
MENDOZA: GASTO PÚBLICO EN SALUD ¿ESCASO O INEFICIENTE?

Dr. Carlos Thomas

Lic. Patricia Zapata

Introducción

Este artículo ha sido actualizado con información hasta el año 2015. Originalmente se publicó en la web de ISG, www.isg.org.ar en enero del 2015 con datos hasta el año 2013. Se incorporó el análisis del gasto público en salud como proporción del tamaño de la economía mendocina (gasto público en salud/PBG). Asimismo, se agregó un apartado analizando el gasto e indicadores de producción por período gubernamental.

En general, en la mayoría de los países incluyendo Argentina, se registra un gasto creciente en asistencia médica, superior al crecimiento de la economía. El gasto está impulsado, fundamentalmente, por la continua innovación tecnológica, lo que implica una mejor calidad aunque mayores costos, y por la prolongación de la vida que incrementa la demanda de asistencia. Esta realidad lleva a una situación insostenible en el tiempo que requiere mayor eficiencia en la asignación y gestión de los recursos. Es necesario lograr que la asignación se realice priorizando aquellas acciones que aportan más beneficios, en términos de salud, al conjunto de la población y gestionar de modo de obtener el máximo rendimiento de cada peso empleado. El desperdicio que supone la ineficiencia se traduce en inequidad en el acceso a una atención médica oportuna y de calidad, en perjuicio de los sectores menos aventajados de la sociedad. En este artículo se abordará el estudio sobre el gasto del Ministerio de Salud de Mendoza en el período 2003 – 2015, con el fin de analizarlo y promover el debate necesario para su optimización.

Análisis del gasto

En este análisis se utiliza el gasto devengado (gasto que se origina en cada año independientemente de la fecha de pago)¹ del período 2003 - 2015. Con el fin de comparar el gasto en los diferentes años, eliminando el efecto inflacionario, se ha deflactado la serie de datos quedando los valores de cada año expresados en unidades monetarias constantes del año 2015².

¹ Es un pasivo que presenta un gasto ejercido en o antes de una fecha determinada, pagadero en fecha futura.

² Los valores expresados en unidades monetarias corrientes, es decir valores de cada año se conocen como valores nominales, mientras que los valores expresados en unidades monetarias constantes, es decir valores llevados a un mismo año se conocen como valores reales. Esta última alternativa, es la utilizada en este artículo, y permite realizar comparaciones de variaciones reales, neutralizando el impacto inflacionario.

Para deflactar la serie de gasto se utilizó el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del INDEC desde el 2003 hasta el 2007, y del 2008 al 2015 se usó el IPC de la provincia de San Luis.

En la tabla que se presenta a continuación se muestra la evolución del gasto en las condiciones señaladas, desagregado en recursos humanos, gastos operativos o bienes de capital.

Tabla N° 1
MINISTERIO DE SALUD DE MENDOZA - GASTO DEFLACTADO SEGÚN ASIGNACIÓN
AÑOS 2003 - 2015

En millones de pesos de diciembre de 2015

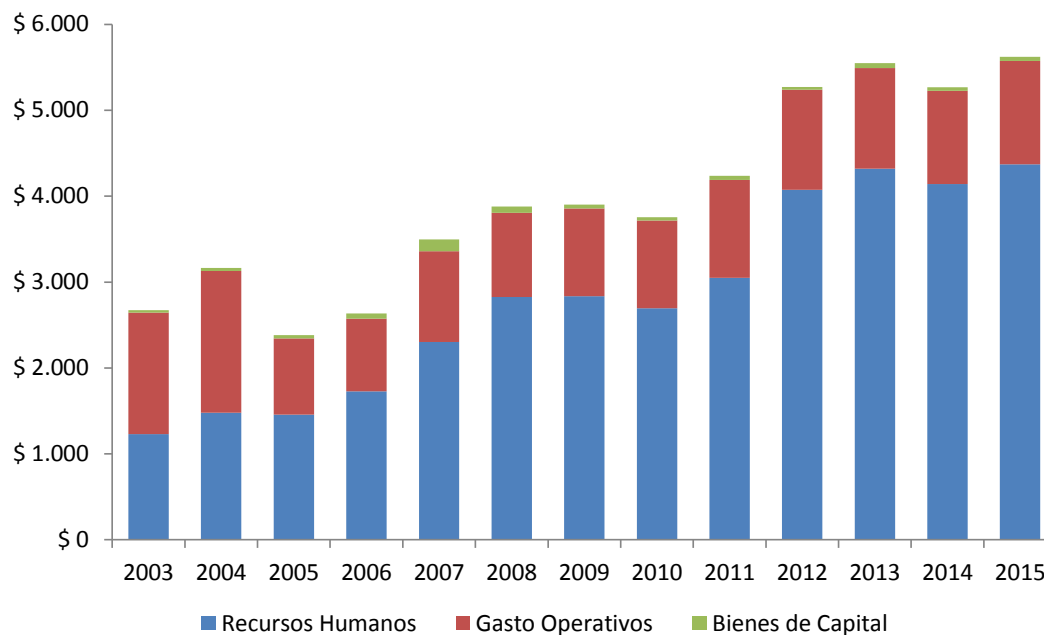
Año	Recursos Humanos	Gasto Operativos	Bienes de Capital	TOTAL
2003	\$ 1.231,6	\$ 1.412,8	\$ 29,0	\$ 2.673,4
2004	\$ 1.478,7	\$ 1.650,4	\$ 34,6	\$ 3.163,7
2005	\$ 1.458,0	\$ 884,7	\$ 38,3	\$ 2.381,0
2006	\$ 1.728,9	\$ 845,2	\$ 59,6	\$ 2.633,7
2007	\$ 2.302,1	\$ 1.058,4	\$ 134,9	\$ 3.495,4
2008	\$ 2.827,2	\$ 977,4	\$ 75,5	\$ 3.880,1
2009	\$ 2.835,9	\$ 1.021,4	\$ 44,3	\$ 3.901,6
2010	\$ 2.696,6	\$ 1.021,0	\$ 38,3	\$ 3.755,9
2011	\$ 3.050,9	\$ 1.138,9	\$ 46,0	\$ 4.235,8
2012	\$ 4.075,2	\$ 1.163,3	\$ 30,9	\$ 5.269,5
2013	\$ 4.319,9	\$ 1.171,2	\$ 57,9	\$ 5.549,0
2014	\$ 4.141,9	\$ 1.085,9	\$ 38,6	\$ 5.266,4
2015	\$ 4.372,5	\$ 1.203,0	\$ 46,2	\$ 5.621,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SIDECO (Sistema de Información Consolidada)- Contaduría General de la Provincia de Mendoza; INDEC y Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de San Luis.

De la tabla se observa un incremento del gasto total en términos reales del 110% entre el año 2003 y el año 2015, es decir, un crecimiento real promedio anual de 6,4%. Cuando se analiza la evolución de los tres componentes del gasto en estudio -recursos humanos, gastos operativos y bienes de capital- es posible identificar que el crecimiento ha sido dispar. Mientras los gastos operativos se han mantenido relativamente estables, el gasto en recursos humanos ha crecido un 255%, lo que se observa en el siguiente gráfico. De esta forma, el gasto destinado a recursos humanos pasó de representar un 46% del gasto total en salud en el año 2003 a 78% del total en el 2015.

Gráfico N° 1
MINISTERIO DE SALUD DE MENDOZA- GASTO DEFLACTADO
AÑOS 2003 - 2015

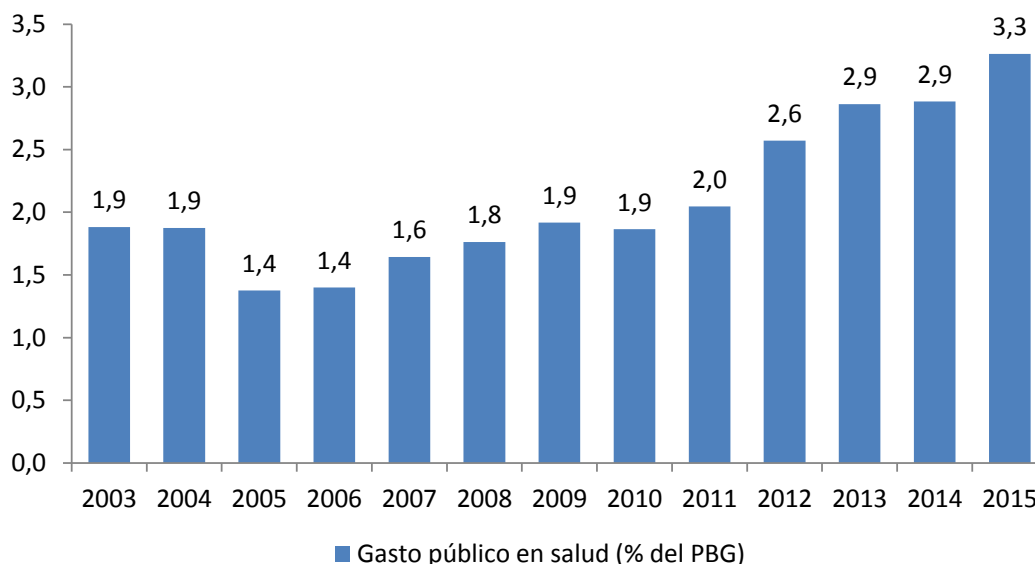
En millones de pesos de diciembre de 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SIDECO (Sistema de Información Consolidada)- Contaduría General de la Provincia de Mendoza; INDEC y Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de San Luis.

Si se mide el gasto público en salud como proporción del tamaño de la economía mendocina, también se aprecia un aumento muy marcado en el periodo 2003-2015, ya que pasó de 1,9% del PBG a comienzos de siglo a 3,3 puntos del producto en 2015 (véase el gráfico 2).

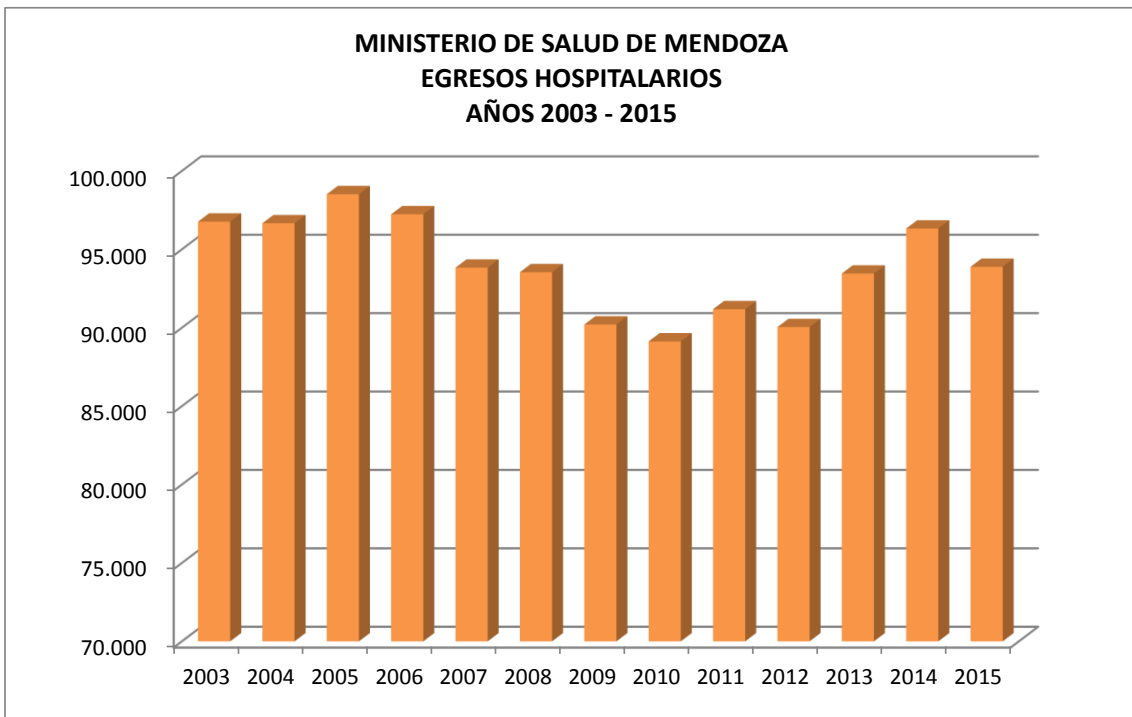
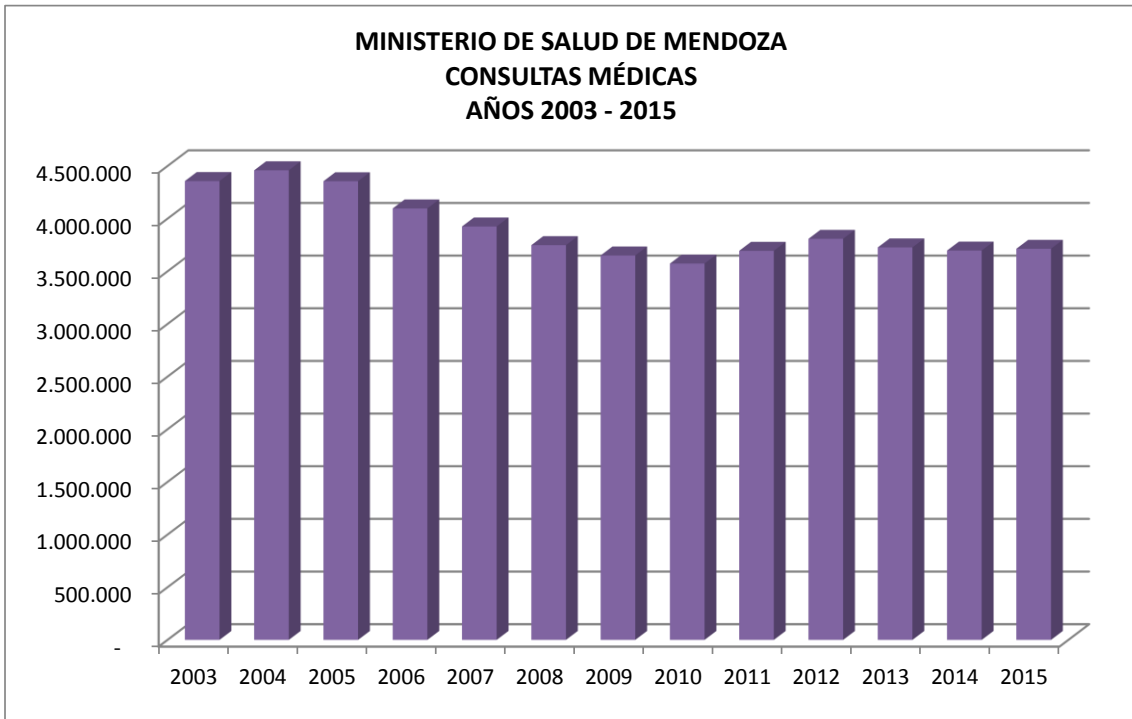
Gráfico N° 2
MENDOZA: GASTO PÚBLICO EN SALUD. AÑOS 2003 – 2015
En porcentajes del PBG



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SIDEKO (Sistema de Información Consolidada)- Contaduría General de la Provincia de Mendoza; DEIE, INDEC y BCRA.

El gran aumento del gasto en personal puede ocurrir por incremento del número de personas que trabajan en el sector, por incremento de los salarios o por ambos.

La incorporación de recursos humanos al sector se justifica ante el incremento de la demanda o la oferta de nuevas prestaciones. Sin embargo, las estadísticas muestran resultados que no se condicen con esta incorporación. En los gráficos que se presentan a continuación se observa una disminución sostenida de las consultas en los establecimientos públicos, con un leve repunte en el año 2012, pero en los tres últimos años hubo una pequeña disminución que se mantuvo. Por otro lado, los egresos hospitalarios también muestran una disminución con un repunte en el año 2013 y 2014, pero en el 2015 vuelven a caer. Los valores del período bajo análisis de los gastos operativos tampoco se condicen con este aumento en el gasto de recursos humanos, ya que se deberían haber incrementado si se hubiera incorporado de modo significativo nuevas prestaciones, generalmente de mayor complejidad, a la cartera de servicios. Estos resultados reflejan que el incremento en gastos en recursos humanos se encuentra desvinculado de la producción de servicios de salud.



La disminución de egresos y consultas en los establecimientos públicos acompaña la mayor cobertura de población por la seguridad social, que pasó del 49% al 63% entre

los años 2001 al 2010 (según INDEC datos censos 2001 y 2010), a raíz del aumento del empleo.

Tabla N° 2
POBLACIÓN SIN COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
MENDOZA, AÑOS 2001 y 2010

Año	Población total	Población sin cobertura	Porcentaje sin cobertura %
2001	1.579.651	799.302	50,60%
2010	1.721.285	636.875	37,00%

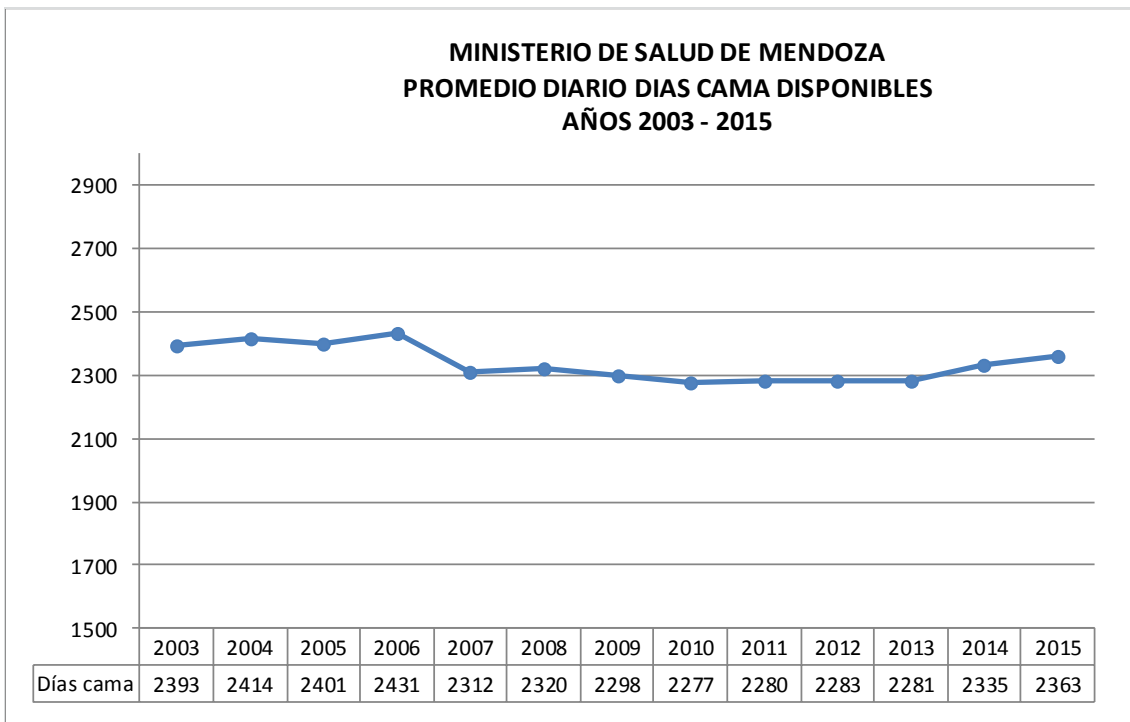
Fuente: Elaboración propia en base a datos censos 2001 y 2010 INDEC

En años posteriores la cobertura seguramente es mayor debido a la incorporación masiva de ciudadanos al sistema de jubilaciones y pensiones. Evidentemente, el aumento de las personas cubiertas por la seguridad social ha determinado una menor demanda en los establecimientos estatales.

Los cambios sustanciales en la organización de servicios sanitarios y el modo de brindarlos a veces exigen mayores recursos para apalancar el nuevo rumbo. Sin embargo, no se modificó la relación contractual, tampoco la jornada de 4 horas para los profesionales que es un obstáculo importante para mejorar el rendimiento, la remuneración es independiente del desempeño y está ausente la valoración del mérito para la promoción. Es decir, tampoco se utilizó como herramienta de cambio.

No hubo variación en los indicadores de actividad hospitalaria que mostraran avance en la gestión. El Hospital Central por ejemplo, sigue teniendo estancias promedio mayores de lo esperado de acuerdo a parámetros convencionales. El promedio días estada preoperatorio del egreso quirúrgico más frecuente, la colecistectomía, fue en 2014 de 9,49 días. Si se redujera a 3 días sería equivalente a tener 10 camas más. Extendido este razonamiento a la mayoría de los egresos podemos concluir que no faltan camas sino que están mal gestionadas.

Las camas hospitalarias, aunque no son consideradas uno de los recursos más importantes como lo eran en el pasado reciente, se han mantenido en número relativamente estable.

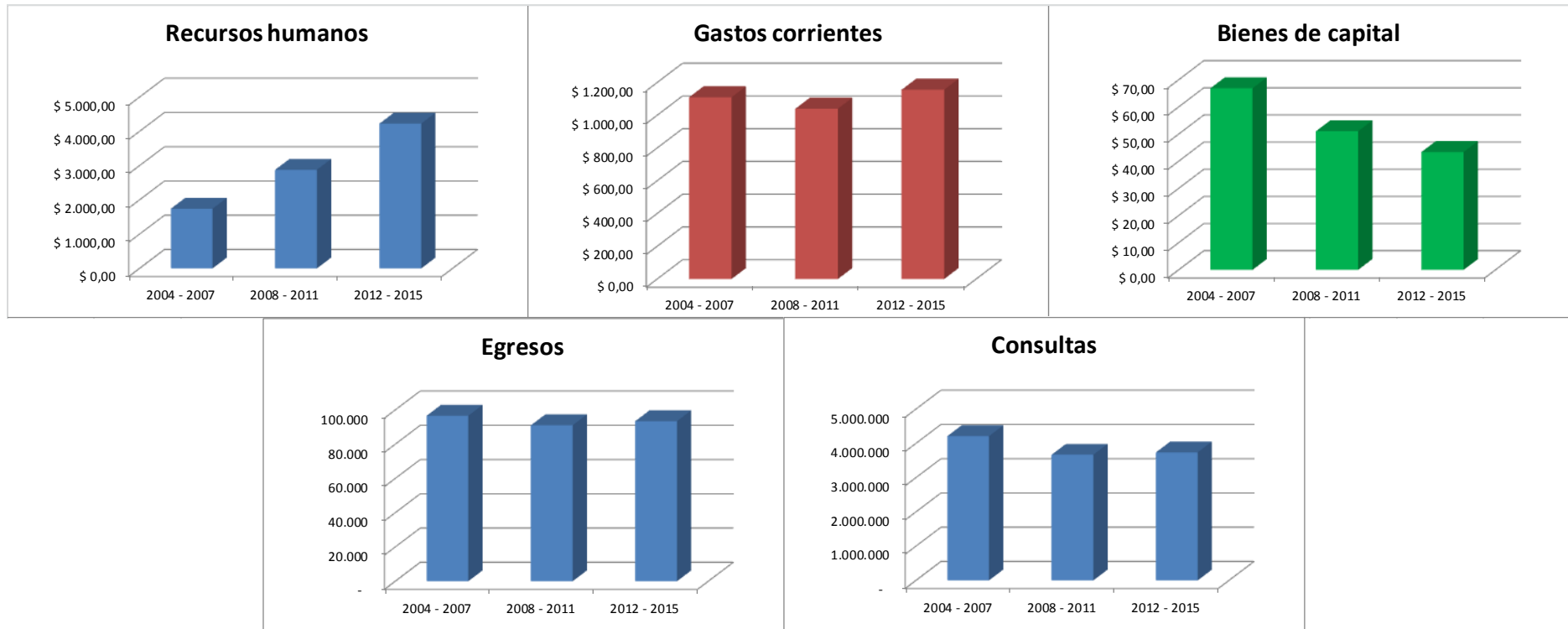


Fuente: Elaboración propia en base a información de Infosalud, Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza

Análisis por periodo gubernamental

Incorporamos en esta nueva versión un análisis de los tres periodos gubernamentales que se han completado en los años objeto de estudio: 2004-2007, 2008-2011 y 2012-2015.

A continuación se muestran los gráficos correspondientes el promedio anual del gasto en recursos humanos, gastos corrientes y bienes de capital en las correspondientes gobernaciones y los egresos y consultas médicas producidas.



Estos gráficos con los datos divididos por períodos gubernamentales también reflejan la estabilidad en los gastos corrientes y disminución en los bienes de capital, por lo tanto es muy improbable que el aumento del gasto en recursos humanos se deba a un incremento significativo de la complejidad de las prestaciones.

Conclusiones

El incremento del gasto no ha redundado en más y mejores servicios, no ha revertido la tendencia canalizando más fondos a promoción y prevención, no ha generado cambios en el modo de gestionar los establecimientos y no ha modificado las relaciones laborales, especialmente con los profesionales.

El aumento del gasto ha generado más ineficiencia, porque se ha producido menos servicios con el doble de recursos. Ineficiencia que sumada a los subsidios cruzados de los hospitales públicos a la seguridad social,³ a la incorporación de tecnología sin la correspondiente evaluación y a la ausencia de la debida priorización de las acciones a realizar, es responsable de mayor inequidad. Es un deber de la política sanitaria optimizar el uso de los recursos escasos y lograr más equidad disminuyendo la brecha entre la salud de los distintos niveles socioeconómicos.

En el período en estudio han conducido la provincia cuatro gobiernos pertenecientes a los dos partidos mayoritarios de la provincia.

Las propuestas en campaña son similares, expresadas más como un catálogo de buenas intenciones que como proyectos.

Mendoza necesita un debate profundo, sincero y público entre quienes aspiran a conducirnos. Un debate de ideas y proyectos que puedan transformarse en políticas públicas y, con el consenso necesario, en políticas de estado, tan declamadas como inexistentes. Sin ellas no habrá transformaciones en un sector en el que nada se logra en el corto plazo.

³ Dr. Carlos Thomas y Lic. María Patricia Zapata, "Subsidios Cruzados en el Sector Salud", febrero 2014, <http://www.isg.org.ar/subsidios-cruzados-en-el-sector-salud/>.