted lives, stagnant economies. Poverty, disease and underdevelopment*, Rutgers University Press, London.

K.Stocker, H.Waitzkin and C.Iriart (1999) "The exportation of managed care to Latin America" *The New England Journal of Medicine* 340 (14): 1131-1136.

J.Twigg (1999) "Obligatory medical insurance in Russia: the participants' perspective" *Social Science and Medicine* 49:371-382.

C.Vassallo and M.Sellanes (2001) "Salud y tercera edad" in Secretaria de la Tercera Edad, ed *Informe sobre tercera edad en la Argentina*, Secretaria de la Tercera Edad, Buenos Aires.

World Bank (1987) *Argentina. Population, health and nutrition sector review*, Washington.

World Bank (1997) *Argentina. Facing the challenge of health insurance reform*, Washington.