

Instituto de Ciencias del Seguro

**PROPUESTAS PARA UN SISTEMA DE
COBERTURA DE ENFERMEDADES
CATASTRÓFICAS EN ARGENTINA**

Jorge Colina



FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o del editor.

© 2008, FUNDACIÓN MAPFRE
Carretera de Pozuelo 52
28220 Majadahonda. Madrid

www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro
publicaciones.ics@mapfre.com

ISBN: 978-84-9844-071-3
Depósito Legal: SE-799-2008

PRESENTACIÓN

Desde 1992 FUNDACIÓN MAPFRE realiza anualmente una convocatoria de becas destinadas a promover estudios monográficos en materia de Riesgo y Seguro, incluyendo áreas temáticas relacionadas específicamente con el seguro iberoamericano.

Su objetivo es facilitar apoyo económico para la realización de trabajos de investigación en las áreas antes mencionadas y están dirigidas a titulados universitarios y profesionales del mundo del seguro, de cualquier nacionalidad, que deseen desarrollar programas de investigación.

Para la realización de este trabajo, FUNDACIÓN MAPFRE concedió a su autor Jorge Colina, una Beca de Investigación Riesgo y Seguro

Jorge Colina es economista, graduado en la Universidad Nacional de Córdoba, *Master of Arts in Economics* en la Universidad de Georgetown (EEUU) y Master en Finanzas en la Universidad de Amsterdam (Holanda). Actualmente, es investigador del Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESA) y consultor externo de organismos nacionales e internacionales.

Ocupó cargos públicos en el Ministerio de Economía, en el Ministerio de Trabajo y en la Administración Nacional de la Seguridad Social. Trabajó en el sector privado en áreas de planeamiento estratégico de seguros privados de salud y en organismos internacionales como consultor en temas de formulación y ejecución de políticas sociales con énfasis en temas laborales, previsionales, de asistencia social y salud.

Fue galardonado con el Premio Fulvio Salvador Pagani 2004 de la Fundación Arcor al mejor trabajo de investigación en salud *El Fracaso Sanitario Argentino. Diagnóstico y Propuesta*.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN Y EXPERIENCIA INTERNACIONAL	15
1.- ¿Qué son las enfermedades catastróficas?	15
2.- Los problemas de las enfermedades financieramente catastróficas	18
3.- Las respuestas que se dan en el mundo a estas enfermedades	22
4.- Conclusión	36
CAPITULO 2. EL PROBLEMA EN ARGENTINA	39
1.- La organización de la cobertura para las enfermedades catastróficas	39
2.- Diagnóstico de la cobertura imperfecta en el sistema de salud argentino	55
3.- Conclusión	62
CAPITULOS 3. LINEAMIENTOS PARA UN PROPUESTA	65
1.- Las alternativas para un sistema de cobertura catastrófica en Argentina ...	65
2.- La transición	83
3.- La incorporación de las obras sociales provinciales y los hospitales públicos	85
4.- Breve síntesis del esquema propuesto	86
CAPITULO 4. LA CONSISTENCIA ACTUARIAL DE LA PROPUESTA: UN EJERCICIO NÚMÉRICO	89
1.- Los costos del modelo funcionando en régimen	89
2.- Los costos de la transición	111
3.- Conclusión	117
ANEXO I	119
ANEXO II	123
Bibliografía	125
COLECCIÓN “CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN” Instituto de Ciencias del Seguro	127

PROPUESTAS PARA UN SISTEMA DE COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN ARGENTINA

Resumen

Las enfermedades financieramente catastróficas son una fuente de creciente preocupación en el mundo. Enfermedades cuyos tratamientos son altamente costosos ya sea porque requieren una intervención de muy alto costo económico (como podría ser un trasplante o una cirugía de muy alta complejidad) o porque requieren tratamientos no tan costosos pero de manera repetitiva y prolongada en el tiempo (que es el caso típico de las enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares, secuelas de accidentes cerebrovasculares, SIDA, enfermedades mentales, discapacidades producidas por la vejez, etc.) presentan un doble problema complejo de resolver. Por un lado, los tratamientos son los suficientemente caros como para comprometer la viabilidad financiera de un hogar de ingresos medios, por lo tanto, es difícil pensar que su financiamiento pueda ser librado a los gastos de bolsillo del hogar sin causar un quebranto importante en las finanzas familiares. Por otro lado, son contingencias complicadas de cubrir con mecanismos de seguros sociales o seguros privados debido a la certidumbre de que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demandará recursos por encima del promedio. El alto costo y la certidumbre hacen que las posibilidades de asegurar *apropiadamente* los riesgos de estas enfermedades sean muy limitadas.

Los factores que explican esta imposibilidad pueden ilustrarse con dos conceptos. Uno es la “reversión lenta a la media” y, el otro, la observancia o la identificación de las personas que se ubican por encima de la media. El primer concepto dice que, en salud, el 20% que más consume es un grupo de personas que se mantiene consumiendo recursos consistentemente por encima del promedio por un periodo prolongado de tiempo. Los datos de la experiencia muestran que cuando una persona presenta un alto nivel de gasto en un año es altamente probable que esa misma persona se mantenga siendo un consumidor intensivo en por lo menos los próximos cinco años subsiguientes. El otro concepto es que estas personas son fácilmente detectables a través de información de fácil accesibilidad como pueden ser la cantidad de consultas, los días de internación o el gasto en medicamentos en

los últimos 6 meses o un año. Como las personas que sufren enfermedades catastróficas presentan estos dos elementos (alto gasto consistentemente y son identificables), los seguros de salud pueden verse inducidos a discriminarlas. Discriminación que puede realizarse desde la mera no aceptación de la afiliación como a través de métodos más sutiles dados por diseños de paquetes de prestaciones con muchas limitaciones y exclusiones que terminan generando una protección muy parcial para las necesidades acuciantes de los pacientes catastróficos. Con los seguros de salud convencionales las personas que sufren enfermedades catastróficas tienden a quedar sin cobertura o con coberturas imperfectas. En respuesta a estos problemas, en muchos países ya se han comenzado a diseñar soluciones especiales para estas enfermedades. Los diseños utilizados están fuertemente condicionados por la forma en que cada país tiene organizado su sistema sanitario. En países con tradición de cobertura universal y financiamiento estatal, como Gran Bretaña o Canadá, las tendencias son hacia las coberturas para las enfermedades catastróficas con los mismos mecanismos que los aplicados para enfermedades agudas. En países con tradición de seguros sociales, como Holanda o Alemania, las tendencias van en dirección a crear seguros sociales separados del seguro de agudos. En sentido opuesto se ubican países con tradición de seguros privados, como EE.UU. o los países más industrializados del sudeste asiático, donde la dirección fue crear seguros especiales de naturaleza privada. Simultáneamente, en prácticamente todos los países desarrollados fueron apareciendo seguros privados de carácter voluntario destinados a brindar coberturas faltantes o complementarias a las que emergen de los seguros sociales. El auge de este tipo de instrumento asegurativo entre la población con capacidad de pago y en países desarrollados demuestra el nivel de conciencia que existe sobre las fallas que todos los sistemas, de una u otra forma, presentan a la hora de cubrir enfermedades catastróficas. En América Latina los países que abordaron mecanismos especiales para este tipo de cobertura son Uruguay y Chile.

En Argentina, en cambio, las enfermedades catastróficas no han sido tratadas con ningún mecanismo especial, y ello ha traído serios problemas de falta de cobertura o de cobertura manifiestamente insuficiente y/o de muy baja calidad. En el país se parte de una declaración básica que establece que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe velar por su provisión integral. A partir de esta premisa, los seguros sociales existentes y los hospitales públicos deben entonces cubrir todas las intervenciones imaginables con muy pocas excepciones que se circunscriben a tratamientos en fase experimental o ligadas a la estética. Los seguros privados, que se entiende que tienen planes bien definidos y actuarialmente consistentes, poco a poco van cayendo a fuerza de conflictos judiciales dentro de la misma lógica y están siendo obligados a brindar todo tipo de intervención que no esté en fase experimental.

De esta forma, independientemente del tipo de cobertura –seguro social, hospital público, empresa de medicina prepaga– el *mandato legal* exige que se

cubran las enfermedades catastróficas sin que haya *mecanismos financieros* apropiados que permitan viabilizar dicho mandato. En la práctica, lo que está sucediendo es que muchos de los operadores –con justificaciones o sin ellas– eluden estas responsabilidades llevando a que una parte importante de las enfermedades catastróficas no sean cubiertas, sean cubiertas parcialmente o con niveles muy degradados de calidad.

La elusión de los seguros de salud de sus responsabilidades por las enfermedades catastróficas en Argentina puede explicarse a partir de tres factores. Por un lado, una inconsistencia actuarial estructural del sistema. Las promesas de prestaciones médicas resultan prácticamente infinitas en gran parte como consecuencia de que el sistema político es incapaz de asumir los costos de establecer límites acorde al régimen financiero vigente. Tanto el Programa Médico Obligatorio (PMO), que es una promesa explícita de prestaciones, como los paquetes prestacionales del resto de los seguros sociales abarcan toda una gama imaginable de prestaciones con muy poca priorización de estados de necesidad o costo-efectividad de las intervenciones. Las reglas de financiamiento, por su parte, están dissociadas de los motorizadores del gasto ya que fijan como principal fuente de financiamiento los impuestos al salario los cuales tienen una dinámica determinada por el ciclo económico y el mercado laboral, y un agravante que es la baja productividad laboral de muchas actividades con un alto componente de trabajo informal con lo cual los recursos que se generan para hacer frente a las promesas de prestaciones son exiguos y con poca correlación con las demandas sanitarias.

Por otro lado, hay una segmentación institucional también estructural de todo el sistema de salud basado en la naturaleza sociolaboral de la población. Esto tiene dos consecuencias. En primer lugar, al estar la población atomizada en varios esquemas de cobertura que funcionan institucionalmente separados se imposibilita la conformación de grandes escalas. En segundo lugar, en el criterio de aglutinación la naturaleza sociolaboral produce una segmentación adversa de los riesgos. Se aglutinan por un lado población de muy alto riesgo y con capacidades limitadas de generación de ingresos (ancianos y discapacitados), por otro, población de riesgo medio y bajo nivel de ingreso y, por otro, población de bajo riesgo e ingreso medio y alto; todos institucionalmente aislados. A su vez, la segmentación y el desorden institucional del arreglo federal del país entre lo que maneja el gobierno nacional y los que manejan las provincias hace muy difícil una política de salud que tienda hacia un esquema unificador.

El tercer factor importante es un “efecto cascada” que se produce en la cobertura, producto del desorden institucional. En la punta de la cúspide están los seguros privados de salud que concentran a las personas de mayor nivel de ingreso y donde las intervenciones de alto costo son financiadas en la medida que los usuarios hayan podido pagar un plan que incluía expresamente dichas enfermedades. Pero en muchos casos, en especial en las enfermedades

crónicas o en instituciones de poca solvencia financiera, la cobertura efectiva no es la que la gente espera. Si la cobertura en la empresa de medicina prepaga falla, la persona puede quedar con la cobertura de su obra social –si es que tiene una– o recurrir a gasto de bolsillo. Si la obra social tienen inconvenientes financieros o la persona no dispone de medio, puede recurrir, como última instancia, al hospital público.

Esta es una regla implícita que nace de la noción de que el hospital público es el garante de hacer cumplir el mandato supremo de la salud como un derecho para todos por todos los servicios que una persona necesite. El hospital público termina siendo el último peldaño de una cadena de delegación espuria en donde la falta de recursos, la sobredemanda y el desorden administrativo se convierten en una negación de *facto* de la atención a las personas que sufren enfermedades catastróficas. A partir de allí es común encontrarse con llamados a la solidaridad, conflictos judiciales y pérdidas importantes de patrimonio individual de personas que requieren tratamientos altamente costosos por su complejidad, o que sufren enfermedades crónicas y complejas como SIDA/HIV, cáncer, enfermedades cardiovasculares o afecciones de salud mental.

El presente estudio presenta entonces una propuesta para un sistema especial de cobertura para enfermedades catastróficas en Argentina. El objetivo es asegurar accesibilidad real a las personas que sufren enfermedades catastróficas a las prestaciones que las regulaciones establecen como derechos, pero que en la realidad no se cumplen en su integralidad y/o en las condiciones estipuladas. Con ello se busca garantizar prestaciones suficientes, oportunas y apropiadas para el tratamiento de enfermedades catastróficas y tan importantes como esto, sentar las bases para perfeccionar el funcionamiento general de los seguros de salud bajo la premisa de que un mecanismo institucional especial para las enfermedades catastróficas, mejorará sustancialmente la consistencia actuarial de las enfermedades no catastróficas.

Una definición importante es que la propuesta atiende las enfermedades catastróficas que en la literatura se conocen como *dread diseases* (enfermedades catastróficas propiamente dichas). Son trastornos dañosos para el cuerpo humano, que provocan una situación traumática desde el punto de vista de su financiamiento y que tienen asociado riesgo inminente de muerte. Aquí se clasifican las enfermedades como cáncer, post-infartos, accidentes cerebrovasculares, SIDA y transplantes, entre otros. Estas afecciones se diferencian de las que se conocen como *long term care* (cuidados de largo plazo) donde la cobertura apunta a financiar las asistencias que requieren las minusvalías asociadas a la vejez. Se trata de atención –no necesariamente médica– que requieren los ancianos cuando pierden capacidades motrices para su autovalía. No hay una definición estricta, pero es comúnmente aceptado de que es la imposibilidad de desarrollar por medios propios al menos

tres de las cinco actividades personales diarias del cuidado personal: comer, asearse, vestirse, trasladarse y tomar medicación.

Estas limitaciones son financieramente muy costosas porque la atención demanda personas con ciertas calificaciones en el cuidado de adultos mayores por períodos muy prolongados, generalmente, toda la vida, pero no tienen asociado riesgo inminente de muerte.

En este sentido, el esquema que aquí se propone apunta a dar cobertura integral a los enfermos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, en los tres casos hasta 75 años de edad, y SIDA y trasplantes hasta los 65 años de edad. La razón del límite de edad es que estas enfermedades en edades jóvenes son financieramente catastróficas mientras que a edades de la ancianidad tienden a perder dicha característica porque son de relativamente rápido desenlace por lo avanzado de la edad.

Las metas de política para alcanzar estos fines son: i) la universalidad de la cobertura; ii) la consistencia financiera; iii) la libertad de elegir para los pacientes con enfermedades catastróficas; y iv) las regulaciones simples y transparentes con controles efectivos. Desde el punto de vista instrumental se analizaron varias alternativas pero la que aparece como la más conveniente desde el punto de vista de su consistencia técnica y su viabilidad política sería la que preserva el actual Programa Médico Obligatorio (PMO), manteniendo derechos vigentes, y reorganiza el actual Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661) en función de dos regímenes: un régimen general y un régimen especial.

El PMO sigue siendo un paquete integral sólo que el régimen general cubre todas las enfermedades del PMO, con excepción de las catastróficas, y el régimen especial cubre las enfermedades catastróficas del PMO. La regla de cobertura sería que todas las personas están cubiertas por el régimen general, hasta que contraen una enfermedad catastrófica. A partir de este momento, el régimen especial comienza a operar.

La instrumentación normativa partiría de regulaciones para la constitución de reservas y requisitos de solvencia para el régimen general y el régimen especial sería el lugar en donde entidades especializadas cumplen con dichos requisitos reasegurando a los seguros del régimen general. Las entidades del régimen especial actuarían como administradoras de riesgos catastróficos, con y sin fines de lucro, cumpliendo un doble rol: a) administrar riesgos catastróficos de carteras formadas por los seguros del régimen general, agregando un enfoque preventivo; y b) administrar y proveer, por sí o a través de terceros, todas las prestaciones médicas que demanden los pacientes catastróficos. Para esto último deben constituir redes de prestadores especializados con normas de acreditación, control de calidad y protocolos de tratamientos.

El régimen especial tendría así un registro de administradoras de riesgos catastróficos, con requisitos legales y técnicos donde los más destacados

serían: a) el objeto único; b) los requisitos de solvencia y reservas del régimen general¹; y c) una red de prestadores especializados, acreditados, con protocolos de utilización y un esquema de control de calidad en funcionamiento. El funcionamiento estaría sujeto a varios parámetros.

En primer lugar, las administradoras de riesgos catastróficos aseguran carteras de afiliados (seguros de salud del régimen general) y administran la reparación de siniestro que está dada por la atención médica continua a enfermos catastróficos. Los ingresos de las administradoras de riesgos catastróficos están dados por las primas que cobren por las carteras; los egresos, por la atención médicas de los enfermos catastróficos. En este esquema, se preserva la libertad de elección de los seguros de salud eligiendo la administradora que reasegure su cartera. Para asegurar libertad de elección a los usuarios –que son los demandantes directos de los servicios– la regulación establecería que las administradoras deben contar con más de dos redes de prestadores especializados de forma tal que ante una desatención o una atención que no se ajuste a su satisfacción puedan elegir otro conjunto de prestadores dentro de la misma administradora.

En segundo lugar, la libertad de contratación. Habrá competencia entre administradoras de riesgos catastróficos y la posibilidad de que una administradora pueda delimitar su cartera de afiliados, tras la idea de que la esencia del régimen especial es garantizar el cumplimiento de los parámetros de solvencia y contar con una red de prestadores especializados, acreditados y con normas de calidad en funcionamiento; luego, los seguros del régimen general tienen la libertad para elegir la mejor forma.

La incorporación de las provincias –para alcanzar la universalidad de la cobertura– puede buscarse mediante la transferencia de los empleados públicos y las personas hoy sin cobertura al Sistema Nacional del Seguro de Salud (como fue la transferencia de las cajas previsionales provinciales al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones) y donde los hospitales públicos operarían como prestadores del Sistema Nacional, manteniendo la propiedad estatal y provincial. O bien, contratando una administradora de riesgos catastróficos en la misma forma en que muchas provincias hoy contratan una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). En este caso, el sistema provincial cumpliría el rol del régimen general y el régimen especial sería común para ambas jurisdicciones. La transferencia incluso podría hacerse en etapas, con un primer paso donde pasarían al sistema nacional en su régimen especial los afiliados a las obras sociales provinciales –lo cual es más simple dado que están bajo un esquema de seguro de salud– y, en una segunda etapa, pasarían las personas sin cobertura de salud.

Finalmente, el estudio concluye con un ejercicio numérico de consistencia financiera del régimen especial propuesto. Los datos brindan una evidencia

¹ Esto es muy importante porque se trata de que las administradoras de riesgos catastróficos sean las entidades especializadas que “ayuden” a los seguros a cumplir con los nuevos requisitos de solvencia que se definirán para las enfermedades catastróficas en el régimen general.

preliminar de que el modelo propuesto como régimen especial es financieramente consistente y viable con los recursos actuales de los seguros de salud. Este último capítulo del estudio hace una contribución importante a la discusión de las enfermedades catastróficas en Argentina. Además de los resultados mostrando la consistencia y la viabilidad del modelo propuesto, aporta una metodología para obtener consistencia financiera con definiciones de prestaciones catastróficas, tasas de frecuencias y cálculo de flujo de recursos, lo cual promueve y enriquece la discusión de un tema complejo que está insuficiente e inapropiadamente tratado en el país. La metodología sigue los siguientes pasos:

- a. Primero. Se definen las prestaciones que estarán cubiertas por el nuevo régimen especial. Se trata de superar la mera enunciación para profundizar en una definición taxativa que ayude a determinar con precisión el momento a partir del cual una enfermedad catastrófica empieza a ser tratada por la administradora de riesgos catastróficos.
- b. Segundo. Ante la falta de información local, se presentan las tasas de frecuencias de enfermedades catastróficas de la experiencia internacional. Un aspecto importante es que estas tasas son una derivación directa de la definición de las prestaciones. Cuando no se encuentran tasas de la evidencia internacional, o la información local es relevante, se recurre a aproximaciones en función de fuentes nacionales.
- c. Tercero. Se realiza una aproximación de la distribución etárea y por tipo de cobertura (obras sociales nacionales, prepagas, INSSJP, obras sociales provinciales y personas sin cobertura) de la población argentina para aplicar las tasas de frecuencias.
- d. Cuarto. Se realiza un ejercicio de simulación para aproximar un valor monetario que refleje el costo total de tratar a un paciente catastrófico desde el momento en que la definición de las prestaciones pone la obligación en cabeza de la administradora hasta la muerte o alta del paciente. Se trata de elegir algunos valores monetarios para los principales parámetros que definen el valor presente de los gastos promedio en que incurrirían las administradoras para atender a los pacientes catastróficos.
- e. Quinto. Se obtiene una estimación del costo total del régimen especial.
- f. Sexto. Con la estimación de los recursos totales anuales que dispone cada tipo de cobertura (obras sociales, prepagas, INSSJP, provincias) se obtiene una aproximación a la incidencia que tendrá el costo del régimen de enfermedades catastróficas en los recursos actuales de cada vía de cobertura.
- g. Séptimo. Se presenta un ejercicio de sensibilidad en el cual se van modificando los valores asociados a los costos de los tratamientos.

Con esta metodología se obtienen algunos resultados preliminares. El costo para atender integralmente las enfermedades catastróficas sería de \$8,50 mensuales por persona cubierta a precios de 2005. Sin embargo, este costo varía de manera muy drástica según el tipo de cobertura.

Para las obras sociales nacionales y las personas sin cobertura (hospital público), el costo sería de \$5,59 y \$5,97, respectivamente. Para las prepagas y las obras sociales provinciales oscilaría alrededor de \$9,75 y \$11,16, respectivamente. En cambio, para el INSSJP el costo es más alto. Se ubicaría en el orden de los \$25,59. La alta variabilidad se debe las diferencias en la estructura etárea de la población de cada cobertura.

El análisis de viabilidad arroja que para el conjunto de todos los mecanismos de cobertura el régimen especial absorbería el 17,3% de los recursos de salud existentes, tomando los recursos que provienen de impuestos al salario, rentas generales y pagos de primas voluntarias a las empresas de medicina prepaga. Quedan afuera los gastos de bolsillo de las familias que no son para pagos de primas de planes privados. En el desagregado por mecanismo de cobertura aparece que para las obras sociales, las prepagas y las provincias (por las personas sin cobertura) la incidencia de estos costos en los recursos actuales de cada mecanismo de cobertura sería de entre 11% y 15%. Para las obras sociales provinciales sería del 28% aunque este valor puede estar sobrevalorando la verdadera incidencia dado que los recursos de las obras sociales provinciales no se conocen con certeza lo cual obliga a realizar estimaciones. Suponiendo que este valor está muy cerca del verdadero, si se toman los recursos de la obra social provincial y los correspondientes a las personas sin cobertura en conjunto (ambos dependen de los gobiernos provinciales) la incidencia del costo por ambas poblaciones descendería a 18%. En el INSSJP la incidencia de este costo ascendería a 28% de sus recursos actuales.

Haciendo un análisis de sensibilidad y relajando los supuestos de gastos de la atención (suponiendo que el gasto mensual es un 50% inferior, que puede resultar tanto de valores más reales en función de la tecnología disponible y/o cofinanciamiento por parte de los mismos afiliados) la incidencia total disminuye a 13% de los recursos del sistema de salud. Desagregando por mecanismo de cobertura, para las obras sociales nacionales y las prepagas la incidencia disminuyen a un nivel entre 8% y 9% de sus recursos, para las provincias (por personas sin cobertura y la obra social provincial) disminuye a 14% y para el INSSJP disminuye a 21%.

Los números indican que la viabilidad del modelo desde el punto de vista de la consistencia financiera estaría asegurada, en la medida de que los valores utilizados como parámetros del modelo sean los correctos. Particular atención habría que colocar en los valores que se utilizaron como parámetros para estimar el valor presente del costo de tratar a los pacientes catastróficos.

Un elemento que se hace visible con este ejercicio de costos es el subsidio cruzado que el INSSJP recibe del hospital público. Más allá de la precisión que puedan tener los cálculos, lo importante es que –dada las características etárea de la población y la alta frecuencia de las enfermedades catastróficos a edades avanzadas– los costos verdaderos en lo que debería incurrir el INSSJP para

dar prestaciones con sus propios recursos son altos en comparación con lo que hoy destina a atención médica. Esto es un indicio fuerte que apoya la hipótesis de que actualmente una parte muy importante (sino mayoritaria) de la cobertura de los afiliados al INSSJP está siendo financiada por los propios hogares con gasto de bolsillo y los recursos públicos provinciales a través del uso del hospital público. En este sentido, toma importancia el condicionante de que para que el régimen especial funcione con los incentivos correctos se requiere que el hospital público deje de operar como recurso de última instancia de los seguros de salud, algo que en el caso del INSSJP puede traer algunas complicaciones de tipo político.

Finalmente, los costos de la transición no se presentan abultados. Estos costos miden los recursos necesarios para atender bajo las nuevas reglas de juego (el régimen especial) a las personas enfermas al momento de la reforma. Los cálculos arrojan de que, al momento de la reforma, habría aproximadamente 723.120 personas que sufren algunas de las afecciones definidas como catastróficas lo que representa un 1,9% de la población. Este stock de personas iría progresivamente en disminución hasta llegar a ser, en cinco años, menos de 100.000 lo que representa un 0,2% de la población total.

En términos de recursos para la transición, se estima que se requeriría un masa total de \$6.765 millones a precios de 2005 que, en un horizonte de 5 años, implicaría un requerimiento anual de \$1.660 millones por año. Esto oscila entre 0,26 y 0,31 puntos de PBI, y entre 15% y 18% de superávit fiscal neto del pago de deuda del Estado (asumiendo que dicho superávit se mantiene en el orden de los 1,8 puntos porcentuales del PBI). Estos recursos corresponden a la estimación del costo total y no computan los recursos que los enfermos catastróficos están actualmente destinando a atención médica los cuales harían disminuir el costo total de la transición.

INTRODUCCIÓN

Este estudio analiza el problema financiero que significa para las sociedades modernas la cobertura de las afecciones que en la literatura especializada se conocen como enfermedades catastróficas. Se trata de las enfermedades que causan un severo daño en el cuerpo humano, que acarrear para la persona enferma una demanda de recursos sistemáticamente alta respecto del promedio de las personas por el resto de la vida y tienen asociado riesgo inminente de muerte. Se trata de enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, los trasplantes, el SIDA, entre las más comunes, aunque no necesariamente las de tratamientos más complejos.

El problema tiene una doble faceta. Por un lado, el envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico y la dinámica tecnológica en salud generan constantes presiones a agudizar la demanda de recursos de la salud hacia este tipo de enfermedades. Desde este punto de vista es un problema que se intensifica con el desarrollo económico porque la superación de las enfermedades infecciosas como causa de muerte –proceso propio del desarrollo– lleva a que las enfermedades de tratamiento más complejo tomen protagonismo. Al mismo tiempo, el desarrollo económico incrementa el ingreso de la sociedad posibilitando destinar cada vez mayores recursos hacia los avances de la medicina que, en muchos casos, tiende a dar soluciones médicas que preservan la vida de los enfermos sin erradicarlas lo cual se traduce en una presión constante por mayores avances para tratar las mismas enfermedades. En muchos casos, estas mismas enfermedades desarrollan diferentes mecanismos de propagación dentro del cuerpo humano, distintas formas de manifestarse y mutaciones complejas. No faltan los ejemplos de adelantos tecnológicos permanentes que permiten recuperar y mejorar la calidad de vida de personas afectadas con cáncer, infartos o derrames cerebrales que, sin erradicar ni disminuir dichos riesgos generan crecientes expectativas de sobrevivencia, con un igualmente creciente aumento en la demandas de recursos económicos para financiar esos tratamientos.

En segundo lugar, las personas que sufren estas enfermedades no sólo que demandan mayores recursos que el promedio durante el resto de sus vidas sino que además son identificables, con lo cual se complica poder darles una cobertura apropiada a través de los mecanismos convencionales de seguros de salud y, así, se frustra por fallas de financiamiento las expectativas que los adelantos tecnológicos generan. El problema con los seguros convencionales es que, al ser estas personas demandantes de recursos muy por encima de lo

que puede ser el pago de su prima –aún cuando ésta sea alta– y reconocibles, tienden a ser discriminadas por los seguros de salud voluntarios, a sufrir deterioros de la cobertura en el caso de los seguros obligatorios, a tener que destinar ingentes cantidades de recursos familiares para complementar las coberturas o, directamente, a sufrir denegaciones o listas de espera.

Argentina no está exenta de estos problemas. Proliferan las noticias en los medios masivos de comunicación de restricciones de recursos para financiar tratamiento de altos costos. Son llamados a la solidaridad pidiendo fondos para trasplantes o cirugías costosas, recursos judiciales para forzar a que obras sociales y empresas de medicina prepaga financien cirugías y tratamientos de altos costos, y reportes sobre las largas listas de espera, las dilaciones y las negaciones de los hospitales públicos cuando se trata de tratamientos costosos². En todos –o, seguramente, en la mayoría de los casos– no se trata de negaciones de cobertura que han sido sin fundamento sino que han estado forzadas por la falta de disponibilidad de recursos para pagar el costo de los tratamientos. Paradójicamente, Argentina es un país con una larga tradición de la salud como derecho fundamental y universal, con un cuerpo normativo desordenado pero que aspira a cubrir todos los costos médicos independientemente de su naturaleza y nivel para todos los habitantes pero en donde las personas, sin embargo, no dejan de sufrir serias restricciones y privaciones a la hora de tener que hacer frente a una enfermedad catastrófica.

La presente investigación tiene por objetivo indagar sobre la naturaleza de estas enfermedades y sus problemas de financiamiento con el fin de generar lineamientos de propuestas para mejorar su cobertura efectiva en la Argentina. El trabajo se compone de cuatro capítulos –además de esta introducción– en el primero de los cuales se realiza una conceptualización sobre la naturaleza de estas enfermedades desde el punto de vista de su financiamiento en base a la literatura especializada y un relevamiento expositivo de cómo se abordan en la experiencia internacional esta problemática en países como Uruguay, Chile, Singapur, Holanda y en países desarrollados a través de seguros privados voluntarios.

En el segundo capítulo se hace una descripción y un diagnóstico de cómo se organiza la cobertura de estas enfermedades y los problemas que actualmente enfrenta en Argentina. En el tercero se presenta un análisis de alternativas de política para mejorar sustancialmente el funcionamiento de los actuales mecanismos de cobertura apuntando a brindar una cobertura efectiva, oportuna, apropiada y sostenible a todas las personas que sufran este tipo de

² No hay datos estadísticos sistematizados sobre los problemas de degradación de la cobertura que se producen por fallas en los diseños del financiamiento de estas enfermedades. Sin embargo, a los efectos de mostrar el problema que están causando en la Argentina se ha recurrido a un relevamiento de noticias relacionadas con la degradación y/o la falta de cobertura que salieron publicados en dos de los principales diarios solamente entre junio y setiembre de 2006. Observando esta evidencia anecdótica se detecta con crudeza la profundidad del problema –en términos de la gravedad de las enfermedades y la necesidad de las personas de llegar hasta la Justicia para acceder a prestaciones que las leyes formales enuncian pero las coberturas efectivas deniegan– y su masividad –sólo en tres meses y dos diarios se obtuvieron las noticias que se presentan en el Anexo II del estudio–.

enfermedades en el país. En el cuarto se presenta una metodología para analizar la consistencia financiera de una de las propuestas analizadas que se elige como la más apropiada dada la realidad y las potencialidades del sector salud argentino y los objetivos propuestos. La metodología tiene por finalidad no sólo apoyar con datos empíricos la propuesta sino también –y, probablemente, más importante– hacer un aporte a la discusión del financiamiento de las enfermedades catastróficas brindando bases cuantitativas sobre la cual se puedan modelizar otros tipos de soluciones y analizar su consistencia financiera. El ejercicio numérico que se presenta en dicho capítulo no pretende ser la última palabra sino, por el contrario, las bases para que otros investigadores y profesionales interesados en la materia cuenten con un punto de partida desde donde generar esquemas superadores.

La presente investigación no habría sido posible sin el financiamiento de la FUNDACIÓN MAPFRE de España a través de su concurso de Becas de Investigación 2005. Ha contado con valiosos aportes en calidad de tutor de Nicolas Jasper de la Fundación MAPFRE en Argentina en cuestiones sustanciales como la lectura sesuda, los comentarios y las discusiones internas, y en el aporte de conocimientos y disponibilidad de estadísticas internacionales. Asimismo ha contado con el apoyo permanente del Instituto para el Desarrollo Argentino (IDESIA) en cuyos ámbitos se desarrolló. En este sentido, cabe agradecer los aportes, comentarios, observaciones y la asistencia recibida por parte de Osvaldo Giordano, Alejandra Torres, Marcelo Cárdenas, Alberto Riobó y María Soledad Cubas. Todas estas personas son ajenas a los errores, inexactitudes y vacíos que persisten en ella.

Buenos Aires, septiembre 2006.

CAPITULO I

CONCEPTUALIZACIÓN Y EXPERIENCIA INTERNACIONAL

1. ¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS?

Las enfermedades catastróficas son una de las principales preocupaciones que se presentan en la mayoría de los sistemas de salud del mundo moderno. Además se perfilan como uno de los principales problemas sanitarios del futuro. No hay una definición estricta para ellas. En la literatura se pueden encontrar una variedad de criterios e interpretaciones sobre qué se debe entender como tal. Desde un punto de vista médico, el concepto está asociado al riesgo inminente de pérdida de la vida o de pérdidas irreparables en la integridad física que causen un sufrimiento que los avances de la ciencia no pueden controlar. Desde el punto de vista financiero, la definición más obvia es la que alude a aquellas afecciones que por la naturaleza de su tratamiento requiere de grandes sumas de dinero (Aedo, 1996; Colina, Giordano y del Pozo, 2004; Employee Benefit Research Institute, 1988; World Bank, 2000; Wyszewiansky, 1986, entre otros).

Alrededor de la noción *financiera* es donde se han generado los principales desarrollos. Sin embargo, las dificultades para encontrar una definición compartida e indiscutida se mantienen. En estos debates hasta se presentaron opiniones extremas que sugerían la extensión del concepto de enfermedad catastrófica a toda afección que supere las posibilidades económicas de cada hogar. Bajo esta lógica, para hogares de bajo nivel de ingreso, sin protección de seguros de salud o sistema de contención estatal apropiados, la mayoría de las enfermedades, incluyendo las agudas de tratamiento no complejo, devienen en financieramente catastróficas, ya que el tratamiento o hasta incluso un medicamento –sin ser muy costoso– probablemente supere las limitadas posibilidades económicas de la familia. La discusión ha sido generada principalmente en el caso particular de Estados Unidos en donde no existe un sistema integrado de seguros de salud que garantice cierta universalidad en la cobertura. Cada individuo es responsable por asegurar su propio riesgo y los seguros sociales se concentran sólo en los segmentos vulnerables de la población como es el caso de Medicaid como seguro para los pobres y Medicare para los jubilados (Employee Benefit Research Institute, 1988).

En la actualidad, el concepto de *financieramente* catastrófico se fue cerrando alrededor de las enfermedades altamente costosas, que no sólo implican un alto riesgo de quebranto para las finanzas de un hogar promedio sino que además son un problema para la cobertura dentro de los mismos seguros de

salud. Son contingencias que resultan complicadas de cubrir financieramente incluso para los seguros sociales o los seguros de salud privados.

El universo de enfermedades de alto costo es muy heterogéneo, con muchos aspectos que diferencian unas de otras. En algunos casos, son enfermedades cuyo tratamiento requiere de un nivel de gasto relativamente muy alto con respecto al promedio del resto de los tratamientos, pero por única vez. En otros, demandan un nivel de gasto no tan alto pero que requiere ser hecho de manera cierta, repetitivamente, por un periodo muy prolongado o para toda la vida. Otro rasgo importante es la frecuencia con la que se presentan. Se suele asociar a las enfermedades altamente costosas con el atributo de ser de baja probabilidad de ocurrencia. Si bien muchas de estas enfermedades tienden a darse con poca frecuencia entre poblaciones con características normales – casi como un atenuante a su alto costo–, evidencias más recientes demuestran que las tendencias poblacionales, epidemiológicas y los avances de la medicina están haciendo de las enfermedades catastróficas un fenómeno cada vez más frecuente, especialmente en los últimos años de la vida.

El ejemplo más ilustrativo de enfermedades catastróficas de alto costo por única vez son las que demandan trasplantes o cirugías muy complejas, como las cardiovasculares o cirugías cerebrales. De todas formas, aun en estos casos no hay que perder de vista que una persona sometida exitosamente a este tipo de intervenciones se convierte automáticamente en un demandante intensivo de recursos de salud en el futuro debido a las intervenciones que se requieren para mantener controlada la enfermedad o eventuales complicaciones que pueden aparecer. En consecuencia, no debe tomarse al pie de la letra la aseveración de que el gasto es por “única vez”. Sin embargo, lo que el concepto señala es que el patrón de gasto que exige la enfermedad responde a una particularidad, que es costo muy elevado al principio (la intervención) y luego un flujo mucho menor (aunque superior a una persona promedio), más disperso aunque prolongado.

Entre las enfermedades de alto costo pero cuyo patrón se asocia a un gasto no excesivamente alto por única vez pero sí de permanencia prolongada y regular, se destacan las enfermedades crónicas. El cáncer, el sida, las discapacidades producidas por accidentes cerebrovasculares, las enfermedades mentales crónicas, son las más ejemplificativas dentro de este universo. Una particularidad de estas enfermedades es que, a medida que avanza el envejecimiento de la población y la ciencia médica, se van presentando con frecuencia creciente. Además de que las afecciones se hacen cada vez más frecuentes, los avances de la ciencia médica hacen a los pacientes más demandantes de recursos –porque los avances no eliminan la enfermedad sino que tienden a preservar la vida del paciente enfermo–, alargando, de esta forma, considerablemente la probabilidad de sobrevivencia con demandas crecientes de recursos económicos. Esto tiene serias implicancias desde el punto de vista de las políticas sanitarias y del financiamiento.

Los dos tipos de enfermedades descriptos son las que en la literatura se conocen como *dread diseases*, o enfermedades catastróficas propiamente dichas. Se trata de trastornos muy dañosos para el cuerpo humano y que provocan una situación traumática desde el punto de vista de su financiamiento. Más allá de diferencias filosóficas entre las definiciones médicas y financieras, lo cierto es que en general cumplen con varios de los atributos de ambas. Generalmente son causantes de mucho sufrimiento y tienen asociado riesgo inminente de muerte y, simultáneamente, sus tratamientos son altamente costosos.

La literatura suele considerar un tercer tipo de afecciones dentro de la tipología de enfermedades catastróficas, aunque desde un punto de vista estricto no necesariamente implican un sufrimiento físico excepcional, riesgo inminente de pérdida de la vida ni erogaciones de grandes sumas de dinero. Se trata de las minusvalías asociadas a la vejez a las que se les asigna la denominación de *long term care* (cuidados de largo plazo).

Se trata de la atención –no necesariamente médica– que requieren los ancianos cuando pierden capacidades motrices para su autovalía. No hay una definición estricta pero es comúnmente aceptado de que es la imposibilidad de desarrollar por medios propios al menos tres de las cinco actividades personales diarias del cuidado personal: comer, asearse, vestirse, trasladarse y tomar medicación (Ruiz Alcalde, 1994). Es obvio que estas limitaciones no representan una enfermedad catastrófica tal como se entiende en las “*dread diseases*”, pero son financieramente muy costosas porque la atención demanda personas con ciertas calificaciones en el cuidado de adultos mayores por períodos muy prolongados generalmente toda la vida. Son casos en que no es recomendable hospitalizar a la persona porque no sufre ninguna anomalía que requiera atención médica. Mas aún, el ámbito de un hospital es desaconsejable ya que puede hacerle perder la salud. Pero, a la vez, no puede vivir sólo ya que requiere asistencia de una tercera persona para el ejercicio de las funciones básicas³. En el mundo desarrollado este tipo de cuidado para ancianos se conoce con el nombre de cuidados domiciliarios (*home care*); en Argentina se asocian a la *geriatría*.

En resumen, los elementos que definen a las enfermedades catastróficas son principalmente dos: a) el alto costo; y b) la certidumbre que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demandará recursos por encima del promedio. El alto costo hace que su financiamiento por vía de los presupuestos familiares sea prácticamente imposible, sin causar un quebranto irreversible en las condiciones de supervivencia de la familia. La certidumbre hace que las posibilidades de asegurarse *apropiadamente* contra estos riesgos sean muy limitadas.

³ Esporádicamente puede requerir algún tipo de curación o atención médica de baja complejidad que puede ser resuelta a nivel de una enfermera (controles médicos de presión arterial, nivel de glucosa, asistencia respiratoria con tubos de oxígeno, colocación de inyecciones, provisión de calmantes, etc.).

2. LOS PROBLEMAS DE LAS ENFERMEDADES FINANCIERAMENTE CATASTRÓFICAS

Conceptualmente, la solución para el financiamiento de incidencias financieramente catastróficas son los seguros. Así como las pérdidas causadas por un incendio o por robo, en donde los perjuicios patrimoniales pueden llegar a ser muy importantes, es dable pensar que la cobertura por una enfermedad financieramente catastrófica sea abordada de la misma manera. Sin embargo, hay ciertos elementos de estas enfermedades que limitan seriamente la posibilidad, no tanto de cubrir el evento, sino de cubrirlo de manera *apropiada* para dar una protección integral al enfermo.

Aquí es donde entran a jugar dos elementos observables muy importantes. Uno es lo que se denomina la “reversión lenta a la media” y el otro es la observancia o la identificación de las personas que potencialmente pueden ser altamente consumidores de recursos para la salud. La implicancia del primer elemento –la “reversión lenta a la media”– es que el 20% que más consume es un grupo de personas que se mantiene permanentemente consumiendo recursos consistentemente por encima de la media y, por lo tanto, es difícilmente asegurable. Los datos son indicativos de que cuando una persona presenta un alto nivel de gasto en un año, es altamente probable que esa persona se mantenga siendo un consumidor intensivo en por lo menos los próximos cinco años subsiguientes. Esto es un fuerte incentivo para los seguros de salud a discriminar a estas personas o a diseñar paquetes de prestaciones con muchas limitaciones y exclusiones que terminan generando una protección muy parcial para las necesidades acuciantes de los pacientes catastróficos. El otro elemento es que estas personas son identificables, es decir, son fácilmente detectables por las aseguradoras a través de información de fácil accesibilidad que puede llevar a que las aseguradoras se vean tentadas a seleccionar riesgos discriminando a los que presenten dicha características. A continuación se presentan algunos análisis que demuestran estas dos afirmaciones.

Una evidencia bien documentada en la experiencia internacional es que los problemas de salud más costosos se concentran en una proporción muy pequeña de la población total y, si bien estos estudios no han determinado de que se trate de enfermos catastróficos, es altamente probable que así sea. Se ha estimado que el 1% de la población pueden llegar a consumir el 25% del gasto total. El 5% más demandante llega a consumir el 40% y sólo el 60% del gasto restante es consumido por el 95% de la población, (Beebe, 1988, Van Vliet, 1992). Pero el problema no es sólo la concentración del grueso del gasto en unos pocos casos, sino su dinámica a través del tiempo. El fenómeno puede ilustrarse con un interesante concepto estadístico denominado “regresión hacia la media”. Este concepto establece que, organizando a las personas por su nivel de gasto en un determinado año, si se realiza un seguimiento año a año del comportamiento del gasto en años subsiguientes respetando el ordenamiento del primer año, se observará que el gasto de las personas tiende a la media. Es decir, las personas que más gastan en el año de referencia, en general, tienden a no serlo en los años subsiguientes.

En sentido contrario, los que no gastaron en el año de referencia, tienden a ser los que más gasto producen en los años subsiguientes. La idea subyacente es que, pasado muchos años, la mayoría de las personas tenderían a gastar más o menos lo mismo. Los estudios empíricos no rebaten este enfoque teórico pero si señalan que la nivelación de los consumos demora periodos muy largos (Beebe, 1988, Van Vliet, 1992). Es decir que el gasto en salud tiende a converger, pero de manera extremadamente lenta. Esto es consecuencia de que el segmento de la población que más gastó en el año de referencia si bien reduce proporcionalmente sus consumos en años subsiguientes de todas formas se mantiene gastando por encima del promedio. Van Vliet (1992) demuestra, para un caso concreto, la validez de la teoría de la “regresión a la media” del gasto promedio en salud pero en períodos muy largos. Su estudio fue realizado para Holanda sobre una población de 35.000 personas con datos de gasto en salud durante cinco años (1976-1980). Los principales resultados se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1.
Dinámica del gasto en salud en una muestra de personas durante 5 años (Holanda)

Intervalo (Guilders)	%	Gasto medio (Guilders)	Relación Gasto medio del intervalo / Gasto medio total			
		1976	1977	1978	1979	1980
0	60	0,00	0,51	0,63	0,64	0,68
1-250	20	0,20	0,96	1,03	1,12	1,02
251-500	6	0,73	1,46	1,45	1,39	1,38
501-1000	5	1,40	1,95	2,07	1,85	1,85
1001-2500	4	3,11	2,30	1,94	2,21	1,99
> 2500	5	14,92	4,61	3,03	2,64	2,71
Promedio (Guilders)		497	513	583	664	779

Fuente: Van Vliet, (1992).

En la primera columna del Cuadro se presentan los intervalos de gasto en función de los cuales se distribuyó la población que compone la muestra. En la segunda se distribuye la población de la muestra según sus consumos anuales, mientras que la tercera presenta el gasto promedio anual para 1976 (año de referencia) de cada intervalo. Es notable que en el primer período, el año 1976, el 60% de la muestra no incurrió en gastos, el 20% lo hizo por sumas menores (apenas un 20% del promedio) y el resto incurrió en gastos crecientes, hasta llegar a un 5% de la población que tuvo un nivel de gasto muy elevado (casi 15 veces por encima del promedio). En las cuatro columnas subsiguientes se presenta el cociente entre el promedio de gasto del intervalo y el promedio para toda la muestra para cada año, respetando el ordenamiento de las personas de 1976. La regresión a la media se observa comparando 1977 con 1980. Las personas del primer intervalo, es decir el 60% que no tuvo gasto en salud en 1976, incurre en gastos en los años posteriores. En 1977, el gasto promedio del intervalo ya es positivo y representa aproximadamente la mitad del gasto

promedio. En 1980, luego de cinco años, ha ido en aumento y el promedio de gasto del segmento se ubicó en 68% del promedio total. En el otro extremo, el 5% que más gastó en 1976 se mantuvo siendo el grupo que más gasta en los años subsiguientes, aunque con una tendencia hacia la convergencia al valor medio. En 1977 el gasto promedio del grupo es 4,61 veces el gasto promedio de la muestra mientras que en 1980 el gasto promedio se redujo a 2,71 veces la media, mientras que el grupo de personas que más gastó se mantuvo consistentemente siendo el mayor demandante de recursos. Lo más relevante de este ejercicio es observar que, luego de cinco años, el 5% que más consume al inicio del periodo se mantuvo consistentemente siendo el grupo más gastador. Es más, si se toma en cuenta el agregado de los cuatro últimos intervalos –es decir, el 20% que más gastó en 1976– se observa que se mantienen siendo los grupos de mayor gasto y que todos convergen a un mismo ritmo, sin observarse que alguno de los grupos vaya a gastar menos o más que otro. En el otro extremo, el 60% que no tuvo gasto en 1976 muestra un gasto en aumento convergiendo hacia el gasto promedio pero sin llegar a igualarlo. El 20% que tuvo un gasto mínimo en 1976 se ubica muy cerca del promedio y es el único que se mantiene con un nivel de gasto alrededor del promedio. Como agravante –y aquí entra el segundo elemento, la característica de identificable de estas personas– opera el hecho de que los medios operativos para obtener la información del gasto de una persona en un determinado año es fácil de conseguir. Por ejemplo, en ese mismo estudio de “regresión lenta” del gasto en salud a la media se realizaron algunos ejercicios para identificar potenciales “predictores” del futuro gasto de las personas. Los predictores fueron: 1) días de enfermedad en los últimos seis meses; 2) consultas en los últimos seis meses; y 3) costo de las prescripciones de medicamentos en los últimos seis meses.

Cuadro 2.
Dinámica del gasto en salud en función de ciertos predictores de gasto (Holanda)

Predictor	Gasto real / Gasto predecido*				
	%	1977	1978	1979	1980
<i>Días de enfermedad (6 meses)</i>					
0	74	0,84	0,84	0,88	0,88
1-14 días	21	1,21	1,14	0,96	0,95
más de 14 días	5	2,61	2,32	2,10	2,04
<i>Consultas (6 meses)</i>					
0	39	0,63	0,62	0,66	0,71
1-3	41	0,80	0,95	0,81	0,89
más de 3	20	1,70	1,50	1,51	1,51
<i>Costo de las prescripciones de medicamentos</i>					
0	57	0,66	0,71	0,74	0,74
0-100 Guilders	34	1,05	0,99	0,94	0,93
más de 100 Guilder	9	1,93	1,81	1,81	1,90

Los grupos fueron formados según el año 1976

Fuente: Van Vliet, (1992).

** Según los factores de edad, sexo y ubicación geográfica.*

La metodología es similar a la utilizada en el caso anterior sólo que la convergencia no se mide en torno a la media sino en torno a un valor esperado que se calcula como un valor teórico en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica de la persona. El ejercicio consiste en observar el desvío ocurrido entre el gasto real de las personas y el valor predicho.

El primer predictor son los días de enfermedad de una persona en los últimos 6 meses. Las personas que declaran haber estado enfermas por más de 14 días en los últimos 6 meses, serían personas con alta probabilidad de ser muy consumidoras de recursos médicos. Se observa que sólo un 5% está en estas condiciones pero es precisamente el grupo que luego se mantiene gastando consistentemente por encima (más del doble) del monto que se predice en función de sus atributos de edad, sexo y región geográfica.

Un segundo “predictor” puede ser la cantidad de consultas en los últimos 6 meses. Cuando el número supera las 3 consultas, se estarían en presencia de personas que en promedio se mantendría gastando un 50% por encima de los que indican sus atributos de edad, sexo y lugar de residencia. Evidentemente este segundo predictor es menos potente que el primero, aunque luego aparece un tercero que podría ser el consumo de medicamentos en los últimos 6 meses, donde se observa que aquellas personas que gastaron en remedios por encima de un valor umbral (para este ejercicio, 100 Guilders), son personas que, con alta probabilidad, gastaron consistentemente y muy por encima del valor esperado en función de su edad, sexo y región. Si una aseguradora dispone de esta información –que no es difícil de obtener– podría verse tentada a seleccionar riesgos discriminando a los que presenten dicha características, y coincidiría casi de manera lineal con las personas que sufren enfermedades catastróficas. En otras palabras, si se tuviera información sobre los diagnósticos de ese 20% de la muestra que en el Cuadro 1 presenta un gasto consistentemente muy por encima de la media en un periodo de 5 años, o de aquellos que se presentan en el Cuadro 2, que declaran haber estado enfermo por más de 14 días en los últimos 6 meses, que consultaron más de 3 veces al doctor, o consumieron más de 100 Guilders en medicamentos, se puede afirmar con un altísimo grado de certeza que se está frente a personas que sufren alguna enfermedad *financieramente* catastrófica.

Estos datos son una evidencia de que las enfermedades catastróficas no son solamente un problema para las personas que no tienen un seguro de salud. Son un problema igual de importante para las que están cubiertas por un seguro ya que por los mecanismos tradicionales resulta muy difícil mantenerlas dentro de la cobertura. Dado que hay personas que con mucha certeza gastarán siempre por encima del promedio y hay medios para identificarlas, los riesgos de discriminación son muy altos. Esto deviene en que, cuando aparecen las enfermedades catastróficas, las personas quedan sin cobertura o con una cobertura muy imperfecta, justo en el momento que más necesita de protección financiera.

Estos elementos que muestran que hay un grupo de personas que gastan consistentemente por encima de la media y que además son fácilmente detectables, indican que habrá una tendencia a que sean discriminadas de los esquemas asegurativos convencionales. La implicancia es que, en regímenes de seguros obligatorios con buena calidad de información y bases técnicas, hay pequeños segmentos de la población que demandan un tratamiento especial y es a quiénes está destinado el objeto de análisis del presente estudio.

3. LAS RESPUESTAS QUE SE DAN EN EL MUNDO A ESTAS ENFERMEDADES

Las dificultades para asegurar apropiadamente estos eventos trasciende la problemática de las aseguradoras porque en la medida que implica la desprotección de personas en situación de alta vulnerabilidad el problema pasa a ser de tipo social. En la práctica, la sociedad no se puede desentender de la atención de las personas que sufren este tipo de enfermedades aunque haya limitaciones técnicas para asegurarlas desde el punto de vista convencional. En este sentido, los países han tendido a dar diferentes tipos de respuestas a este desafío, sin embargo, ninguno –todavía– ha podido dar con una solución plenamente satisfactoria, con un grado socialmente aceptado de integralidad en la perspectiva de la cobertura horizontal (que se cubra a todas las personas dentro de un mismo riesgo) o en la perspectiva de la cobertura vertical (que se cubran todas las enfermedades catastróficas y todos los gastos demandados por la enfermedad).

No se puede identificar una modalidad de cobertura predominante. En general, el diseño de los instrumentos utilizados para abordar este tipo de problemática está fuertemente condicionado por la forma en que cada país tiene organizado su sistema sanitario. En países con tradición de cobertura universal y financiamiento estatal, como Gran Bretaña o Canadá, la tendencia es hacia dar cobertura a las enfermedades catastróficas con mecanismos similares a los aplicados para enfermedades agudas. Las debilidades más visibles son los problemas fiscales asociados a una demanda de recursos para la salud creciente y el rechazo que producen los intentos de limitar los desbordes de gasto a través de extensas listas de esperas y otras formas de restricciones a la accesibilidad. En países con tradición de seguros sociales, como Holanda o Alemania, las tendencias van en dirección a crear seguros sociales separados, de cobertura universal y financiados con impuestos sobre el salario y aportes estatales, especializados en la gestión y financiamiento de *algunas* afecciones se que se entienden como catastróficas. Los problemas se presentan principalmente por la carga que significa para el sector productivo (empleadores y trabajadores) y las insatisfacciones por problemas de calidad o cobertura parcial.

En un sentido opuesto se ubican países con tradición de seguros privados, como EEUU o los países mas industrializados del sudeste asiático. En este caso los desarrollos fueron en la dirección de crear seguros especiales de naturaleza privada. Estos esquemas muestran como principal ventaja la

consistencia financiera y su punto más débil son los problemas asociados a coberturas limitadas lo que implica una carga de riesgo importante en cabeza de los afiliados.

Simultáneamente, en prácticamente todos los países desarrollados, fueron apareciendo seguros privados de carácter voluntario destinados a brindar coberturas faltantes o complementarias. El auge de este tipo de instrumento asegurativo entre la población con capacidad de pago demuestra el nivel de conciencia que existe sobre las fallas que todos los sistemas, de una u otra forma, presentan. Tanto por sus éxitos como por sus limitaciones, de la evaluación crítica de estas experiencias se pueden extraer enseñanzas muy útiles. Un recuento exhaustivo de todas ellas escapa a los límites del presente estudio. Por el contrario resulta viable abordar algunas de las experiencias seleccionadas en función de que pueden aportar elementos interesantes o innovadores para la perspectiva del análisis del caso argentino. Con este enfoque no exhaustivo es que se abordan elementos de las experiencias de Uruguay, Chile, Singapur y las coberturas voluntarias para enfermedades catastróficas (*dread disease insurance*) en los países desarrollados y Holanda.

A. Uruguay

Uruguay es un caso particularmente interesante por tratarse de un país vecino, con afinidad cultural y ciertos paralelismos en la organización del sistema de salud. En este país el acceso a la atención médica se hace efectiva a través de mutualidades llamadas Instituciones de Atención Médica Colectivas (IAMC), la red de hospitales públicos y una parte menor de la población, en general de altos ingresos, a través de seguros de tipo comercial llamado seguros parciales de cobertura total. Cualquiera sea la vía de acceso a la atención médica de agudos, todos los habitantes de la nación (3,2 millones de personas) están cubiertos para ciertos tratamientos de enfermedades catastróficas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1980.

El FNR se financia, por un lado, con el pago de cuotas de las IAMC y de los seguros parciales de cobertura total. Por otro lado, con erogaciones del Estado se financia las prestaciones de las personas no cubiertas por estos dos tipos de seguros. Sin embargo, el Estado es el responsable último de financiar con recursos públicos o impuestos específicos los déficits que se produzcan. En este sentido, recientemente se ha dispuesto reforzar los ingresos del FNR asignando parte de la recaudación del impuesto sobre los juegos de azar y un cargo sobre llamadas a los números 0900.

Su principal característica es que no se trata de un seguro propiamente dicho que apunte a cubrir riesgos catastróficos específicos sino que es un esquema de pago de ciertas intervenciones de alta complejidad con un alto componente de tecnología de capital. Las intervenciones son: a) colocación de prótesis de cadera y rodilla; b) estudios hemodinámicos, angioplastias y valvuloplastia; c) cirugía cardiovascular; d) Implantes de marcapasos, cardiodesfibriladores y coclear; e) Transplantes; f) litotricias extracorporea y percutanea; g) grandes

quemados; y h) hemodiálisis. Muy recientemente el FNR financió medicamentos de alto costo de linfomas no Hodgking y vacunación contra influenza y neumococo a pacientes tratados con marcapasos, hemodinamia, artoplastía y diálisis crónica (Bagnulo *et al*, 2004).

La cobertura termina siendo parcial porque cubre un componente del gasto (alto pero por única vez) de algunas intervenciones y se desentiende de otros gastos (bajos pero extendidos en el tiempo) que la misma enfermedad puede demandar. Por otro lado, existen otras enfermedades catastróficas -incluso más frecuentes que las incluidas en este listado- que quedan fuera del financiamiento del FNR (como cáncer, problemas coronarios y accidentes cerebrovasculares). De todas formas, la principal limitación es el sesgo que presenta a favor de financiar intervenciones con un alto componente de tecnología médica.

Aunque en muchos casos se trata de las estrategias más efectivas y que ofrecen la mejor calidad de tratamiento a los pacientes, tal como esta diseñado el mecanismo tiene como aspecto negativo los exagerados incentivos a la sobreprestación y a la sobreinversión en tecnología médica. La regla de asignación del FNR prevé que los únicos prestadores médicos que pueden postular para realizar estas intervenciones con financiamiento del fondo son las Instituciones de Medicina Altamente Especializadas (IMAE). Esto tiene la ventaja de que se pueden implementar reglas de calidad médica y protocolos de tratamiento para hacer un uso racional del gasto. Pero si no se establecen reglas, o se definan reglas deficientes que no se pueden aplicar o controlar, el sistema puede generar incentivos no deseados. Alguna evidencia señala que este fue el caso en Uruguay en donde por mucho tiempo las reglas de asignación del gasto no habrían funcionado correctamente lo que ha llevado al fondo al borde del colapso y a una sobreexpansión del complejo médico prestador de este tipo de técnica médica. Un indicio en este sentido es que (aunque merece mayor análisis con datos que no están disponibles) Uruguay es un país relativamente pequeño con 3,2 millones de habitantes y tiene 27 IMAEs que producen un promedio de 14.000 intervenciones anuales financiadas por el fondo (Fondo Nacional de Recursos, 2005)⁴. Un número que puede ser relativamente elevado considerando que dichas intervenciones atienden sólo una porción muy minoritaria del total de necesidades de recursos médicos que demandan las enfermedades catastróficas (Machado, 2003).

El problema de la demanda inducida, entendida como la tendencia a la solicitud de los médicos de prestaciones provistas por ellos mismos, o por sus colegas y/o asociados, según sus criterios, preferencias e intereses, se potencia en los tratamientos de alta complejidad porque los límites entre la estricta necesidad y la prescindencia son muy difusos. Es muy difícil determinar si una intervención de alta complejidad es estrictamente necesaria. Por otro lado, la economía de la medicina de alta complejidad generalmente exige que el prestador que se dedica a la producción de este tipo de intervención genere un gran volumen de

⁴ Según una publicación del principal sindicato médico de Uruguay desde su nacimiento hasta el año 2004 el fondo ha financiado 175.000 intervenciones (Sindicato Médico de Uruguay, 2004).

actividad. Sólo de esa manera es posible compensar las fuertes erogaciones en conocimiento y equipamiento que demanda este tipo de intervenciones sanitarias. Esta necesidad de recuperar cuantiosa inversión, sumada a la difusa línea que separa la verdadera necesidad de un tratamiento respecto a su prescindencia, lleva a que la evaluación médica sobre la necesidad o no de las intervenciones incline la balanza más a favor que en contra. Esta conducta se potencia si además existe como pagador un fondo común (el FNR) que financia las prestaciones a toda la población, facilitando la viabilidad económica de las intervenciones (Machado, 2003). La modalidad de pago del FNR se ha basado históricamente en la filosofía del pago por acto, aunque no se trata del método más artesanal de pagar cada una de las prácticas realizadas sino módulos que engloban uno o más conjuntos de prácticas por intervención. Si bien el FNR define normas médicas y somete la aprobación de las intervenciones a auditorías, es improbable que con tan sólo estos dos instrumentos se pueda evitar la realización de intervenciones que no sean las estrictamente necesarias. En general, resulta difícil para los auditores discutir con los médicos tratantes la pertinencia de las intervenciones debido a la incertidumbre de la enfermedad, y mucho más difícil resulta en los casos de alta complejidad dada la sofisticación de conocimiento y tecnología involucrada, y la penalización social y mediática que existiría ante una negativa.

Evidencias sobre las consecuencias de conductas permisivas en la administración del FNR, aparecen al considerar que en sus primeros 20 años de vida el FNR multiplicó casi por 8 veces su gasto. Se puede argumentar que la necesidad de la población lo imponía, sin embargo, surgen dudas respecto a este argumento cuando se compara la evolución del gasto del FNR con la del sistema público de atención de agudos que cubren a un tercio de la población. Al momento de su creación, el presupuesto del FNR representaba aproximadamente un 10% del presupuesto del sistema público. Veinte años después, el presupuesto del FNR representa el 68% del presupuesto del sistema público (OIT/Representación Trabajadores BPS, 1999).

En suma, el FNR es una solución equitativa a problemas muy serios de financiamiento que plantean las intervenciones de alto costo. Sin embargo, la lógica del pago por acto plantea una regla inapropiada de competencia, donde los actores se ven incentivados a pugnar por realizar la mayor cantidad posible de intervenciones descuidando el uso racional de los recursos. El problema no son los prestadores, sino las reglas de juego que, por tener un diseño inapropiado, inducen comportamientos distorsivos. Armar un fondo para pagar sólo las prestaciones más costosas con un alto componente de tecnología de punta tiene altas probabilidades de incentivar la utilización desmedida de recursos en este tipo de intervenciones. Como agravante, está el hecho de que la cobertura termina siendo muy imperfecta. No se cubren todas las enfermedades catastróficas, e incluso se dejan fuera las más prevalentes – como cáncer y enfermedades coronarias y cerebrovasculares–, y tampoco la totalidad del gasto en que el individuo, su seguro de salud o la sociedad deben incurrir en los pacientes intervenidos.

Uruguay es un caso interesante por la universalidad alcanzada en la cobertura. Sin embargo, merece reflexionar en torno a las dificultades que se presentan cuando un fondo específico y con respaldo del estado es destinado a financiar intervenciones de alta complejidad con alto componente de tecnología médica. Al menos en la experiencia uruguaya esto demostró ser muy difícil de controlar produciendo un crecimiento del gasto que perturbó el presupuesto público. Este esfuerzo no siempre implicó una cobertura apropiada ya que es posible que parte de los recursos sean absorbidos por la sobreinversión en tecnología médica (en desmedro de usos alternativos para la salud y otros fines).

B. Chile

En el sistema de salud chileno se ha dado un interesante abordaje del problema en el financiamiento de las enfermedades catastróficas. Se dieron dos tipos de avances. Por un lado, las aseguradoras privadas (que en Chile están incorporadas al seguro social) han conformado un seguro catastrófico para sus afiliados. Por otro lado, el seguro público está en pleno desarrollo de lo que se entiende como una *explicitación* de los derechos que, en la mayoría de los casos, involucra a las enfermedades catastróficas.

En el sistema de salud chileno las dos principales vías de acceso a la atención médica de enfermedades agudas son el Fondo Nacional de Salud (FONASA) – que es el seguro público– y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) – que son las aseguradoras privadas–. La regla es que FONASA tiene la responsabilidad por la cobertura de salud de toda la población que no opte por la cobertura del sistema de ISAPRE. Las ISAPRES, por su parte, son seguros comerciales que ofrecen planes voluntarios, con paquetes y primas libremente definidos. De esta forma, los trabajadores asalariados que cotizan a la seguridad social tienen la opción de dirigir su aporte a una ISAPRE (y pagar de bolsillo el remanente que exista entre el precio de la prima del plan que haya elegido y la cotización), o bien, mantenerse cotizando en FONASA. Dentro de esta última opción –mantenerse en el seguro público–, la persona puede optar por el régimen institucional (se atiende en efectores públicos) o el régimen de libre elección (se atiende en efectores privados contratados por FONASA).

El sistema salud chileno se basa en un esquema donde la población del país está cubierta por alguno de dos mecanismos alternativos, uno predominantemente público y otro privado. Como los precios de los planes de las ISAPRES son altos, en la práctica, son elegidas por personas de ingreso medio y alto, por ello es que cubren apenas un 20% de la población.

En el año 2000, las aseguradoras privadas conformaron un esquema de reaseguro para la cobertura de las enfermedades catastróficas de sus afiliados de carácter voluntario denominado Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). El esquema ha sido elegido por el 83% de sus afiliados lo cual significa un 15% de la población del país. El mecanismo de cobertura opera como un esquema financiero que fija franquicias y topes dentro de los cuales el reaseguro comienza a operar.

La regla establece que el esquema cubre la porción de gasto que supere un determinado monto (aproximadamente 8,5 salarios mínimos) con un tope (fijado en 18 salarios mínimos). A partir del momento en que el paciente recibe el diagnóstico de una enfermedad catastrófica, comienza el cómputo de los copagos para calcular el monto a partir del cual comienza a operar el reaseguro y se mantiene por dos años. El afiliado se mantiene en su plan y opta por la atención en una red de prestadores especializados armada y administrada específicamente por el esquema. Son elegibles todas las prestaciones que sobrepasen la franquicia. En general, las enfermedades que el reaseguro está atendiendo son cáncer (tumores malignos de cualquier localización y/o diseminación, incluyendo leucemia), enfermedades cardíacas, enfermedades congénitas de cualquier localización o manifestación, enfermedades perinatales y del recién nacido, insuficiencia renal crónica, enfermedades pulmonares, traumatismos y quemaduras graves, transplantes de órganos y enfermedades neurológicas (Gómez, 2003; Inostroza, 2003)⁵. No todos los afiliados están cubiertos por el reaseguro sino aquellos que optan por el esquema, los cuales deben abonar un monto mensual complementario, libremente determinado por las reaseguradoras, que se paga junto con la prima normal de la ISAPRE.

Por otro lado, y muy recientemente, se ha puesto en funcionamiento un programa denominado AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) que consiste en explicitar taxativamente los derechos que tienen todas las personas, independientemente de su vía de cobertura, respecto de un conjunto de enfermedades— entre las que se cuentan muchas catastróficas—. Las enfermedades comprendidas son: insuficiencia renal crónica, cardiopatías congénitas, cáncer, diabetes, disrafias espinales, escoliosis, cataratas, prótesis y ortesis, fisura de labio palatino, esquizofrenia, linfomas, HIV/SIDA, infecciones respiratorias agudas, hipertensión, epilepsia, salud oral de los niños, prematuridad, trastornos de impulsos del corazón, colecistectomías, vicios de refracción, estrabismo, retinopatía diabética, desprendimiento de retina, depresión, hiperplasia benigna de próstata, accidentes cerebrovasculares, enfermedad pulmonar, asma bronquial y dificultades respiratorias del recién nacido. Si bien el listado aparenta una enumeración genérica de las enfermedades cubiertas por el programa, en realidad es un listado bastante taxativo donde para cada enfermedad se explicita de la forma más clara y transparente posible: a) la definición de la enfermedad; b) las patologías que la componen; c) el acceso —qué personas tienen derecho—; d) la oportunidad —cuándo se debe dar el acceso—; y e) la protección financiera —los aranceles de las prestaciones y los copagos—. El elemento innovador del AUGE es precisamente esta metodología de explicitación de las enfermedades y los derechos que genera.

⁵ FONASA también cuenta con un esquema especial para enfermedades catastróficas que se llama Seguro Catastrófico, y cubre un grupo de prestaciones donde se encuentran los procedimientos cardiológicos de alta complejidad, neurocirugía de alta complejidad, transplantes renales, peritoneodiálisis continua para menores de 12 años, trasplante hepático a menores de 18 años, tratamiento para el cáncer infantil y cuidado del enfermo terminal, escoliosis a menores de 18 años, y atención de urgencia para el paciente con quemadura grave. Por tratarse de un esquema al interior del propio FONASA, más que como un reaseguro financiero funcionaría en la práctica como una regla de priorización de los recursos para ordenar las listas de espera en los prestadores públicos.

El sistema de salud chileno acumula experiencias –aunque todavía incipientes– de dos esquemas de protección financiera para enfermedades catastróficas diferentes. El CAEC de las ISAPRES brinda algunas evidencias concretas de haber funcionado como un mecanismo técnicamente apropiado. El AUGE es todavía un esquema muy prematuro. Respecto del CAEC, hay que tener en cuenta que, por tratarse de un dispositivo voluntario entre personas de alto nivel de ingreso, las condiciones de partida son muy favorables, lo cual genera dudas en torno a su viabilidad en esquemas más universales donde el financiamiento debe ser coercitivo y la accesibilidad cumplir con requisitos de equidad. Cabe resaltar que los elementos que se señalan a continuación no son un crítica en sí mismo el esquema sino condicionantes para esquema de tipo universal.

En primer lugar, en el CAEC los beneficios están definidos en función de los recursos y permite ir haciendo correcciones que lo viabilizan financieramente. Este es un elemento difícil de encontrar en esquemas de tipo universal en donde los gastos que demanda la atención no son fácilmente acomodables a los recursos disponibles (por cuestiones políticas o sociales) y termina derivando en que el Estado sea el financiador de los déficits.

En segundo lugar, la administración de la conducta de los prestadores tiende a estar determinada por los financiadores (los seguros) porque son ellos los que arman la red de efectores (calificación y seleccionan), establecen las reglas de juegos (protocolos de tratamiento) y controlan la forma en que se efectiviza la prestación. Tienen facultades para imponer decisiones y excluir prestadores. Se trata de una situación diferente a la prevaleciente en esquemas universales en donde los prestadores médicos generalmente son un actor social con capacidad para defender sus intereses similar o superior a la de los seguros y los contribuyentes. Con capacidades políticas más equilibradas se vuelve complicado hacer valer reglas restrictivas en los que ellos no estén de acuerdo.

En tercer lugar, no hay consideraciones de equidad. La tarificación se establece en función de las necesidades de recursos que generan los beneficios predefinidos y los incentivos en las conductas que se quieren promover o evitar entre los prestadores, pero no requiere considerar las posibilidades económicas de los afiliados más allá de la necesidad comercial de vender el producto. De hecho, por tratarse de un esquema de *stop-loss*, para acceder a él no se requiere solamente haber sido un demandante alto de recursos sino también haber tenido recursos para pagar los tratamientos hasta que el reaseguro comenzó a operar. El sistema no da cobertura a personas que, teniendo la necesidad financiera, no accedieron por falta de recursos para llegar al umbral. Respecto del AUGE, es muy prematuro analizar sus resultados. Un punto a tener en consideración es que no es un esquema financiero sino una explicitación de derechos en donde se establecen precios para las prestaciones y se define la parte que el sistema público (FONASA) debe financiar. La experiencia irá mostrando los problemas que pueden surgir si los costos de las prestaciones no se condicen con los precios de referencia

pero se necesita un tiempo más o menos prudente de operación del sistema para extraer lecciones.

C. Singapur

El sistema de salud de Singapur es uno de los más novedosos del mundo. Habiendo heredado el diseño del sistema inglés donde las prestaciones de salud provenían eminentemente del sector público con financiamiento de rentas generales del Estado, en 1984 dio comienzo un profundo proceso de reforma. Hasta ese momento, los servicios de salud eran gratuitos para el usuario, o bien, provistos a un valor nominal muy bajo, en hospitales que contaban con buen equipamiento pero mostraban claros signos de agotamiento en sus niveles de gerenciamiento y un sector privado que era marginal. Los problemas de inflación de costos en salud y de calidad de la atención condujeron a las autoridades a encarar una reforma integral (Hsiao, 1995; Massaro y Wong, 1995).

A partir de estos cambios profundos, el sistema de salud adopta la fisonomía actual. Está organizado alrededor de cuentas de ahorro para la salud y donde prevalece la filosofía de que las personas son responsables de financiar sus propios gastos de salud. El principal objetivo es minimizar gastos a través de limitar la utilización de seguros de salud⁶. A partir de este principio, el diseño del sistema adopta una fisonomía en donde el financiamiento por las erogaciones menores de atención médica se atienden con gasto de bolsillo y los gastos más altos (entre ellos, los catastróficos) se atienden con una combinación de cuentas de ahorro personal, seguros y cuentas de ahorro colectivas.

Las personas deben financiar con gasto de bolsillo erogaciones menores, como por ejemplo consultas ambulatorias, prácticas diagnósticas y tratamientos de bajo nivel de complejidad. Para financiar los gastos de hospitalización y prácticas ambulatorias de alto costo (aunque todavía no catastróficas) se contempla el denominado Medisave. En términos simplificados, se trata de un esquema basado en cuentas de ahorro personal donde las personas (en actividad laboral, dependientes y por cuenta propia) capitalizan recursos para atender los gastos médicos propios y de sus familiares directos.

Para los gastos de tratamientos ambulatorios y hospitalización de enfermedades catastróficas opera el denominado Medishield (creado en 1990). Básicamente consiste en un seguro que financia las prestaciones catastróficas aunque con deducibles altos, copagos y límites para reducir los incentivos al *moral hazard*. En el caso de personas de bajo nivel de recursos que no pueden acumular o acumulan un nivel insuficiente de recursos en el esquema Medisave y adicionalmente no pueden acceder al esquema Medishield (por lo

⁶ Se parte de la premisa de que por fuertes asimetrías de información, en el sector salud los seguros tienden a generar conductas distorsivas. Por ejemplo, la unión de intereses entre el médico y el paciente donde el costo de la medicina toma un lugar secundario producto de que el gasto corre por cuenta de un tercero (el seguro).

tanto, no tienen una cobertura financiera para las enfermedades catastróficas), existe un tercer sistema que se llama Medifund (creado en 1993). Se trata de un fondo financiado por el Estado de carácter colectivo donde se acumulan recursos cuyos rendimientos financieros se utilizan para financiar los gastos de hospitalización de las personas pobres.

El sistema Medisave se financia con entre un 6 y un 8% (dependiendo de la edad del cotizante) de las ganancias personales, compartidos en partes iguales por el empleador y el trabajador. Los fondos que se destina a estas cuentas están exentos de impuestos. Las personas pagan directamente con fondos de sus cuentas personales los gastos de hospitalización y los gastos ambulatorios costosos (no catastróficos) directamente al prestador médico, teniendo en cuenta que las prestaciones que se puede pagar con ellos están claramente definidas en las normas. Los gastos de consulta ambulatoria y gastos menores deben pagarse con gastos de bolsillo. Casi el 95% de las personas económicamente activas cuentan con ahorros en estas cuentas para financiar sus gastos y el de los miembros de sus familias. El 85% de la facturación de los hospitales proviene de esta fuente⁷ (Kwa, 1994). El sistema Medishield es un seguro en el cual los aportantes de Medisave quedan automáticamente afiliados a menos que opten expresamente por lo contrario. El 88% de los que poseen una cuenta en Medisave quedan afiliados a Medishield. En general, la población que opta por autoexcluirse del seguro es la que compone el segmento más joven. La prima se deduce de la cuenta de ahorro personal de Medisave y las prestaciones actúan a través del mecanismo de reembolsos de gastos que es creciente en función del nivel de ingreso de las personas (los pobres obtienen mayores reembolsos), la complejidad del tratamiento y la categoría de atención elegida (a menor categoría más reembolso). Comienza a operar a partir de que el tiempo de internación supere el 150% de los días que se estipulan para los tratamientos. Se estima que entre un 20 y un 25% de los internados reciben algún reembolso de Medishield (Hsiao, 1995; Massaro y Wong, 1995). Medifund es financiado por aportes extraordinarios del Estado y su mecanismo de asignación se hace caso por caso analizando la situación socioeconómica del paciente o si se trata de un paciente en la tercera edad que agotó su cuenta de Medisave y sus créditos en el seguro de Medishield. Los beneficiarios deben solicitar y calificar por un procedimiento especial para recibir asistencia del Estado, y deben acceder a las áreas de atención médica de menor nivel de confort. Se estima que no más de un 3% de las hospitalizaciones se financian por este mecanismo (Hsiao, 1995; Massaro y Wong, 1995).

Para terminar de entender la lógica subyacente de esta organización es muy importante tener en cuenta algunos aspectos de la organización y las reglas básicas de accesibilidad a la prestación médica. Para la atención ambulatoria, existe un gran número (mayoritario) de centros de atención (*clinics*) que fijan sus precios libremente aunque con algunas regulaciones mínimas, donde las personas pagan los gastos de su propio bolsillo y de los fondos acumulados en

⁷ El restante 20% proviene de gastos de bolsillo o gastos pagados por algunos empleadores de grandes compañías que tienen arreglos especiales con algunos de sus trabajadores.

Medisave. El Estado administra un número reducido de policlínicas, subsidiadas, donde se atienden los pobres –que deben pagar un 50% del costo y en caso de niños o ancianos el 25%–, mientras que vacunación, educación para la salud y odontología es gratis. Hay un costo mínimo para educación sexual. Para la atención hospitalaria, hay establecimientos del sector privado y del sector público. El elemento central es la organización por tipo de confort en la internación. Existe una escala de valores que van desde habitaciones pequeñas con aire acondicionado hasta pabellones con entre 10 y 20 camas sin aire acondicionado pero en donde las reglas de práctica médica son iguales para todos, sólo que el precio de los niveles más bajos se explica porque están fuertemente subsidiados por el Estado, mientras que los niveles más altos son pagados exclusivamente por los pacientes (haciendo uso de gasto de bolsillo, Medisave y Medishield).

Otro elemento importante es que los establecimientos del Estado tienen una administración autónoma con pleno poder para decidir sobre inversiones, incorporación de personal y política de remuneraciones, de forma tal de poder atraer buenos profesionales del sector privado, y rinde cuentas al directorio del hospital que está conformado por agente privados y representantes del Estado. De hecho, para iniciar esta reforma en los hospitales se comenzó por la concesión de un establecimiento público a una firma americana que luego de un exitoso proceso de modernización sirvió como modelo de aprendizaje para el resto de los establecimientos (Hsiao, 1995).

El sistema es interesante como fuente de enseñanzas en la perspectiva de observar un novedoso diseño institucional en donde se combina responsabilidad individual para los gastos menores, ahorro personal para gastos más costosos y un seguro catastrófico complementario con los otros dos pilares. Es difícil pensar que un esquema de este tipo sea replicable en países como Argentina donde se observa un profundo arraigo por los seguros más convencionales y donde se aspiran a coberturas totales y universales y con tendencia a delegar a la sociedad las responsabilidades por la salud personal. Sin embargo, ayudan en la formulación de alternativas de políticas aportando ideas para reencauzar la desorganización que prevalece en el sistema de salud argentino.

D. Los seguros privados catastróficos en los países desarrollados

Un esquema alternativo que no constituye sistema nacional de tipo universal con carácter de seguro social, son las pólizas por enfermedades graves (*Dread Disease*) que se comercializan en los países desarrollados. Tomando como precedente pólizas para ciertas enfermedades –como cáncer y enfermedades del corazón– que se comercializaban en Suiza y Estados Unidos desde la década de los sesenta, en los ochenta se desarrolla en Sudáfrica un primer producto de cobertura para enfermedades catastróficas con la particularidad de estar atado a una póliza de seguro de vida. Se trata de un seguro complementario que actuaba como un anticipo del capital asegurado en caso de que el cliente sufriera un infarto de miocardio, se le diagnosticara cáncer,

requiriera de una operación de by-pass por enfermedad coronaria o tuviera un accidente cerebro-vascular. El producto tuvo una amplia difusión y se hizo extensivo a otras enfermedades catastróficas como los trasplantes, las insuficiencias renales, las parálisis, la ceguera, la esclerosis múltiple, las quemaduras y el SIDA⁸. También fue muy rápida su extensión geográfica, incluyendo a Gran Bretaña, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos, Francia, Alemania, Holanda, Irlanda, España, Portugal, Israel, Grecia, Hong Kong, Malasia, Japón, y hasta países con menor nivel de desarrollo como México, El Salvador, Guatemala, Mauricio o Trinidad (Baars y Bland, 1992; Fetter y Heinen, 1988; Ruiz Alcalde, 1990).

Se parte de la premisa de que una enfermedades catastrófica tiene asociado una alta probabilidad de muerte. En consecuencia, la cobertura de la enfermedad es concebida como un adelanto financiero del siniestro que gatillará el pago del capital asegurado en la póliza. El mecanismo fue diseñado como anticipo de capital. Una ventaja es que no requiere mucha sofisticación, ni en el diseño, ni la operación, porque está montado como un módulo complementario de los seguros de vida, es decir, un seguro convencional y muy difundido. La otra es que los costos se reducen a las primas y los intereses que las compañías dejan de recibir por adelantar capital.

Uno de los rasgos interesantes de estos seguros es la forma en que estructuran el riesgo. Al ser un adelanto de capital dentro de una póliza de vida, el costo es una variable bastante controlable porque está dado sólo por el rendimiento perdido por el capital adelantado y las primas que se dejan de cobrar durante ese período. Al tomar como plataforma un producto muy conocido y desarrollado, casi estándar para la industria del seguro, se facilita enormemente la gestión operativa del plan. Una segunda enseñanza es que al tratarse de un adelanto, que de cualquier forma o con un alto grado de probabilidad será pagado por ser un seguro de vida, los “huecos” que se producen por incompletitud en las definición de la cobertura son más fáciles de resolver ya que para las compañías se trata de un adelanto de una obligación que igual deberá asumir. Por el contrario para los seguros específico las nebulosas en la definición pueden conducir a una situación muy difícil de resolver ya que implica la posibilidad de pagar o eximirse totalmente de la obligación. Desde la perspectiva de administrar conflictos de interpretación el diseño facilita la resolución de conflictos.

Otra enseñanza que surge de las experiencias acumuladas con este tipo de seguro es la importancia de avanzar en la estandarización de las definiciones de los siniestros, de las formas de observarlos y en la acumulación de datos de siniestralidad. Esto se dio gracias a su desarrollo y masificación en muchos e importantes mercados. La disponibilidad de los datos permite no solo calcular la probabilidad de ocurrencia de cada una de las enfermedades sino también la probabilidad de sobreviva una vez que ocurren. Las compañías lo utilizan para

⁸ En el caso del SIDA, la cobertura es altamente restringida. Se trata de cobertura sólo como consecuencia de infección por transfusión, con admisión de culpa por parte del tercero responsable o compensación por parte del seguro social, y que el paciente no sea hemofílico.

hacer sus cálculos actuariales sobre el costo que implican los adelantos (está probabilidad refleja por cuanto tiempo al compañía pierde cobro de primas e intereses de capital). Desde el punto de vista del diseño de una cobertura de tipo social, la probabilidad de supervivencia permite estimar el costo total de la enfermedad que consiste en la suma del costo de los tratamientos médicos más la protección financiera que demanda la persona por el resto de su vida⁹.

Finalmente, y como una enseñanza indirecta, cabe destacar que el esquema tiene la ventaja de la consistencia actuarial y, por lo tanto, de su sustentabilidad. En el sentido contrario, tiene la desventaja de que el esquema es viable bajo condiciones de alta selectividad tanto desde el punto de vista de las condiciones socioeconómicas (personas de nivel medio y alto de ingresos) como sanitarias (personas saludables y jóvenes, preferentemente menores de 45 años)¹⁰. Esta es una limitante importante a la hora de pensar en hacerlo extensivo hacia esquemas sociales de tipo universal como los que motivan este trabajo dado que exige que sea de cobertura horizontal universal, o sea, que cubran a toda la población, donde quedan involucradas personas que por sus características socioeconómicas están hoy fuera de estos tipos de planes. En otras palabras, la ventaja de la consistencia actuarial impone una limitación para hacer el esquema extensivo hacia la totalidad de la población.

E. Holanda

Este es uno de los casos más citados entre los sistemas de cobertura para enfermedades catastróficas por ser de alcance universal, pero principalmente por ser una de las experiencias más antiguas dado que fue creado en 1968. El sistema de salud holandés está organizado en función del nivel de ingreso de las personas. Por un lado, opera el seguro social, organizado alrededor de seguros sociales de salud –denominados “fondos de enfermedad”– y cubren de manera coercitiva a la población cuyos ingresos se encuentran por debajo de un cierto umbral. Por otro lado, para las personas que superan el umbral de ingreso, el seguro social deja de operar de manera que son inducidos a comprar un plan de salud privado. Estos, muchas veces, son vendidos por los mismos fondos de enfermedad aunque también se suman en un contexto de competencia compañías de seguros de tipo comercial. El seguro social cubre el 72% de la población y los planes de salud privados el restante 28%. Dentro de los planes privados, un 12% son personas de alto riesgo o adultos mayores que, por lo tanto, se encuentran cubiertos por un paquete de prestaciones similar al seguro social. Para compensar su sobre costo reciben un valor capita ajustado por riesgos. Sin embargo, y dejando de lado esta diferenciación por nivel de ingreso que las regulaciones imponen para la organización entre el seguro social y los planes de salud privados, toda la población está cubierta compulsivamente por lo que en Holanda se denomina un Primer Nivel. Se trata

⁹ Los datos generados por estas compañías son de gran valor y se utilizarán en este estudio.

¹⁰ De hecho, una de las ventajas en la gestión de adosar esta cobertura al seguro de vida es que se aprovechan los mecanismos existentes que las compañías tienen operando para evitar la anti-selección.

de un seguro universal para algunos siniestros entre los cuales se encuentran algunos que son financieramente catastróficos. Este mecanismo se denomina Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), fue creado en 1968 y cubre a toda la población del país (aproximadamente 16 millones de personas). Su ámbito de operación es transversal a toda la población, independientemente de la modalidad de cobertura sanitaria que tenga. En este sentido es complementario con el seguro social y los seguros privados. Su función es brindar cobertura a aspectos sanitarios que se considera más conveniente abordarlos colectivamente por eso se incluye desde intervenciones que encuadran en la tipología de bienes públicos con alta externalidad positiva hasta requerimientos que no conviene delegar a los seguros de salud porque generan situaciones distorsivas o perturbadoras. Este es el caso de las enfermedades catastróficas.

Esta definición muy heterogénea lleva a que el paquete de cobertura del AWBZ incluya algunas enfermedades catastróficas del tipo *dread disease* (gastos de hospitalización luego de un año de internación donde, con esta definición, la cobertura cae en enfermos crónicos más críticos), otras del tipo *long term care* (cuidados en instituciones, transporte, enfermería domiciliaria, cuidados domiciliarios y rehabilitación para discapacitados, ancianos y pacientes con problemas psico-sociales) junto con intervenciones de prevención y atención primaria de la salud (tests de hepatitis B para mujeres embarazadas; controles médicos del embarazo y el niño en el primer año de vida; tests de malformaciones congénitas; y programa de vacunación para los niños).

De estos tres sub-tipos de cobertura que engloba el AWBZ, el *long term care* es el que ha recibido mayor atención por los recursos que insume y fundamentalmente porque las evidencias arrojan de que la dinámica de ese gasto no está pudiendo ser controlada. El AWBZ se ha constituido en el componente más oneroso del sistema de salud holandés absorbiendo el 40% del total de gasto destinado a salud mientras que la atención médica que brinda el seguro social a través de los fondos de enfermedad absorbe el 37% y los seguros privados el 14% de los recursos que se destinan a salud (Tapay y Colombo, 2004). Lo mismo indican las fuentes de financiamiento. Como el AWBZ se financia con impuestos al salario y rentas generales, tomando sólo la carga de impuestos al trabajo, aparece que la alícuota es de 12,3% del salario (que se paga sólo con aportes de los trabajadores), un nivel que resulta evidentemente muy alto desde el momento en que la alícuota destinada al seguro social es de 8,45% (6,75% a cargo del empleador y 1,7% a cargo del trabajador)¹¹ (Henke y Schreyögg, 2004). Son varios los factores que explican este comportamiento del gasto pero uno de fundamental importancia es la definición de los beneficios de *long term care* en el AWBZ. Está organizado por niveles de complejidad con co-financiamiento de la persona con las siguientes reglas (Mercer, 2003): a) cuidado domiciliario: máximo 3 horas con co-financiamiento no superior a 5 euros por hora aproximadamente; b) enfermería domiciliaria: por causa física y co-financiamiento sujeto al nivel de ingreso de la

¹¹ Hay que tener en cuenta que el salario imponible en ambos tienen topes relativamente bajos que oscilan en alrededor de los 28.000 euros (2004).

persona; c) atención domiciliaria: para mayores de 65 y co-financiamiento sujeto al nivel de ingreso; d) cuidados intensivos para enfermos terminales: con co-financiamiento por las primeras 3 horas y un tope de 230 euros aproximadamente. El esquema de beneficios es de por sí relativamente generoso –nótese que estos son cuidados en el domicilio de la persona– lo que, sumado al hecho de ser de cobertura universal para personas de mayor riesgo, lleva a que el sistema sea oneroso.

Sin embargo, el abordaje que hace el AWBZ en la organización de la cobertura es interesante por varios motivos. Primero porque saca de la responsabilidad de los seguros comunes uno de los núcleos más difíciles de asegurar por tratarse de altos costos con un alto riesgo de ocurrencia. Una implicancia positiva de esta experiencia es que demuestra que las personas pueden ser organizadas dentro de un mismo sistema de cobertura (seguro social y seguros privados por nivel de ingreso, para el caso de Holanda), independientemente de la edad, contando así con un sistema integrado –o sea, no segmentado por nivel de riesgo de las personas– con mayor escala de operación y con los mayores costos producidos por la ancianidad o las minusvalías mentales separados de los riesgos epidemiológicos normales. Esto facilita el establecimiento de regulaciones que garantizan un desenvolvimiento fluido y no distorsivo de la competencia entre los seguros de salud.

El otro aspecto igualmente interesante es que al separar los gastos más críticos que tiene toda sociedad –que son los cuidados de sus ancianos y de sus enfermos mentales– y darles un valor monetario –que se deriva de lo que le cuesta el AWBZ– se transparenta el costo facilitando las soluciones colectivas. El hecho de que el AWBZ sea costoso no implica que en otros países el cuidado de los ancianos y los enfermos mentales no lo sea. En la mayoría de ellos –y en particular en los países de desarrollo medio y bajo– la sociedad no asume de manera explícita el problema. En la práctica opera una “delegación de facto” de estas responsabilidades en los individuos y las familias, o en el Estado o alguna entidad privadas sin fines de lucro. El costo social se asume de manera solapada y poco sistemática. No se trata sólo de los aspectos monetarios sino también de esfuerzos no medidos monetariamente como la carga de tareas domésticas (si el anciano o el enfermo mental convive en el hogar) que generalmente condiciona la salida laboral de la mujer, de alguno de los hijos y la convivencia familiar¹². En otras palabras, el sistema holandés de *long term care* probablemente no genere erogaciones mucho más elevadas que en otros países sino que tiene la particularidad de que hace explícito dicho costo; costo que toda sociedad tiene en el cuidado de la tercera edad y los enfermos mentales pero que en el resto

¹² El estudio *When Coverage Ends...* (EBRI, 1998) es una interesante y frondosa documentación de la discusión que se dio en EEUU en la década de los ochenta en torno a los costos sociales del cuidado de los ancianos. Desde una filosofía centrada en el individualismo (característica de sociedad anglosajonas) se discutía si el cuidado de la tercera edad era responsabilidad de las familias (en otros términos, un problema de cada individuo) o si, por el contrario, debía ser abordado colectivamente a fin promover, precisamente, el desarrollo individual de las generaciones jóvenes (EBRI, 1988).

de los países se “delega” (esconde) entre las responsabilidades individuales de las personas y las familias, o de manera poco sistemática en el sector público.

Como conclusión, el sistema holandés no es un esquema de cobertura para *dread diseases* tradicional; aunque puede cubrir ciertos casos de enfermedades crónicas –como cáncer– si la atención requiere hospitalización por un período muy prolongado. Aborda sí el problema de las afecciones financieramente catastróficas producidas por la ancianidad, las enfermedades mentales o aquellas de enfermos terminales (*long term care*). Deja muchas enfermedades catastróficas bajo responsabilidad del seguro social y los seguros privados y luego trata de atenuar el problema de los riesgos diferenciales de las personas con instrumentos de cápita ajustada por riesgo y regulaciones procompetitivas (Tapay y Colombo). Prueba de ello es que Holanda es uno de los países que más ha desarrollado el conocimiento y las investigaciones sobre conductas y comportamientos del gasto en salud¹³.

4. CONCLUSIÓN

Las enfermedades financieramente catastróficas se erigen como uno de los principales problemas que enfrentan los seguros de salud, especialmente en el mundo desarrollado. A medida que la población envejece producto del desarrollo económico y social, los perfiles epidemiológicos se transforman hacia una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, degenerativas y complejas. Esto incentiva que el avance tecnológico se concentre en atacar este tipo de dolencias. El problema es que esto no sólo implica por sí mismo aumentos de costos sino que en la mayoría de los casos estas intervenciones no llegan a la cura completa sino que se limitan a mejorar la eficacia para preservar la vida de la persona enferma. El hecho de que los tratamientos no erradiquen (hasta ahora) estas enfermedades produce que la moderna tecnología médica tenga asociado una demanda creciente de recursos económicos. Estas enfermedades tienen tres características que las diferencian de las demás (y que muchas veces son ignoradas o no tenidas apropiadamente en cuenta), que son: a) su frecuencia y el costo de las intervenciones aumenta con el avance de la tecnología y el envejecimiento de la población; b) quién sufre una enfermedad catastrófica se convierte automáticamente en un demandante intensivo de recursos; y c) hay factores medibles y fácilmente observables que permiten identificar a las personas con alta probabilidad de sufrir una enfermedad de este tipo (días de internación, cantidad de consultas realizadas y consumo de medicamentos en el último año). La principal consecuencia es que es muy difícil que las personas puedan financiar con recursos propios sus tratamientos (a menos de que se trate de una familia de muchos recursos) y que los seguros de salud disponen de mecanismos bastante efectivos para discriminar a estas personas negando la cobertura. Esto significa que personas enfermas que requieren de una gran cantidad de recursos económicos para ser atendidas quedan desprotegidas

¹³ Un relevamiento resumido de esta literatura puede encontrarse, entre otros, en Luft (1995), Van de Ben (1994a; 1994b) y Van Vliet (1990; 1992a; 1992b; 1993).

generando un grave problema social. Los países han tendido a dar diferentes tipos de respuestas a este problema, pero la solución ideal está lejos de ser alcanzada. De todas formas, hay elementos de la experiencia internacional que permiten extraer lecciones interesantes. Uruguay es un caso en donde se conformó un fondo nacional para financiar –a través de pagos directos– tratamiento de alta complejidad a la totalidad de la población. Su principal atractivo es la universalidad de la cobertura horizontal. Entre sus desventajas más importantes cabe destacar la incompletitud de la cobertura vertical (atiende sólo algunas enfermedades catastróficas) y los incentivos no deseados que genera el hecho de financiar tratamientos con una alta composición de tecnología médica incorporada y protocolos de utilización que todavía no se encuentran adecuadamente desarrollados. Esto llevó a que se generaran problemas de sobreutilización y sobreinversión.

Chile ha desarrollado dos esquemas. Uno para sus seguros privados que tiene carácter voluntario y tiene una fisonomía similar a un reaseguro clásico del tipo *stop loss*. Su ventaja es que es financieramente consistente y tiene buenos mecanismos de control de utilización. Su desventaja es que no es un esquema de cobertura universal y probablemente sea muy difícil pensar en hacer extensivo un esquema de este tipo a la totalidad de una población. Tanto desde el punto de vista de la cobertura horizontal como vertical sólo una parte de la población y de las enfermedades catastróficas está cubierta, que son las personas que pudieron incurrir en gastos hasta que empezó a operar el reaseguro y se financiaron sólo las enfermedades catastróficas cuyo gasto ha superado el umbral. Por otro lado, está en pleno desarrollo un esquema de explicitación de derechos que apunta a definir de manera clara y transparente cuáles son las enfermedades (en general, muchas catastróficas) que el sistema social se compromete a cubrir y en qué proporción del gasto. Esto tiene la ventaja que permite una priorización de los recursos en función de estos derechos básicos garantizados. La desventaja es que no es un mecanismo financiero sino una explicitación de derechos y límites a los alcances de ese derecho, con lo cual el sistema no está exento del riesgo de sufrir problemas de inconsistencia financiera.

Singapur es un interesante caso en donde el sistema de salud se organiza alrededor de gasto de bolsillo para los gastos menores, cuentas de ahorro para los gastos mayores cuantía no catastróficos, y seguros sólo para los gastos catastróficos, combinando reglas de prestaciones elegibles en cada segmento, topes y franquicias. Tienen un fondo del tipo *endowment* para financiar los gastos de los pobres. El sistema es universal en la práctica dado que no hay formas alternativas. Los datos señalan que la mayoría de las personas acceden a los gastos catastróficos a través de las cuentas de ahorro y el seguro catastrófico, quedando sólo una cantidad menor que se financia con el fondo de los pobres. La ventaja es que la consistencia financiera está garantizada dado que las cuentas ponen un límite de gastos y los seguros pueden ajustar sus planes en función de sus riesgos. La desventaja es que el esquema tiende a generar consistencia del sistema delegando gran parte de los riesgos en las personas dado que, en caso de que se agote la cuenta y el seguro catastrófico

no cubra, la persona es responsable individualmente por su gasto. Puede acceder al fondo de los pobres pero es bastante restringido y lo hace con un nivel de calidad de la atención inferior. De todas maneras hay que reconocer como un elemento innovativo y positivo del sistema de Singapur que la disminución de la calidad por menores recursos está explicitada. Este es un aspecto positivo en comparación con la que pasa en muchos países –en particular de ingresos medios donde Argentina no es la excepción– donde se enuncian derechos en torno a una atención igualitaria pero que luego deviene en una calidad de atención muy degradada por falta de recursos; y nunca se acepta tal situación postergando de manera indefinida las soluciones para mejorar la calidad. En un sistema donde la falta de recursos se materializa en la explicitación de la disminución de calidad –como en Singapur– se facilita el ordenamiento del gasto disminuyendo la calidad en lo accesorio (hotelería, confort) y preservándola en lo fundamental (aspectos médicos).

Los seguros privados de enfermedades catastróficas, por su parte, brindan buenas lecciones en cómo definir las enfermedades, cómo medirlas y los datos sobre siniestralidad. Resulta muy interesante observar su diseño basado en un adelanto de un capital que ya está asegurado a través de una póliza de vida convencional y también muy aleccionador al observar que el esquema es financieramente viable en la medida en que las compañías puedan prevenir la anti-selección de las personas de mayores riesgos. El sistema holandés es de los más antiguos. No es un sistema de enfermedades catastróficas propiamente dicho sino que actúa como un primer piso de cobertura universal donde se colocan todas aquellas intervenciones de salud que no pueden ser apropiadamente aseguradas con seguros convencionales. En este sentido, el sistema cubre algunos aspectos de enfermedades catastróficas (Hospitalizaciones muy prolongadas, cuidados de ancianos, inválidos y personas con problemas mentales), y otras cuyo carácter de bienes públicos aconsejan tratarlos de manera separada de los seguros de salud, como las acciones de prevención y materno-infantil. La ventaja del sistema holandés que es que facilita la regulación y la competitividad de los seguros sociales al despejar estas afecciones de difícil aseguramiento. La desventaja es que al ser de cobertura universal y relativamente generosa en la cobertura vertical se ha constituido en un problema desde el punto de vista de los costos del sistema.

En síntesis, la experiencia muestra que el problema de las enfermedades catastróficas es de difícil resolución. Confluyen factores que tienden al desequilibrio, de alto costo y con una tendencia creciente, y las personas afectadas se convierten con alta probabilidad en grandes demandantes, que además son identificables por los seguros con el consiguiente riesgo de ser discriminadas. Cuando los esquemas sociales buscan una cobertura extensiva, comprometen la consistencia financiera porque dejan de funcionar los mecanismos de protección de anti-selección que es precisamente lo que da viabilidad económica. Cuando se colocan parámetros de consistencia, se compromete el acceso o la calidad de la cobertura. Definitivamente, es difícil encontrar una solución óptima. Así se plantea el desafío de encontrar mecanismos que logren un adecuado equilibrio entre consistencia y cobertura efectiva.

CAPITULO 2

EL PROBLEMA EN ARGENTINA

1. LA ORGANIZACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

La problemática que involucra la gestión de las enfermedades catastróficas en Argentina está íntimamente vinculada con las reglas explícitas e implícitas de funcionamiento del sector salud. La organización institucional de la Argentina establece que las provincias son responsables y autónomas en la administración de todos aquellos aspectos de gobierno que no son expresamente delegados por las provincias al poder central. Esto se materializa en una delegación que se plasma en la Constitución Nacional. En el ámbito de la salud, las constituciones provinciales establecen expresamente que la regulación, financiamiento, producción y control de servicios de salud son facultades de los gobiernos provinciales.

El ámbito de competencia del gobierno central se limita a la organización de la seguridad social para los asalariados y cuenta propistas activos y jubilados que trabajen o hayan trabajado en el sector privado y en el sector público del gobierno central. La parte de seguridad social que queda en manos de los gobiernos provinciales es la de los empleados activos y retirados que hayan trabajado en el sector público provincial. De todas formas, el segmento más importante de la población son las personas que no están cubiertas por la seguridad social. Los grupos más importantes son los trabajadores y sus grupos familiares que realizan sus actividades en la economía no registrada o informal, personas inactivas, desocupados y trabajadores autónomos sin cobertura previsional.

Entre las personas sin cobertura pero de nivel medio o alto de ingreso – trabajadores por cuenta propia profesionales o propietarios de bienes de capital– y personas con cobertura de la seguridad también con alto nivel de ingreso existe la posibilidad de afiliarse a un plan de seguro privado (empresa de medicina prepaga). Estos seguros privados tienen una regulación nebulosa donde no queda claro si son las provincias o la nación las que deben regular, o ambas a la vez. En la actualidad están regulados solamente por la leyes generales para el funcionamiento de cualquier actividad económica (que son provinciales y nacionales) sin estar sujetos a ningún marco regulatorio especial que fije reglas en su carácter asegurativo de la actividad de la salud.

Hay muchas formas de presentar esta organización de la cobertura en el sistema de salud argentino. Una que se adapta de manera más expositiva y esquemática al abordaje de la temática de las enfermedades catastróficas es la que se presenta en el Cuadro 1. La variable que se toma como base para describir el sistema es la organización institucional.

Cuadro 1.
Organización institucional de la cobertura horizontal en la Argentina

SISTEMA NACIONAL				SISTEMAS PROVINCIALES			
	Millones de personas	Millones de AR\$	Capita mensual (AR\$)		Millones de personas	Millones de AR\$	Capita mensual (AR\$)
Asalariados (y grupos familiares) del sector privado y público nacional (1)	8,6	4.792	46	Asalariados del sector público provincial y jubilados (ex empleados públicos provinciales). (2)	5,2	2.636	39
Jubilados del sistema contributivo previsional nacional	3,9	3.510	75				
Jubilados del sistema no contributivo previsional nacional	0,4	120	22	Trabajadores (asalariados y cuentapropistas) no registrados y personas inactivas sin cobertura previsional (3)	17,8	8.440	38
Monotributistas y servicio doméstico de cumplimiento regular a la seguridad social (1)	0,74	213	24				
Otros tipos de obras sociales (4)	0,50	279	46				
TOTALES	14,2	8.914	54	TOTALES	23,0	11.076	38,3
Seguros privados							
Afiliados de los sistemas nacional y provinciales de ingreso medio y alto que optan por comprar una cobertura adicional a la que legalmente les corresponde							
3,2 mill. personas (AR\$ 90 aprox. de recursos per capita)							
2,1 mill. del sistema nacional + 1,1 millones del sistema provincial							

Fuente: (1) AFIP 2006; (2) Estimación propia en base a COSSPRA; (3) Estimación propia en base a Ministerio de Economía, 2006; (4) Elaboración propia.

El cuadro permite presentar de manera simple y con dimensiones cuantitativas la lógica del sector salud argentino. Uno de los rasgos más notables es que esta organización se sustenta en profundas segmentaciones. Por un lado, una segmentación de origen institucional emerge de la división de competencias entre las provincias y la Nación. Por el otro, al interior de cada jurisdicción se presenta otro nivel de segmentación dado por la situación ocupacional de las personas.

El sistema nacional cubre a aproximadamente 14,2 millones de habitantes que corresponden a trabajadores asalariados del sector privado y público nacional más sus grupos familiares (8,6 millones), jubilados del sistema previsional nacional y grupos familiares (3,9 millones), jubilados del sistema previsional no contributivo (0,4 millones), monotributistas (cuentapropistas de bajo nivel de ingreso) y servicio doméstico (0,75 millones), y empleados públicos con regímenes especiales (0,5 millones). Los recursos totales que manejan ascienden aproximadamente a AR\$8.914 millones (U\$S 3.000 millones aproximadamente) y en términos de recursos per capita significan AR\$54 mensuales.

Los sistemas provinciales, por su parte, tienen la responsabilidad de brindar cobertura de salud al resto de los habitantes del país que suman aproximadamente 23,0 millones de personas, que se compone de empleados públicos y jubilados, ambos con sus grupos familiares, del sector público provincial (5,2 millones) y toda persona sin cobertura de la seguridad social nacional o provincial (17,8 millones). Los datos sobre los recursos que manejan las jurisdicciones provinciales no son conocidos porque la autonomía de las provincias más la ausencia de un ente que centralice información no permite contar con esta información. Sin embargo, es posible realizar algunas estimaciones en base a datos oficiales. Se estima que las provincias destinan aproximadamente AR\$ 11.076 millones (U\$S 3.700 millones) que en términos per capita implican AR\$ 38,3.

Superpuesta con esta estructura segmentada de cobertura aparecen los seguros privados que venden planes voluntarios a beneficiarios de ambos sistemas (nacional y provinciales). Se estima que más de 3,2 millones de habitantes han optado por una cobertura de este tipo donde un 65% lo haría a través de un plan corporativo por intermedio de una obra social nacional, o sea, es una persona que tiene cobertura social en la jurisdicción nacional y opta por derivar su aporte a un seguro privado. El 35% restante serían personas que optan por un seguro voluntario por no tener cobertura de la seguridad social y disponer de capacidad de pago. No hay datos ciertos tampoco de a cuánto pueden ascender los recursos per capita de estos seguros pero se estima que debe duplicar los recursos per capita de las obras sociales nacionales con lo cual se ubicarían en el orden de los AR\$ 90 mensuales.

Cada una de las jurisdicciones –nacional y provinciales– estructura su propio sistema de salud, no sólo segmentado del resto de las jurisdicciones sino también entre población cubierta por la misma jurisdicción. Así, cada jurisdicción establece su propia regla de financiamiento, mecanismo de aseguramiento y modalidad de contratación con los prestadores médicos para cada segmento. El Cuadro 2 muestra los rasgos más salientes de la organización institucional de cada jurisdicción para cada segmento de población.

El esquema parte de la noción de que todo sistema de salud debe estructurarse alrededor de un conjunto de elementos constitutivos básicos que son:

- a) un marco regulatorio
- b) un ente de regulación
- c) una regla de financiamiento
- d) un esquema de aseguramiento
- e) un esquema de prestación médica.

El cuadro 2 facilita el análisis y pone en evidencia de una manera simple los “huecos” (elementos faltantes) que se producen en cada segmento de cobertura.

Cuadro 2.
Organización de los múltiples sistemas de salud en Argentina

SISTEMA NACIONAL			SISTEMAS PROVINCIALES		
Asalariados del sector privado y público nacional	Marco regulatorio	Leyes 23.600 y 23.661.	Asalariados del sector público provincial y jubilados (ex empleados públicos provinciales)	Marco regulatorio	Leyes provinciales
	Ente de regulación	Superintendencia de Servicios de Salud		Ente de regulación	No tienen.
	Regla de financiamiento	Impuestos al salario (9%)		Regla de financiamiento	Impuestos al salario (aprox. 9%)
	Aseguramiento	Obras sociales (293)		Aseguramiento	Una obra social por provincia
	Prestación médica	Prestadores privados		Prestación médica	Prestadores privados
Monotributistas ¹⁴ y servicio doméstico de cumplimiento regular a la seguridad social	Marco regulatorio	Ley 25.865	Trabajadores no registrados o informales y personas inactivas sin cobertura previsional	Marco regulatorio	No tiene.
	Ente de regulación	Superintendencia de Servicios de Salud		Ente de regulación	No tiene.
	Regla de financiamiento	Monto fijo (\$22)		Regla de financiamiento	Rentas generales
	Aseguramiento	Obras sociales (280)		Aseguramiento	No tiene.
	Prestación médica	Prestadores privados		Prestación médica	Hospitales públicos
Jubilados en el sistema contributivo de previsión nacional	Marco regulatorio	Ley 19.032			
	Ente de regulación	No tiene.			
	Regla de financiamiento	Impuestos al salario (5%) y cuentapropistas (6%)			
	Aseguramiento	Instituto Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados			
	Prestación médica	Prestadores privados			
Jubilados en el sistema no contributivo de previsión nacional	Marco regulatorio	Dec. 492 / 1995			
	Ente de regulación	No tiene			
	Regla de financiamiento	Rentas generales			
	Aseguramiento	Programa Federal (PROFE)			
	Prestación médica	Hospitales públicos			
Trabajadores del sector público nacional excluidos del sistema general (FFAA, fuerzas de seguridad, universidades, Poder Legislativo y Poder Judicial).	Marco regulatorio	Normas propias.			
	Ente de regulación	No tienen.			
	Regla de financiamiento	Aportes del Estado nacional			
	Aseguramiento	Oficinas internas del sector público.			
	Prestación médica	Prestadores privados			
Afiliados a prepagas	Marco regulatorio			No tienen	
	Ente de regulación			No tienen	
	Regla de financiamiento			Primas libremente determinadas	
	Aseguramiento			Seguros prepagados de tipo comercial	
	Prestación médica			Prestadores privados	

¹⁴ Los monotributistas son pequeños cuentapropistas que están enmarcados en un régimen impositivo especial por el cual tributan todos los impuestos juntos (IVA, Ganancias y Seguridad Social) a través de un único pago.

A. La organización del sistema nacional

A.1) La cobertura de los trabajadores asalariados del sector privado y público nacional

El esquema más estructurado es el de las obras sociales nacionales, regulado por las Leyes 23.660 y 23.661. Tiene un marco legal explícito, un ente rector con facultades legales de regulación, control y sanciones (Superintendencia de Servicios de Salud), una regla de financiamiento que establece que el esquema se sostiene con aportes salariales de los trabajadores (3%) y contribuciones de los empleadores (6%), un conjunto de aseguradoras (obras sociales) que administran el riesgo epidemiológico de la población, y reglas de prestación de libre contratación con prestadores médicos del sector privado.

Las obras sociales actúan en un ambiente de competencia limitada y en general contratan con establecimientos y profesionales médicos privados. Son pocos los casos en los que las obras sociales desarrollan infraestructura propia o administran recursos humanos médicos. Cuando incursionan en la gestión directa de prestaciones, en general se trata de médicos de atención primaria o centros ambulatorios de demanda espontánea. Pero es poco frecuente que incursiones en la atención de intervenciones catastróficas. En estos casos se apoyan en prestadores privados y en los prestadores públicos.

Un rasgo importante de la forma en que las obras sociales se vinculan con los prestadores privados es que apelan a un profuso uso de contratos de riesgo. Esto frecuentemente es acompañado de mecanismos operativos débiles para el control de las prestaciones. La regla más común es que los contratos operan como una delegación en los prestadores de un conjunto amplio de coberturas a cambio de un pago capitado, con ausencia de controles y sin ajustar por ningún factor de riesgo epidemiológico.

Un aspecto central para el análisis de las enfermedades catastróficas es el plan de prestaciones médicas que regulatoriamente las obras sociales nacionales deben brindar con los aportes salariales.

El plan se denomina Programa Médico Obligatorio (PMO) y constituye un listado muy extenso de prestaciones, abarcando prácticamente todas las intervenciones médicas imaginables, aceptadas científicamente, con excepción sólo de tratamientos en fase de experimentación y estética. Las condiciones de accesibilidad están definidas para prácticas de baja complejidad como consultas ambulatorias, psicología, kinesiología y rehabilitación, y para algunos tratamientos se establecen protocolos de uso recomendado. Pero las prestaciones en internación y prácticas de alta complejidad ambulatorias –que resulta lo más costoso en la atención de las enfermedades catastróficas– están incluidas prácticamente sin límites ni restricciones. Para la provisión de medicamentos a enfermos crónicos, la regulación establece un listado taxativo de medicamentos que las obras sociales deben proveer, con una cobertura social del 70% del precio del medicamento y una indicación de precios de

referencia que se debe tomar en cuenta para cada medicamento a la hora de calcular este porcentaje de cobertura.

Además de la definición del paquete prestacional, el esquema cuenta con un dispositivo de financiamiento especial para gastos catastróficos. El mecanismo se denomina Administración de Prestaciones Especiales (APE) y funciona como una entidad que se financia con parte de los aportes y contribuciones salariales que se destinan a las obras sociales (10, 15 ó 20%, según nivel de ingreso del cotizante) para financiar parte del costo de los tratamientos de algunas enfermedades catastróficas. Está pensado para atenuar el sobre costo de la amplitud que tiene el PMO y así facilitar su cumplimiento por parte de las obras sociales. Sin embargo, el mecanismo tiene un diseño rudimentario y cumple muy débilmente este objetivo.

Los rasgos más importantes son:

- a) No es un reaseguro, sino un esquema de reconocimiento de gastos que opera bajo la lógica de subsidios discrecionales. La responsabilidad por la cobertura nunca deja de ser de la obra social; la APE puede reconocer o no, ciertos gastos en los que la obra social incurre.
- b) Funciona sólo para algunas prestaciones catastróficas y por montos parciales; ambos parámetros son definidos discrecionalmente por la propia APE y se analiza caso por caso.
- c) Para el resto de los gastos catastróficos no cubiertos, o cuando la APE agota sus recursos, el dispositivo deja de funcionar quedando todo el riesgo a cargo del seguro de salud.

Este carácter poco estructurado y discrecional de la APE hace que el listado y las condiciones de las prestaciones catastróficas cubiertas sean muy cambiantes. Hasta el 2005, los criterios de asignación de la APE pueden sintetizarse en los elementos que se presentan en el Cuadro 3. Aunque no se trata de una descripción detallada ni exhaustiva alcanza para ilustrar heterogeneidad de criterios y mucha discrecionalidad.

La operatoria de la APE gira alrededor de una combinación de modalidades de reembolsos de gastos, con franquicias y topes, o módulos (paquetes de prestaciones), donde no se garantiza la suficiencia de los recursos sino que actúa como un paliativo a las obligaciones de las obras sociales ante los problemas que implica el financiamiento de las enfermedades catastróficas.

Cuadro 3.
Parámetros de las reglas de asignación de la APE

Prestaciones	Mecanismo	Franquicia	Tope
Transplantes	Reembolsos	20%	\$3.000
Radioneurocirugías, cardiodesfibriladores y embolizaciones			
Prótesis y ortopedia traumatológicas. Y neurocirugía			
Descartables cirugía cardiovascular			
Grandes quemados			
Drogas inmunosupresoras	Módulos tarifados con límites		
Tratamiento drogadependientes	Módulos tarifados con límites		
Tratamientos discapacidad	Módulos tarifados con límites		
Drogas SIDA	Reembolso	Sin definición	
Otras drogas complejas	Reembolso	Sin definición	

Fuente: elaboración propia en base a Resoluciones APE.

El esquema de cobertura de la APE aborda los gastos separando los que corresponden a intervenciones de alta complejidad (trasplantes, cirugías cardiovasculares, neurocirugía y traumatológica, y tratamiento de grandes quemados) de los que corresponden a los tratamientos de largo plazo (drogadependencia, SIDA, discapacidad y enfermedades crónicas que demanden drogas complejas).

En el primer caso, el reembolso por intervenciones de alta complejidad se hace analizando caso por caso con franquicias probablemente no tan altas pero con topes relativamente bajos, con lo cual la cobertura catastrófica efectiva es muy limitada¹⁵.

En el segundo caso, el reconocimiento de gastos se hace con paquetes predefinidos de prestaciones o asistencias al paciente, tarifados y con límites

¹⁵ Se necesitan estudios más profundos para determinar el grado de cobertura efectiva del esquema de APE. Pero una aproximación que puede ser válida es el hecho de que en el mercado privado de los seguros catastróficos se estipulan capitales asegurados por trasplantes que superan los \$30.000 cuando los reconocimientos de APE estipula un tope de \$3.000. Si bien luego reconoce otros gastos como las drogas inmunosupresoras, no compensan el gasto total de lo que involucra un transplante.

de tiempo; esto finalmente lleva a que la APE termina cubriendo una porción menor de los gastos que la cronicidad de estas afecciones demanda¹⁶. De esta forma, la cobertura efectiva tiende a ser baja e incierta.

A.2) La cobertura para monotributistas y servicio doméstico

Este esquema de cobertura hereda la estructura de las obras sociales nacionales dado que fue creado recientemente sobre la base de hacer extensivo a estos trabajadores, con relaciones laborales especiales, el mecanismo de cobertura de los trabajadores en relación de dependencia del sector privado. Sin embargo, para los gastos catastróficos, el esquema tiene algunas excepciones.

Los monotributistas cotizan al Fondo Solidario de Redistribución, que es el fondo cuyo destino es complementar la cotización de los afiliados de menores recursos hasta el “piso” de financiamiento definido para el sistema y financiar la APE. Por lo tanto, tienen acceso restringido –con esperas– a la cobertura de esta última. Un tratamiento similar se da para el caso del servicio doméstico. Las razones de estas excepciones seguramente se fundamentan en el carácter altamente volátil de estas actividades y la dificultad para el control de fraude de conductas que pueden verse fuertemente incentivadas si la cotización es muy baja y la contraprestación una cobertura de tratamientos altamente costosos (y máxime cuando la modalidad de prestación es a través de prestadores privados).

Este segmento de la población tiene, en teoría, garantizado el PMO idéntico al establecido en el régimen general. La diferencia es que acceden a esta cobertura en función del pago de una cotización mínima. El valor de la cotización es similar al “piso” que opera en el régimen general¹⁷.

En definitiva, el segmento de los monotributistas y servicio doméstico tienen resuelto desde el punto de vista normativo la cobertura de las enfermedades catastróficas ya que la regulación aplicable obliga a las obras sociales a brindar el PMO y este incluye con amplitud este tipo de siniestros. Pero se trata de una cobertura más formal que real ya que las reglas de financiamiento no contemplan los mecanismos que garanticen que estos derechos puedan ser llevados a la práctica.

¹⁶ Un ejemplo similar al anterior son las internaciones psiquiátricas para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica, donde se reconocen hasta 50 pesos por día por el tiempo máximo de un (1) mes; valor que sobre los tarifas de mercado no supera el 20 / 25% a aceptables niveles de calidad.

¹⁷ El “piso” de cotización se ubica en \$A22 para el trabajador y \$A19 para cada miembro del grupo familiar primario (cónyuge e hijos). Cuando la cotización calculada sobre su salario no alcanza estos montos, el Fondo Solidario de Redistribución compensa la diferencia.

A.3) La cobertura para los jubilados y pensionados del sistema contributivo de previsión nacional

Los trabajadores retirados que durante su actividad se desempeñaban como asalariados o independientes en el sector privado y empleados públicos de las dependencias nacionales, tienen su cobertura de salud a través de un esquema especial regulados por la Ley 19.032. Se organiza como un monopolio público que se supone se autorregula de manera que la norma no contempla la sujeción a un ente de supervisión específico (solo se le aplican algunos de los controles que rigen para los organismos públicos). La regla de financiamiento establece imposiciones sobre los trabajadores activos y pasivos, y de manera no sistemática aportes del Estado cuando la acumulación de endeudamiento compromete la viabilidad de la institución. Para los activos se ha determinado aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores (3 y 2% del salario respectivamente) y un aporte de los trabajadores independientes (6% de su renta de referencia). Los pasivos aportan un 3% sobre el monto de la jubilación mínima y 6% sobre el excedente.

El esquema asegurador no es competitivo sino que se basa en la afiliación coercitiva al plan de salud de una sólo institución (el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –INSSJP–), teniendo los afiliados una opción limitada a elegir permanecer en su obra social de origen o las que se inscriben en un registro especial que en los hechos es muy restringido. Como ya se señalara, además de ser el esquema muy poco competitivo, cuenta con un marco regulatorio muy antiguo y no tiene un ente rector de supervisión. Aunque desde el punto de vista estrictamente legal se podría entender que la Superintendencia de Servicios de Salud tiene facultades rectoras y de supervisión sobre este esquema de cobertura, en la práctica, el INSSJP no reporta a ninguna supervisión salvo las que le impongan los compromisos políticos a las que se sujetan las autoridades del organismo en cada momento.

El plan de prestaciones se denomina Programa de Atención Médica Integral (PAMI)¹⁸ y, al igual que el Programa Médico Obligatorio (PMO), es un listado muy extenso de prestaciones, con muy pocas excepciones y con servicios adicionales asociados a las características demográficas de su población (población anciana) como geriatría, audífonos y servicios sociales. Con condiciones de accesibilidad definidas sólo para prácticas de baja complejidad, las prestaciones en internación y prácticas de alta complejidad ambulatorias están incluidas sin límites ni restricciones.

La institución contrata, al igual que las obras sociales, con prestadores privados –profesionales e institucionales– aunque cuenta con algunos médicos de atención primaria contratados por ella misma. La forma de contratación también se basa en contratos de riesgo con el prestador a cambio de un pago capitado con controles muy débiles y difusos por parte de la institución (que es la

¹⁸ En general, el esquema es más conocido por la sigla “PAMI” que por el nombre de la institución que le dio origen (“INSSJP”).

financiadora). A igual que en el caso de los trabajadores activos, los pagos capitados se hacen sin ajuste por factores de riesgo epidemiológico. Considerando el perfil etéreo de esta población¹⁹, esto lleva a pensar que la cobertura para los pacientes más costosos dentro de estos contratos de riesgo (o sea, los catastróficos) enfrentan serias restricciones a la accesibilidad o degradación de la calidad.

En síntesis, el plan de prestaciones del INSSJP comprende las enfermedades catastróficas, incluidos los cuidados de *long term care* dado que están definidos dentro de geriatría y servicios sociales. Esta inclusión se hace sin un esquema especial de financiamiento y gestión para este tipo de requerimientos. Frente al mandato legal la institución, en los hechos, termina circunscripta a definir en sus contratos de riesgo compartido con los prestadores la inclusión de estos gastos pero sin garantizar el cumplimiento, al menos con razonables estándares de calidad.

A.4) La cobertura para los jubilados y pensionados del sistema no contributivo de previsión nacional

Este segmento se integra por un heterogéneo grupo de personas cuyo rasgo común es que reciben una prestación previsional de tipo asistencial o no contributiva. Estos beneficios son suministrados en función de tres tipos de encuadramiento: a) las denominadas pensiones asistenciales que consisten en ayudas económicas a personas en estado de necesidad; b) las pensiones gratificables que son otorgadas por los diputados y senadores del Congreso nacional de manera discrecional, sin que medie ninguna condición en particular; y c) las pensiones de leyes especiales (sacerdotes, celebridades, etc.). Reciben una pensión mensual y la cobertura de salud a través de un programa que se denomina Programa Federal (PROFE) cubriendo aproximadamente 450 mil personas incluyendo niños, adultos, ancianos y discapacitados. Originalmente, los servicios de atención médica de estas personas eran brindados por el INSSJP pero posteriormente se constituyó en un esquema especial.

Los recursos provienen de la jurisdicción nacional pero su ejecución se realiza a través de los prestadores públicos que son gestionados por las provincias. El Estado Nacional transfiere un financiamiento capitado a las provincias, del orden de los AR\$22 mensuales, y las provincias otorgan la atención a través de su red de prestadores médicos públicos. En este sentido, aun cuando el programa pareciera delinear un seguro público independiente del sistema de provincial, en la práctica actúa sin diferenciación. Los gastos catastróficos están, en teoría, cubiertos junto con el resto de las prestaciones sanitarias. En la práctica, lo están en las mismas condiciones que para las personas cubiertas por las jurisdicciones provinciales es decir sujeto a la disponibilidad de servicios dentro de las limitaciones que impera entre los prestadores públicos.

¹⁹ Más de 2/3 de este segmento poblacional es mayor de 60 años.

A.5) Trabajadores del sector público nacional excluidos del sistema general

Estos trabajadores, por ser asalariados del sector público nacional, podrían estar incorporados en el segmento que cubren las obras sociales nacionales pero por un resabio histórico han quedado excluidos y conforman sus propias obras sociales que funcionan de manera autónoma e individual sin pertenecer a ningún sistema. Se las conoce como “otro tipo de obra sociales” para diferenciarlas del sistema del que están excluidas (obras sociales nacionales).

La cobertura es para los empleados de las fuerzas armadas, las fuerzas de seguridad, del Poder Legislativo, los del Poder Judicial y las universidades. Los mecanismos de cobertura en algunos casos funcionan como departamentos internos de las reparticiones públicas. Fueron creadas por normas especiales y si bien reciben financiamiento de aportes y contribuciones sobre el salario, eventualmente reciben fondos estatales toda vez que se presentan problemas financieros. Los recursos de estas instituciones, en general, están incorporados a los presupuestos de las reparticiones a las que pertenecen.

Sus planes de salud están muy difusamente definidos con normas incluso de menor nivel, en algunos casos hasta normas internas de las mismas reparticiones. Respetan la lógica que prevalece en la definición del PMO y el PAMI donde se enuncian derechos bastante extensivos (muchas prestaciones y escasos límites) sin mayor consideración por las posibilidades reales de financiamiento. Detrás de esta enunciación de derechos, se entiende que los gastos catastróficos están cubiertos.

Posiblemente estos mecanismos tengan mayor cobertura efectiva para gastos catastróficos que las obras sociales nacionales y el INSSJP dado que al tener sus finanzas incorporadas dentro del presupuesto de las reparticiones públicas y al estar circunscriptas sólo a los trabajadores de dichas reparticiones (y sus familias), en casos extremos –como tratamiento muy costosos de cáncer o trasplantes– las mismas reparticiones generan con presupuesto propio ayudas financieras. De todas formas, son mecanismos informales e inciertos fruto de la eventual presión política que los sindicatos de esas reparticiones – que en general son los principales involucrados en la gestión de estos mecanismos– decidan realizar en auxilio de los casos extremos, y de la voluntad y posibilidades financieras de las autoridades de la repartición para acceder a dichos pedidos.

En general, la regla es similar al resto de la seguridad social nacional. El derecho a tener los gastos catastróficos cubiertos está legalmente previsto. Sin embargo, los mecanismos financieros y de gestión apropiados para dar sustentabilidad y efectividad al cumplimiento del derecho son prácticamente inexistentes o insuficientes.

B. Sistemas provinciales

B.1) Asalariados del sector público provincial y jubilados provinciales

El sistema de seguridad social provincial destinado a brindar cobertura a los empleados públicos propios –tanto en actividad como retirados– toma, de manera entremezclada, rasgos de los esquemas vigentes a nivel nacional. Del esquema de las obras sociales nacionales tiene el mecanismo de financiamiento basado en impuestos al salario y la conformación de una obra social que está obligada a brindar un paquete predefinido de prestaciones. Del esquema de los jubilados nacionales tiene el carácter monopólico y la ausencia de organismo regulador, quedando el gobierno de la institución en manos de dirigentes de carácter político que responden solamente a las máximas autoridades provinciales (gobernador y/o ministros provinciales) y el estado provincial asume la responsabilidad de cubrir los déficit financieros. Del esquema de los empleados públicos excluidos de régimen de obras sociales nacionales tienen la lógica de ser unidades autónomas e individuales que no pertenecen a ningún sistema en particular. Cada provincia tiene su propia obra social provincial que no interactúa con ningún otro tipo de seguro social dentro de la región de la provincia ni entre obras sociales de otras provincias. Son seguros sociales de tipo monopólico que funcionan alrededor de una única institución.

Desde el punto de vista del tratamiento de las enfermedades catastróficas, en las obras sociales provinciales se aplican criterios similares a los vigentes en órbita nacional. El paquete de prestaciones que están obligadas a brindar se compone de un listado extenso que comprende prácticamente toda prestación médica que haya superado la fase de experimentación, con límites y condiciones de accesibilidad definidos de manera muy difusa. Ante esta definición imperfecta se entiende que la persona está cubierta por los gastos catastróficos, pero no hay mecanismos de financiamiento específico y apropiado para garantizar sustentabilidad. Pueden operar algunos mecanismos informales –como los que operan en los otros tipos de obras sociales– en los cuales el gobierno provincial apoya con recursos estatales el pago de alguna intervención catastrófica, pero bajo condiciones muy inciertas en donde la decisión se toma caso por caso y en función de la presión política. La mecánica usual suele ser que, ante la obligación de hacer frente al gasto catastrófico y la falta de recursos propios, las autoridades de la obra social delegan el problema en el ministerio de finanzas provincial, quién en función de las disponibilidades de fondos del tesoro provincial y la presión que le signifiquen los casos catastróficos, toma una decisión.

Un elemento que distingue a estas obras sociales del resto es el tipo de relación que entablan con los prestadores de salud. Contratan con prestadores privados –tanto profesionales como institucionales– pero tradicionalmente lo hacen a través de organizaciones gremiales de profesionales médicos y establecimientos de salud que, por su propia naturaleza, tienden a hacer

prevalecer criterios que responden a intereses sectoriales o políticos, más que técnicos. Un aspecto que ejemplifica esto es que se espera que la obra social provincial contrate con todos los profesionales de la provincia, promesa que muchas veces no se efectiviza por problemas de insuficiencia de recursos y por un entorno de gestión y controles teñidos de intereses políticos.

Las organizaciones gremiales de profesionales e instituciones de la salud, en muchos casos, actúan no sólo como factor aglutinador para la negociación sino que operan como administradores de las prestaciones médicas. Si bien las modalidades de contratación, en muchos casos, son por pago capitado no tienen el diseño de un contrato de riesgo compartido. La administración que hacen las asociaciones médicas son de aspectos administrativos más que de gestión (se encarga de los pagos a los prestadores, pero no del control de la utilización, por ejemplo), con lo que la tendencia es que cuando el pago capitado es insuficiente para abonar las prestaciones otorgadas, no median ajustes en los parámetros de gestión sino demandas (con un fuerte condimento político) para compensar las diferencias. La implicancia es que, ante la definición difusa del paquete de prestaciones y la falta de controles de gestión, los gastos catastróficos muchas veces se cubren; pero sufren abruptos cortes de cobertura cuando la misma falta de gestión hace devenir los recursos en insuficientes. Se materializa así un esquema incierto donde la cobertura catastrófica depende de la situación económica de la obra social y el devenir político de la relación con la comunidad médica provincial.

B.2) Trabajadores no registrados o informales y personas inactivas sin cobertura provisional

El sistema de salud argentino opera en base a una variedad de seguros de tipo social que aglutinan la población en función de sus características sociolaborales. Este tipo de organización aumenta su efectividad en países que tienen niveles de informalidad laboral y de personas inactivas sin cobertura provisional que son marginales. En países de desarrollo medio –como Argentina– estos segmentos de la población están lejos de ser marginales y pasan a conformar uno de los grupos mayoritarios dentro de la sociedad. Como se desprende del Cuadro 1, en la Argentina se calcula que prácticamente el 50% de la población se encuentra en esta condición.

Por otro lado, hay que considerar que el arreglo institucional previsto en la Constitución Nacional establece que las responsabilidades deben entenderse a cargo de las jurisdicciones provinciales salvo que expresamente se establezca lo contrario. En temas sanitarios, según este criterio, las responsabilidades sanitarias por las personas que quedan fuera de los esquemas de seguro social quedan en cabeza de las provincias. Bajo esta lógica toda persona que no tiene cobertura de un seguro social tiene derecho a ser asistido por el gobierno provincial.

La esquemática descripción presentada en el Cuadro 2 es suficiente para identificar las principales debilidades del diseño institucional elegido por las

provincias para dar asistencia a las personas sin seguro. No hay un marco regulatorio específico ni un ente de control para velar por la atención médica que reciben estas personas. Por el contrario, toda cuestión normativa ligada a la producción, sanción y control de normas está en cabeza de las secretarías de salud de los gobiernos provinciales. Estas son dependencias de los Estados provinciales con responsabilidades directrices, pero de todo el sistema de salud provincial es decir que la atención médica de las personas sin cobertura es sólo uno de sus ámbitos de competencia²⁰.

El mecanismo de financiamiento es a través de rentas generales provenientes de los gobiernos provinciales. El mecanismo de aseguramiento es inexistente. Las provincias no brindan cobertura a estas personas a través de seguros sino que administran sus propios prestadores con mecanismos de gestión centralizados y altamente burocráticos bajo el criterio de que dichos prestadores públicos son de libre acceso y de uso gratuito para cualquiera.

Estas instituciones se denominan hospitales públicos, y tienen la característica principal de ser prestadores de salud de “puertas abiertas” en donde las personas se presentan de manera espontánea a demandar servicios médicos. Es muy importante destacar este elemento que es clave para entender las fallas de organización del sistema argentino. Toda la población tiene derecho a recibir atención médica de los hospitales públicos, inclusive los que están cubiertos por alguno de los tantos seguros sociales y comerciales que operan en el país.

Desde el punto de vista de las enfermedades catastróficas, lo relevante es que los hospitales públicos están obligados, en teoría, a dar todo servicio que le demanden. Desde la consulta ambulatoria más simple, hasta los tratamientos más complejos imaginables. Esta lógica parte de la idea de que en Argentina el acceso es un derecho básico de las personas y el Estado es quién debe garantizarlo, para lo cual se entiende que los hospitales públicos deben cumplir ese rol. Obviamente, no se espera que todo hospital público tenga en su interior la capacidad suficiente para atender cualquier patología. La lógica subyacente es que deben existir hospitales públicos de distinta complejidad pero conformando una “red” integral de atención para solucionar todos los problemas de salud imaginables. En los casos de muy alto nivel complejidad, algunas provincias pequeñas no cuentan con hospitales públicos con la tecnología requerida, por lo que las personas se trasladan hacia provincias más grandes en donde hay hospitales con dicha infraestructura para recibir la atención. No se trata de una derivación administrada por un sistema coordinado de redes de hospitales públicos entre provincias, sino iniciativas individuales de las personas que –si disponen de los medios económicos y los contactos necesarios– se trasladan de manera particular a otra provincia para acceder a los hospitales públicos de mayor complejidad, gracias a la política de “puertas abiertas”.

²⁰ Las secretarías de salud provinciales también deben velar por formular las políticas sanitarias, diseñar y ejecutar acciones de promoción y prevención para toda la población, control sanitario de alimentos, medicamentos, profesionales y establecimientos de la salud, y vigilancia epidemiológica en la población.

Estas características de los gobiernos provinciales que administran hospitales públicos bajo la lógica de las “puertas abiertas” –acceso libre y espontáneo, gratuidad, integralidad e igual derecho para todos, independientemente del nivel de ingreso o de la cobertura de salud de las personas– conduce a la sociedad a percibir que las enfermedades catastróficas están cubiertas. La salud es un derecho básico y, coherente con ello, los hospitales públicos atienden a todos, por todo, de manera libre y gratuita. Inclusive, esta percepción produce un halo de tranquilidad entre las personas con cobertura porque sienten que los hospitales públicos son los recursos de última instancia en caso de sufran una enfermedad catastrófica y su seguro de salud falle en la cobertura efectiva.

Sin embargo, la realidad es muy distinta. Los hospitales públicos tienen problemas crónicos de falta de recursos. En parte, porque frecuentemente no disponen de recursos acordes a la cantidad de personas que deben atender. En parte, porque operan bajo reglas de juego que impiden una gestión racional, con parámetros de priorización de tratamientos y situaciones de mayor necesidad. El resultado es que frecuentemente los hospitales públicos terminan brindando una atención médica de muy pobre calidad, con altísimas barreras al acceso producidas por la filas y listas de espera, con sobredemanda, con denegación de cobertura bajo el argumento de la falta de recursos, y con una gestión altamente burocrática e ineficiente propia de entidades que han sido cooptadas por sus propios profesionales, proveedores y trabajadores, haciendo prevalecer sus intereses individuales por sobre los objetivos de la institución.

C. Los seguros privados

Las personas de ingresos medios y altos, independientemente de si están en la seguridad social o reciben atención de los hospitales públicos, pueden optar por la compra de seguros privados provistos por empresas de medicina prepaga. Estos planes tienen la modalidad de prima libremente determinada entre las partes y prestación de servicios médicos con servicios propios o a través de terceros de un listado de prestadores. Algunos están complementados con modalidades de reintegro con montos y topes predeterminados a través de la cual el cliente tiene la opción de acceder a prestadores que se encuentran fuera del listado. Otros –que en Argentina tienen una participación marginal– son compañías de seguro que comercializan planes con la modalidad indemnizatoria.

Desde la jurisdicción nacional, los seguros privados se alimentan de dos tipos de clientes. Por un lado, los afiliados a las obras sociales nacionales pueden derivar su aporte salarial hacia uno de estos seguros en virtud de que algunas obras sociales tienen convenios con empresas de medicina prepaga para ofrecer esta opción a sus afiliados. Por otro lado, los afiliados al resto de los seguros sociales de la jurisdicción nacional pueden optar por una cobertura privada de manera superpuesta a la que tienen, mediante pagos de bolsillo generando una doble cobertura (el seguro social y el seguro privado). Desde la

jurisdicción provincial, los seguros privados se alimentan de afiliados a las obras sociales provinciales que pueden comprar un seguro privado de manera superpuesta mediante pagos de bolsillos generando doble cobertura. Finalmente, las personas sin cobertura de salud con capacidad de compra también optan por este mecanismo de cobertura.

Desde la perspectiva de los gastos catastróficos, el rasgo más relevante de estos seguros es que sus planes están bien definidos, con límites y exclusiones, y actuarialmente calculados de forma tal que son financieramente sustentables. En general, tienden a ser integrales (es decir, procuran reproducir el listado de prestaciones que tiene el PMO de las obras sociales nacionales) cubriendo gastos catastróficos aunque con límites y exclusiones que empiezan a operar cuando el nivel de gasto supera ciertos límites²¹. En la lógica interna de estos planes subyace la idea de que toda persona está “asegurada de hecho” en última instancia por los hospitales públicos. Esto les permite definir sus planes protegiéndose –aunque sea parcialmente– de los riesgos catastróficos.

De todas formas, como en cualquier contrato de salud, aun cuando haya una muy buena definición de la cobertura del plan, aparecen los conflictos de interpretación cuando se presentan los gastos catastróficos. Estos conflictos se dirimen en la Justicia donde los fallos de los jueces tienden a hacer prevalecer la noción de que la cobertura debe entenderse de la forma más protectora posible a favor del cliente, abriendo entonces espacios de indefinición muy importantes en los planes privados. Aún cuando los contratos tiendan a estar definidos con precisión, las fallas de interpretación conducen a conflictos judiciales que con alta probabilidad terminan en fallo favorables al paciente. Esto implica una situación de alta incertidumbre (para los seguros y para la gente) de cuál es la cobertura efectiva que los seguros privados brindan (o deben brindar) cuando se produce una enfermedad catastrófica.

2. DIAGNÓSTICO DE LA COBERTURA IMPERFECTA EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

La plataforma jurídica sobre la que opera la cobertura de las enfermedades catastróficas es la declaración de que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe velar por su provisión integral. A partir de esta premisa, se entiende que todos los seguros de salud y los hospitales públicos deben cubrir todas las intervenciones imaginables con muy pocas excepciones;

²¹ Hay interpretaciones que entienden que el PMO es una obligación de las prepagas que se basan en el hecho de que el Congreso Nacional ha sancionado una norma en este sentido. Sin embargo, como dicha norma ha sido apelada ante la justicia, en la práctica, se produce un vacío legal como consecuencia de la falta de una interpretación única. En algunos casos, las prepagas asumen que tienen obligación de darlo porque más allá de que se interponga una acción judicial en caso de conflicto, es altamente probable que la Justicia falle a favor de la inclusión del PMO como obligación de la prepaga.

circunscriptas a tratamientos en fase experimental o ligados a la estética. De esta forma, el *mandato legal* exige que se cubran las enfermedades catastróficas. Sin embargo, no hay *mecanismos financieros* que permitan viabilizar dicho mandato. Esta descoordinación explica que, en la práctica, las enfermedades catastróficas queden desatendidas o atendidas con niveles muy degradados de calidad. Diariamente se acumulan evidencias en este sentido.

Se pueden identificar tres factores básicos como generadores de los problemas y sobre lo que se debería actuar para estructurar una propuesta de solución:

1.- **Inconsistencia financiera.** El sistema de salud argentino sufre de un problema muy serio y estructural de inconsistencia financiera. La promesa de prestaciones médicas es prácticamente infinita como consecuencia de que las autoridades políticas y regulatorias tienden a evadir el costo (político) de tener que establecer límites a las prestaciones que se pueden dar. Los pocos que se establecen giran en torno a prestaciones en donde prácticamente no hay dudas de su prescindencia, como servicios superfluos de confort, cuidados de estética personal o intervenciones en fase experimental. Tanto el PMO (que es una promesa explícita de prestaciones) como las promesas que asumen las autoridades a otorgar con los seguros sociales y los hospitales públicos abarcan toda una gama imaginable de prestaciones sin priorizar estados de necesidad, ni costo-efectividad de las intervenciones.

Los recursos, como es natural, son limitados; con el agravante de que las reglas de financiamiento están disociadas de los motorizadores del gasto. Los seguros sociales tienen como principal fuente de financiamiento los impuestos al salario los cuales tienen una dinámica determinada por el ciclo económico y el mercado laboral, y muy poca correlación con las demandas sanitarias. Una limitación adicional es que la productividad laboral de muchas actividades, en países de ingreso medio como la Argentina, tiende a ser baja con lo cual los recursos que puede generarse desde las imposiciones sobre los salarios son exigüos.

De esta combinación, de una promesa casi infinita con recursos muy limitados, el ajuste se produce por los niveles de *cobertura efectiva* y por la *calidad de los servicios* que reciben las personas. La calidad de las prestaciones de las obras sociales es pobre y el argumento central para justificar la situación es la insuficiencia de recursos. En rigor, el problema no es estrictamente de insuficiencia sino de promesa inconsistente con los recursos que se disponen.

El problema de la inconsistencia financiera se potencia con las enfermedades catastróficas. Las promesas en este sentido son que, en caso de necesidad de un trasplante, cáncer, SIDA, parálisis con hospitalizaciones muy prolongadas, etc., los seguros sociales responderán de manera integral. La falta de previsión para conformar un mecanismo especial de financiamiento termina limitando de

facto la cobertura. Una prueba contundente en este sentido es el sistema de la APE.

En la legislación de fondo que rige el sistema de obras sociales se piensa un sistema especial para gastos catastróficos (la APE). El “espíritu” de los legisladores va en sintonía con la idea de utilizar este fondo como un mecanismo que brinde coberturas especiales sin afectar las finanzas de las obras sociales. Toda vez que desde el Congreso se aumentan las promesas de prestaciones (como la cobertura de SIDA, drogadependencia y prestaciones médicas a discapacitados, entre las más recientes) se estipula que el financiamiento estará a cargo de la APE. Pero luego en la práctica y con regulaciones de menor nivel, las restricciones vienen por el lado de la reglas de accesibilidad, donde la misma APE, con regulaciones generadas por ella misma, decide de manera discrecional qué gastos cubrir, en qué monto, a quién, y con la declaración unilateral de que la cobertura termina cuando se agoten los recursos.

Para aminorar los problemas legales que podrían surgir de esta autolimitación de responsabilidades, la APE dicta una regulación para ella misma donde establece que las responsabilidades de los gastos catastróficos son de entera y exclusiva responsabilidad de las obras sociales, y que se debe entender que el fondo actúa meramente como un paliativo. Esta disociación entre lo que los legisladores prometen y la APE ejecuta es una clara consecuencia de la inconsistencia financiera para la cobertura de las enfermedades catastróficas. Las promesas políticas de prestaciones están disociadas de las posibilidades financieras reales del sistema.

Otra prueba de esta inconsistencia es la profusión de llamados a la solidaridad que la gente realiza a través de los medios masivos de comunicación para recolectar dinero y pagar alguna práctica de alta complejidad. Aunque el diseño teórico del sistema de salud argentino establece que una persona tiene garantizado el financiamiento de las prestaciones catastróficas cualquier sea el mecanismo de protección social al que acceda, ya sea un plan de seguro social o el sistema de hospitales públicos, es común que las personas –en general, las de menores recursos– deben recurrir a la solidaridad pública y así acceder a operaciones de alta complejidad, en prestadores del sector privado. Esto es consecuencia de que las obras sociales no acceden a financiar prestaciones altamente costosas por restricciones financieras y en los hospitales públicos las listas de espera superan los límites de tiempo razonables o simplemente se rechazan las solicitudes de este tipo de intervenciones por carecer de los medios para efectivizarlas, aunque la promesa esté plasmada en las normas que rigen al sistema de salud.

2.- **Segmentación de la cobertura.** Otro de los problemas estructurales del sistema de salud argentino es la segmentación institucional. Existe una división fundamental entre las jurisdicciones nacionales y provinciales. El ámbito nacional sólo tiene alcance regulatorio en las obras sociales, el

INSSJP, PROFE y otros tipos de obras sociales, y las provincias en su propia obra social y sus hospitales públicos. El resultado es que en todas las regiones del país conviven habitantes cubiertos por seguros de salud diferentes, con reglas de juego también diferentes, y en un marco de total descoordinación. Muchas personas involuntariamente pueden llegar a tener dos o tres coberturas sin que medie ninguna coordinación entre ellas y la paradoja es que es altamente probable que no esté apropiadamente protegido para los gastos catastróficos²².

La segmentación también implica que los afiliados de los seguros sociales no tienen muchas posibilidades de opción dentro de lo que son los seguros sociales. Cuando están insatisfechos, se ven forzados a optar por planes de salud privado²³. Al interior de cada jurisdicción, las barreras también son infranqueables. Cada segmento de la población está cautivo en su seguro social, con reglas de juego propias y sin mayores posibilidades de opción por fuera de su esquema de cobertura.

Desde el punto de vista de los gastos catastróficos, la segmentación causa dos problemas. En primer lugar, genera escalas insuficientes para obtener una apropiada dilución de riesgos. En segundo lugar, genera involuntariamente una segmentación adversa de los riesgos. Por un lado, en las obras sociales nacionales a los activos jóvenes es decir personas que trabajan en el sector formal de la economía, salarios medios y altos, un promedio de edad de 39 años, con un tamaño de grupo familiar promedio inferior a 2. Por otro lado, se concentran sin conexión alguna con el grupo anterior a las personas sin cobertura de salud, laboralmente vulnerables, con trabajos precarios de bajo nivel de salario, donde muchas son personas en edad de trabajar pero inactivas, y un tamaño de grupo familiar promedio de 3,5. Al tener atributos socioeconómicos tan diferenciados y estar institucionalmente separadas, se dificulta enormemente las posibilidades de brindar un nivel de homogéneo de prestaciones porque han quedado dos poblaciones con perfiles de riesgos muy diferenciados, infranqueablemente separadas, impidiendo cualquier mecanismo de *pooling* o dilución de riesgo. Lo mismo ocurre con la concentración de los mayores riesgos en el esquema del INSSJP y en PROFE que se trata de población anciana, discapacitada o con problemas de sociabilidad que están institucionalmente separadas con el resto de las obras sociales. Esto también dificulta la dilución más apropiada de los riesgos.

En suma, la alta segmentación del sistema de salud entre jurisdicciones y al interior de cada una de ellas es un obstáculo a la generación de escala de

²² Un caso común son personas de más de 60 años –alto riesgo de enfermedad catastrófica– que se jubilan en el ámbito nacional y tienen cobertura del INSSJP, enviudan heredando la cobertura del cónyuge en una obra social provincial (o viceversa). Menos común pero probable es que como la calidad de la atención tanto en INSSJP y la obra social provincial es pobre, adquiera un plan privado que, dada su edad, será un plan parcial. Si tiene una enfermedad catastrófica y requiere de una hospitalización larga seguramente termina en un hospital público, a pesar de que tiene tres coberturas *legales*.

²³ En el caso de los afiliados de las obras sociales nacionales al menos tienen la opción de derivar su aporte compulsivo a través desde una obra social al seguro privado pero en el resto de los seguros sociales esta posibilidad no existe forzando a realizar a los usuarios insatisfechos en un doble gasto en salud.

operaciones que faciliten el aseguramiento de las personas de mayores riesgos y un factor de segmentación de los riesgos ya que el criterio de aglutinación ha devenido en una concentración de las personas de mayores riesgos separadas de los segmentos de la población de menores riesgos. El principal obstáculo institucional para una solución es que las perspectivas de generar un marco de coordinación son escasas porque las provincias tienen autonomía administrativa y financiera para decidir y ejecutar sus propias acciones sanitarias, y la experiencia indica que difícilmente compartan (al menos todas juntas) la idea de delegar sus facultades y el manejo de los recursos a una única jurisdicción; que en este caso no podría ser otra que la jurisdicción nacional.

3.- **El “efecto cascada” de la cobertura.** La organización institucional del sistema tiene como regla implícita que las provincias con sus redes de hospitales públicos tienen la obligación de brindar servicios de atención médica a quién se lo demande, cumpliendo así el mandato social de que la salud es un derecho de las personas y una obligación del Estado. Como ya se señalara, la jurisdicción nacional regula, gestiona y controla seguros sociales de manera aislada de los sistemas provinciales, y las propias provincias gestionan, cada una, su propio seguro social. Históricamente, la particularidad de los seguros sociales en Argentina (obras sociales) ha sido que fueron el canal de accesibilidad de los trabajadores hacia la medicina producida por profesionales e instituciones del sector privado, asumiendo el hospital público el rol de respuesta que el Estado da a las personas que no tienen obra social.

Los seguros sociales fueron creados bajo una concepción corporativista donde las constantes fueron la dirección de las instituciones en manos de sindicatos y organizaciones gremiales, y la cautividad de las poblaciones junto con la coercitividad a realizar aportes salariales. Estas reglas prácticamente ignoran la generación de incentivos a favor de la eficiencia y la calidad. A lo largo del tiempo y con bastante frecuencia las obras sociales se han convertido en ámbitos de pujas por recursos económicos y poder político. En estas instancias la gestión de prestaciones médicas pasa a ser un medio para cumplir fines diferentes a los sanitarios a través del manejo discrecional de los recursos. Ante este marco, la insatisfacción de los usuarios no se canalizó por el drenaje de afiliados (dado que eran cautivos) sino utilizando el hospital público como el recurso de última instancia (o seguro de segundo piso) ante la falta de servicios en las obras sociales. A esta solución –que nace casi de improviso pero que se extiende hasta nuestros días– contribuyó de manera decisiva la regla de que los hospitales son prestadores del Estado de “puertas abiertas” que cumplen con el mandato de que la salud es un derecho de todos.

Hay evidencias muy concretas sobre este fenómeno. En Colina, Giordano y Del Pozo (2004), con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida que realiza el Ministerio de Desarrollo Social de Argentina (2001), se remarca el hecho de que el 24% de las personas que se atendieron en los hospitales públicos en los seis meses previos a la encuesta tenían cobertura de salud. Este porcentaje es similar tanto para las demandas de consultas ambulatorias como en

internación. Esto implica que aproximadamente un cuarto de la capacidad de producción de los hospitales públicos es en la práctica destinada a cubrir población asegurada. .

Hay que tener en cuenta, por un lado, que la atención en los hospitales públicos generalmente está condicionada por largas filas de espera, barreras administrativas y poca preocupación por el buen trato y las normas de atención médica. Por el otro, que en el imaginario de las personas los prestadores públicos están destinados a cubrir hogares carenciados mientras que el seguro social, con población ubicada en un estadio socioeconómico superior, opera con prestadores privados (que se asocia con la calidad aunque muchas veces no hay evidencia que lo demuestre). Bajo estas condiciones, cabe suponer que la demanda a los hospitales públicos por parte de gente con cobertura no es voluntaria sino que refleja serias fallas accesibilidad y calidad de los seguros sociales.

Otra evidencia en el mismo sentido es que desde 1995 las autoridades nacionales han autorizado a los gobiernos provinciales a facturar los servicios utilizados por personas con cobertura de obra sociales nacionales y el INSSJP en el hospital público. En caso de negativa al pago, el ente de recaudación fiscal de la jurisdicción nacional (AFIP) aplica debitos en la recaudación de las obras sociales que se negaron. El esquema funciona hace más de 10 años y se sabe que en algunas provincias los débitos que aplica la AFIP son una fuente importante de recursos extraordinarios para el personal de los hospitales públicos –dado que participan en una porción de lo recaudado–. El hecho de que las autoridades hayan implementado un mecanismo de estas características y que se mantenga funcionando en base a debitos por falta de pago es en sí mismo un dato altamente indicativo de la importancia de la falta de contención que las obras sociales demuestran con sus afiliados y del rol del hospital público como “seguro de última instancia”.

Por otro lado, pero en el mismo sentido, muchos afiliados a las obras sociales con capacidad de pago han optado por la compra de seguros privados (medicina prepaga). En la misma época que se establece que los hospitales públicos provinciales podrían comenzar a facturar los servicios otorgados a personas con cobertura, se establece –con un marco regulatorio muy imperfecto– que las personas pueden derivar su aporte de obra social a una empresa de medicina prepaga. Las empresas de medicina prepagas pueden definir sus planes de manera consistente con la prima que van a cobrar porque implícitamente asumen que si el aporte salarial es insuficiente (dada la definición del plan) la persona pagará con gasto de bolsillo. Si el afiliado no esta dispuesto a pagar, se queda con la cobertura de la obra social, que es de inferior calidad; y si la obra social tienen inconvenientes financieros, la persona recurrirá en última instancia al hospital público.

Así, en los hechos, el sistema de salud queda segmentado –además de la segmentación entre nación y provincias, y entre seguros de salud dentro de cada jurisdicción– por el nivel de ingreso de las personas. El aditamento

característico más perverso es que las fallas de cobertura se deslizan en un “efecto cascada” desde la cúspide de los planes de salud de mayor calidad y precio hacia el hospital público donde la atención está degradada, es de muy baja calidad y donde hay serios problemas de financiamiento por sobredemanda. El último nivel de esta “cascada” es el hospital público que termina tratando de atender en la medida de sus posibilidades una cantidad no despreciable de gente que ha sido desahuciada por una promesa de cobertura que terminó siendo falsa a nivel de los seguros de salud (privados y las obras sociales).

Del total de personas con cobertura que se atendieron en los hospitales públicos, el 67% proviene de obras sociales (nacionales, provinciales y de otro tipo), el 25% proviene del INSSJP y el 8% de las empresas de medicina prepaga (Colina, Giordano y del Pozo, 2004). Estos datos son consistentes con la hipótesis de que existe un encadenamiento perverso, en donde los seguros de una u otra forma, y en mayor o menor medida, “descargan” sobre el hospital público.

Este “efecto cascada” de la cobertura se potencia en los gastos catastróficos. En el caso de los seguros privados de salud –que de por sí concentran a las personas de mayor nivel de ingreso–, las intervenciones de alto costo son financiadas en la medida que los usuarios hayan podido pagar un plan que incluía expresamente dichas enfermedades. Pero en muchos casos, en especial en las enfermedades crónicas y en las prepagas pequeñas sin la solvencia financiera apropiada, hay evidencias de que la cobertura efectiva no es la que la gente espera. Por ejemplo, el alto número de denuncias en las áreas de defensa del consumidor y las demandas judiciales por falta de cobertura contra los seguros privados son un indicio a tener en cuenta. En las obras sociales las evidencias son menos documentadas pero es común encontrarse con episodios en donde acceden a financiar intervenciones costosas, luego de haber mediado un conflicto judicial. En ambos casos, –los seguros sociales y los seguros comerciales– el principal argumento utilizado es la inviabilidad financiera. Se argumenta, en algunos casos con razón, que hacer frente a intervenciones de tan alto costo comprometen el mantenimiento de las prestaciones médicas para el resto de los afiliados. Esto significa que, implícitamente, se está sugiriendo que dichos tratamientos deben ser atendidos a través de un mecanismo especial.

El hospital público termina siendo el último peldaño de una cadena de delegación informal de responsabilidades en donde la falta de recursos, el exceso de demanda y el desorden administrativo se convierten en una negación *de facto* de la atención a las personas que sufren enfermedades catastróficas. A partir de allí, es común encontrarse con llamados a la solidaridad y pérdidas importantes de patrimonio individual de personas que requieren tratamientos altamente costosos por su complejidad o sufren enfermedades crónicas como SIDA/HIV, cáncer o afecciones de salud mental. Las personas no quedan en el abandono total, sino que financian con recursos económicos propios, familiares y de los hospitales públicos (en lo que dentro de

estas instituciones se pueda lograr), no tanto ya una atención médica apropiada, sino alguna contención para su padecimiento.

3. CONCLUSIÓN

Los problemas de la cobertura para las enfermedades catastróficas son frecuentes en todos los esquemas de cobertura del sistema de salud argentino. Se parte de una declaración básica que establece que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe velar por su provisión integral. A partir de esta premisa, los seguros sociales existentes y los hospitales públicos deben cubrir todas las intervenciones imaginables con muy pocas excepciones que se circunscriben a tratamientos en fase experimental o ligadas a la estética. Los seguros privados, que se entiende que tienen planes bien definidos y actuarialmente consistentes, poco a poco van cayendo a fuerza de conflictos judiciales dentro de la misma lógica y están siendo obligados a brindar todo tipo de intervención que no esté en fase experimental.

De esta forma, independientemente del tipo de cobertura –seguro social, hospital público, empresa de medicina prepaga– el *mandato legal* exige que se cubran las enfermedades catastróficas sin que haya *mecanismos financieros* que permitan viabilizar dicho mandato. En la práctica, lo que está sucediendo es que muchos de los operadores –con justificaciones o sin ellas– eluden estas responsabilidades llevando a que una parte importante de las enfermedades catastróficas no sean cubiertas o sean atendidas con niveles muy degradados de calidad.

Los factores que explican este problema pueden ser agrupados en tres. Por un lado, una inconsistencia actuarial estructural del sistema. Las promesas de prestaciones médicas resultan prácticamente infinitas, en gran parte como consecuencia de que el sistema político es incapaz de asumir los costos de establecer límites acorde al régimen financiero vigente. Tanto el PMO (que es una promesa explícita de prestaciones) como los paquetes prestacionales del resto de los seguros sociales abarcan toda la gama imaginable de prestaciones con muy poca priorización de estados de necesidad, o costo-efectividad de las intervenciones. Las reglas de financiamiento, por su parte, están dissociadas de los motorizadores del gasto ya que fijan como principal fuente de financiamiento los impuestos al salario los cuales tienen una dinámica determinada por el ciclo económico y el mercado laboral, y un agravante que es la baja productividad laboral de muchas actividades con un alto componente de trabajo informal con lo cual los recursos que se generan para hacer frente a las promesas de prestaciones son exiguos y con poca correlación con las demandas sanitarias.

Por otro lado, hay una segmentación institucional de todo el sistema de salud basado en la naturaleza sociolaboral de la población. Esto tiene dos consecuencias. En primer lugar, al estar la población atomizada en varios esquemas de cobertura que funcionan institucionalmente separados se imposibilita la conformación de grandes escalas. En segundo lugar, el criterio de aglutinación de la naturaleza sociolaboral produce una segmentación

adversa de los riesgos. Se aglutinan por un lado población de muy alto riesgo (ancianos y discapacitados), por otro, población de riesgo alto (población de bajo nivel de ingreso) y, por otro, población de bajo riesgo (población activa de ingreso medio y alto), todos institucionalmente aislados. La segmentación institucional entre lo que maneja el gobierno central y los que manejan las provincias hace muy difícil un esquema unificador.

El tercer factor importante es un “efecto cascada” que se produce en la cobertura producto del desorden institucional. En la punta de la cúspide están los seguros privados de salud que concentran a las personas de mayor nivel de ingreso y donde las intervenciones de alto costo son financiadas en la medida que los usuarios hayan podido pagar un plan que incluía expresamente dichas enfermedades. Pero en muchos casos, en especial en las enfermedades crónicas o en instituciones de poca solvencia financiera, la cobertura efectiva no es la que la gente espera. Si la cobertura en la empresa de medicina prepaga falla, la persona puede quedar con la cobertura de su obra social –si es que tiene una– o recurrir a gasto de bolsillo. Si la obra social tienen inconvenientes financieros o la persona no dispone de medio, puede recurrir, como última instancia, al hospital público.

Esta es una regla implícita que nace de la noción de que el hospital público es el garante de hacer cumplir el mandato de que la salud es un derecho para todos por todos los servicios que una persona necesite. El hospital público termina siendo el último peldaño de una cadena de delegación espuria en donde la falta de recursos, la sobredemanda y el desorden administrativo se convierten en una negación de *facto* de la atención a las personas que sufren enfermedades catastróficas. A partir de allí es común encontrarse con llamados a la solidaridad y pérdidas importantes de patrimonio individual de personas que requieren tratamientos altamente costosos por su complejidad o que sufren enfermedades crónicas y complejas como SIDA/HIV, cáncer, enfermedades cardiovasculares o afecciones de salud mental.

CAPITULO 3

LINEAMIENTOS PARA UN PROPUESTA

1. LAS ALTERNATIVAS PARA UN SISTEMA DE COBERTURA CATASTRÓFICA EN ARGENTINA

Antes de empezar con la propuesta y a modo de recuento sintético de los aspectos más salientes del diagnóstico cabría resaltar que, en Argentina, en teoría, todos los habitantes están cubiertos contra los riesgos catastróficos. Para las personas afiliadas a un seguro de salud el común denominador es el derecho a un conjunto amplio de prestaciones médicas, con límites muy difusos y sin reglas claras sobre las condiciones de acceso las cuales incluyen las relacionadas con los tratamientos catastróficos. Por los servicios que no reciben de estos seguros, tienen derecho a recurrir a los hospitales públicos. Para las personas sin seguro de salud el derecho consiste en poder recurrir a los hospitales públicos, que son de libre acceso y gratuitos para todas las personas y por toda necesidad, a buscar servicios de atención médica entre las que se cuentan obviamente las prestaciones catastróficas. Estas reglas, en la práctica, arrojan serias deficiencias en la cobertura efectiva.

De las personas que tienen un seguro de salud, en el caso de los seguros sociales la definición de las prestaciones, en muchos casos, es inconsistente con los recursos disponibles y los incentivos para una buena gestión están muy diluidos por la falta de libertad o los mecanismos imperfectos de elección de los usuarios. Esto conduce a que la gente tenga que recurrir al gasto de bolsillo – mientras pueda– o a buscar contención en los hospitales públicos. Por el lado de los seguros privados, al ser los planes de salud de carácter voluntarios cumplen con las premisas de ser financieramente consistentes y tener incentivos apropiados para la buena gestión, pero carecen de una regulación específica que delimite de manera clara y transparente cuáles son los compromisos que asumen con sus usuarios. En ambos casos –tanto para los seguros sociales como privados– los servicios que son denegados por fallas regulatorias o de financiamiento, en los hechos, terminan siendo brindados de una manera muy imperfecta y como un recurso de última instancia, por el hospital público.

Por otro lado, para la gente sin seguro el hospital público es un sustituto muy imperfecto porque, al actuar como un prestador y no como un asegurador, sólo

puede brindar prestaciones parciales, episódicas y muy asistemáticamente. A esto se suma al agravante de que la gestión de los hospitales es de pobre calidad por sus reglas internas altamente burocráticas, sin incentivos hacia el usuario y con total ausencia de mecanismos de responsabilidades o rendiciones de cuentas. El impacto negativo es muy alto porque la cantidad de gente que tiene como único mecanismo de protección este imperfecto sustituto de un seguro representa prácticamente la mitad de la población.

De esta forma, el hospital público está desbordado por la masividad de personas que no tienen seguro de salud y por las que, teniéndolo, deben buscar contención en él para suplir las fallas de cobertura efectiva. Este problema, que es transversal para cualquier nivel de atención, se potencia con las enfermedades catastróficas por ser tratamientos prolongados y/o altamente costosos.

La presente propuesta apunta, entonces, a discutir alternativas que apunten a superar los problemas derivados de las fallas de cobertura en las enfermedades catastróficas. Se aborda específicamente la cobertura de este tipo de siniestros, pero sin perder de vista la organización general del sistema de salud, apuntando a soluciones más globales que incluyan el resto de las enfermedades (es decir, las no catastróficas). Se parte de la idea de que para mejorar sustancialmente el desempeño del sector salud argentino es necesario desarticular esta perversa regla por la cual el hospital público debe actuar como un reemplazante (muy imperfecto) de la falta de seguros para la mitad de la población y/o como mecanismo de contención de última instancia de las fallas regulatorias y de gestión de los seguros de salud que cubren a la otra mitad de la población. Para ello es imprescindible comenzar construyendo un esquema sustentable y eficiente de cobertura para las enfermedades catastróficas –que son las más complicadas de financiar y asegurar– y así sentar las bases para mejorar el funcionamiento de la cobertura en el resto de las enfermedades.

La organización de este capítulo continúa con la primera sección donde se presenta el objetivo general de la reforma y las metas de políticas; éstas últimas son objetivos específicos, instrumentales, a lo que se deben apuntar con las medidas para poder conseguir el objetivo general, que es el fin último de la reforma. También se presentan las restricciones técnicas y políticas que la propuesta enfrentará y que actúan como condicionantes de su viabilidad. En la segunda sección se presentan las alternativas de política analizadas bajo el criterio de evaluar la pertinencia de cada una de ellas en función de las metas de políticas. Las alternativas se evalúan desde la perspectiva del funcionamiento regular de lo que sería el nuevo sistema y de la transición del esquema actual al nuevo sistema. En la tercera sección se presentan alternativas en busca de la incorporación efectiva de las provincias al nuevo régimen bajo la premisa de que el esquema de cobertura catastrófica será de orden nacional. Finalmente se concluye con una versión sintética de lo que podría ser el esquema más apropiado que surge del análisis de las diferentes alternativas.

1.1. Objetivos, metas de política y restricciones (técnicas y políticas)

El objetivo general de la propuesta –el fin último– es asegurar la accesibilidad de las personas que sufren enfermedades catastróficas a las prestaciones que las regulaciones establecen como derechos. Esto implica un cambio sustancial respecto a la situación prevaleciente en la cual se estipulan un conjunto amplio de derechos pero en la práctica no pueden ser ejercidos en su integralidad y/o en las condiciones estipuladas. Para ello, se busca generar un mecanismo institucional apropiado para brindar cobertura *efectiva* ante la necesidad de tratamientos catastróficos.

Los resultados esperados son dos: 1) garantizar a las personas prestaciones suficientes, oportunas y apropiadas si se ven afectadas por una enfermedad catastrófica; y 2) sentar las bases para perfeccionar el funcionamiento general de los seguros de salud dado que un mecanismo institucional especial para estas enfermedades mejorará sustancialmente la consistencia actuarial del sistema de atención de las enfermedades no catastróficas, generando así las condiciones propicias para implementar regulaciones procompetitivas que tengan alta efectividad en lograr servicios de calidad con estándares razonables de satisfacción de los usuarios. De esta forma, el impacto positivo de la reforma debe verse en la mejora de la calidad para ambos tipos de enfermedades: catastróficas y no catastróficas.

Las metas de política podrían resumirse en cuatro, que son:

- a) Universalidad horizontal: la regla de cobertura debe tender a alcanzar a todos los habitantes del país.
- b) Consistencia financiera: las reglas de prestaciones deben ser consistentes con las reglas de financiamiento.
- c) Libertad de elegir para el paciente: la regla de funcionamiento no debe coartar la posibilidad de la gente de optar por la entidad responsable de su cobertura una vez que contrajo la enfermedad (catastrófica).
- d) Regulación simple y control transparente: el marco regulatorio y los mecanismos de control que el nuevo sistema requiera deben ser lo más simple y transparente posible, sin complejidades que los entes de control vigentes no puedan administrar.

Con el cumplimiento de estas metas se entiende que todos los habitantes de la nación verán facilitado su acceso de manera oportuna a prestaciones suficientes y apropiadas con un razonable nivel de satisfacción en el caso de que contraigan una enfermedad catastrófica.

La principal restricción técnica de una reforma de estas características es la complejidad que surge de la heterogeneidad de situaciones que se presentan con estas enfermedades. La misma elección de ellas ya es materia de discusión. Como se señalara en el capítulo 1, las enfermedades financieramente catastróficas pueden clasificarse en dos tipos. Por un lado, las

que requieren protocolos de tratamiento altamente costosos porque involucran una intervención de muy alto costo o porque exigen una sucesión de intervenciones de menor costo pero prolongadas en el tiempo (cáncer, infartos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica, SIDA, trasplantes); y por otro lado, aquellas que están asociadas a la vejez (enfermedades mentales crónicas, mal de Parkinson, disminución de capacidades de autovalía para la vida diaria) cuyos tratamientos se conocen en la literatura internacional con el nombre de *long-tem care*. Cada una presenta una problemática distinta que hace muy difícil englobarlas dentro de un único sistema, de hecho, la enseñanza más visible que deja el recuento somero que aquí se hizo de la experiencia internacional da cuenta de que lo único que ninguno de los países analizados realizó (ni se planteó realizar hasta ahora) es tratar de resolver el problema de todas las enfermedades catastróficas juntas, con un solo esquema de cobertura. Desde el punto de vista de esta restricción, entonces, resulta recomendable concentrar la propuesta en uno de estos dos tipos de problemas.

Las restricciones políticas, por su parte, son de dos tipos. Por un lado, el carácter federal de la organización política del país donde las facultades de las autoridades nacionales en materia de atención médica están limitadas a menos de la mitad de la población (la que está cubierta por la seguridad social nacional) mientras que las responsabilidades por la atención médica de la otra mitad corresponde a las provincias (seguridad social provincial y personas sin cobertura). La restricción surge de las autonomías provinciales dado que las provincias son la fuente original de autoridad del gobierno nacional, fenómeno que puede entenderse con la noción de que todo aquello que las provincias no delegan expresamente al gobierno central pertenece al ámbito provincial. Esta característica del federalismo argentino es un desafío para la universalidad. En la medida que las provincias opten por administrar segmentadamente su porción de responsabilidad en la gestión de la atención médica, es difícil imaginar un esquema universal nacional, homogéneo, con reglas uniformes, incentivos alineados y financiamiento consistente, porque la nación no tiene facultades de imposición. La única vía posible es inducir a las provincias a adherir a los mecanismos nacionales, por atractivo o conveniencia, y en un proceso que necesariamente se da (si se da) provincia por provincia.

Un antecedente directo en este sentido fue la incorporación de algunas cajas previsionales provinciales al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y la contratación de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) por parte de algunos gobiernos provinciales para la cobertura de los riesgos del trabajo de los empleados del sector público provincial. No es razonable pensar que la universalización de los seguros de salud nacionales eluda la necesidad de atravesar y reproducir este complejo proceso de adhesión voluntaria, que involucra un alto grado de incertidumbre y riesgo de quedar a “mitad de camino”, como en la práctica ocurrió con los traspasos provinciales en materia previsional y de riesgos del trabajo²⁴.

²⁴ El sistema de salud nacional tiene el marco legal delineado por el Sistema Nacional del Seguro de Salud, donde las provincias pueden adherir. El sistema previsional nacional tiene la misma regla con el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), donde las provincias pueden adherir y

La segunda restricción política es la particular estructuración de los riesgos catastróficos que se produce en el sistema nacional como consecuencia de su regla de cobertura. La regla del sistema nacional establece que las personas están cubiertas por una obra social o una empresa de medicina prepaga (por derivación de aportes) mientras son laboralmente activas y pasan automáticamente a estar cubiertas por el INSSJP cuando se jubilan. Con esto se produce un fenómeno donde la afiliación del INSSJP mayoritariamente supera la edad de 60 años con porcentajes que alcanzan el 78% para los mayores de 65, mientras que en el segmento de las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga –si bien no hay datos certeros– se estima que los mayores de 65 no superarían, en promedio, el 10% de la afiliación. Cómo las enfermedades catastróficas tienen una mayor incidencia entre las personas de edad, se produce una fuerte concentración de los riesgos catastróficos en el INSSJP en beneficio del resto de los seguros de salud.

A modo de ejemplo de lo adverso que resulta esta concentración de riesgos catastróficos basta con un ejercicio de simulación realizado a partir de datos de aseguradoras privadas de la rama catastrófica en la experiencia internacional, aplicados sobre la población por estructura etárea del INSSJP y los seguros de salud de personas en edad activa. Según estos datos, la tasa de incidencia promedio de infartos en poblaciones con edades entre 60 y 80 años puede llegar a ser 30 veces superior a las tasas promedio en poblaciones con edades entre 20 y 40 años; para el caso del cáncer la diferencia puede llegar a ser 40 veces mayor y en accidentes cerebrovasculares 70 veces mayor. Si al sistema nacional (obras sociales de activos, prepagas y INSSJP) se le aplicaran estas tasas se observa que el 70% de los casos de cáncer, infartos y accidentes cerebrovasculares se concentrarían en el INSSJP. Si las mismas tasas se aplicaran al total del país (o sea, el sistema nacional más las obras sociales provinciales y las personas sin cobertura) la carga que soportaría el INSSJP se diluiría, aunque seguiría siendo el mecanismo con mayor frecuencia de casos catastróficos (45%).

Asimismo, el peso del INSSJP como concentrador de carga catastrófica también tiende a diluirse con la incorporación de enfermedades como el SIDA y los trasplantes que son más frecuentes entre las poblaciones jóvenes. Sin embargo, este efecto no alcanza a compensar el desbalance que producen el

efectivamente 11 provincias lo hicieron gracias a un activo proceso motorizado desde el gobierno nacional. El sistema nacional de cobertura a los riesgos del trabajo tiene el marco legal delineado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo, a la que adhirieron 8 provincias, que no son las mismas que adhirieron al sistema previsional, y no lo hicieron por una política activa desde el gobierno nacional sino por iniciativa de los mismos gobiernos provinciales. De esta forma, con un simple ejemplo se puede ilustrar lo perverso que resulta para los mecanismos de protección social esta relación asintomática entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales. Un empleado público provincial en Mendoza está cubierto por el sistema nacional en lo previsional y en los riesgos del trabajo, pero en salud por la provincia. Un empleado público en Buenos Aires está cubierto por el sistema nacional en los riesgos del trabajo, pero no en lo previsional y salud porque en estos aspectos lo cubre su provincia. Un empleado público de Santa Fé no está cubierto por el sistema nacional sino que está cubierto por todo evento por el sistema provincial. Este es un claro ejemplo de la segmentación institucional que se produce en los mecanismos de protección social como consecuencia de las particularidades del federalismo argentino.

cáncer, los infartos y los accidentes cerebrovasculares que son las enfermedades catastróficas más frecuentes y concentradas en adultos mayores.

Si la reforma se plantea como meta avanzar en dos frentes simultáneos –la consistencia actuarial y la libertad de elegir de los pacientes– esta estructuración de riesgos es un obstáculo severo. Además el INSSJP es considerado, por una porción importante de la población y de la clase política, como una conquista histórica a favor de los jubilados sin mayores consideraciones de que, desde el punto de vista actuarial, está concentrando la mayor parte del peso financiero que imponen las enfermedades catastróficas. El desafío es pensar, entonces, un diseño equilibrado que preserve al INSSJP como el seguro de la tercera edad pero minimizando el desbalance económico que ello implica.

1.2. Las alternativas de política

Para avanzar en el diseño de una organización consistente con el objetivo general y las metas de política es necesario previamente adoptar algunas definiciones importantes que hagan consistente la propuesta con las restricciones de contexto. Una primera definición es que la propuesta se concentrará sólo en las enfermedades catastróficas más frecuentes asociadas a intervenciones de muy alto costo y atención prolongada (cáncer, infartos, accidentes cerebrovasculares, SIDA y transplantes). La justificación para excluir a las enfermedades asociadas a la vejez como las enfermedades mentales crónicas, mal de Parkinson, disminución de capacidades de autovalía para la vida diaria, es que en Argentina todavía existe cierto arraigo a que los cuidados de la vejez se realicen dentro del ámbito de las familias. En el caso de que se demanden cuidados institucionales estos generalmente son abordados por los servicios de geriatría y los servicios sociales, donde muchas veces estos servicios son facilitados por el INSSJP, las obras sociales provinciales y las organizaciones de la sociedad civil (centros de jubilados o entidades de beneficencia). En consecuencia, hay evidencias de que es más prioritario y urgente el abordaje conducente a la solución de las otras enfermedades catastróficas ya que existiría margen como para posponer para una futura propuesta los requerimientos del cuidado de la tercera edad (*long-term care*).

Otra definición importante surge de las restricciones políticas que impone la organización del país bajo criterios federales. La propuesta toma como premisa que el régimen para enfermedades catastróficas formará parte del sistema nacional, es decir, será un mecanismo especial dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661). Se incorporaría como un régimen específico que le permitirá a los seguros de salud delegar los riesgos catastróficos en un esquema especial con reglas de financiamiento, prestación y control propias. Para lograr que la cobertura de este esquema nacional sea universal respetando la organización republicana y federal, se buscará integrar los

esquemas de cobertura de salud que hoy están por fuera del Sistema Nacional del Seguro de Salud (obras sociales provinciales y sus sistemas públicos de salud) desde los incentivos, apelando a la racionalidad y la voluntariedad de los gobiernos provinciales. Se parte de la premisa de que un esquema efectivo y eficiente de cobertura para las enfermedades catastróficas es un elemento atractivo para convocar adhesiones. En la medida que permita ordenar el sistema provincial evitando que los hospitales públicos funcionen como mecanismos espurios de contención de afiliados desahuciados por el sistema nacional y brinde condiciones para un trabajo más ordenado de los recursos humanos en los hospitales públicos, el Sistema Nacional del Seguro de Salud puede ser un esquema conveniente para las autoridades provinciales, como lo es el Sistema Integrado de jubilaciones y Pensiones y la Ley sobre Riesgos del Trabajo para las provincias que optaron por estos sistemas

El esquema más apropiado para llevar a la práctica esta definición consistiría en preservar el Programa Médico Obligatorio (PMO) –que hoy está declarado de una manera enunciativa sin un esquema financiero apropiado– para mantener los derechos vigentes y establecer dos regímenes dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Por un lado, operaría el régimen general que cubriría todas las enfermedades del PMO, con excepción de las catastróficas. Por otro, un régimen especial para las enfermedades catastróficas que están en el PMO. La regla de cobertura sería que todas las personas estarían cubiertas por el régimen general, hasta que contraen una enfermedad catastrófica; a partir de este momento, el régimen especial comienza a actuar brindando cobertura. Se mantiene el criterio de que cuando las personas se jubilan pasan automáticamente al INSSJP, con la opción de quedarse en su obra social si lo desean (como es actualmente), pero en el régimen especial, en cambio, las personas deben quedar protegidas por dicho régimen de manera indefinida hasta su muerte. Esto significa que si una persona en edad activa cubierta por una obra social o una prepaga contrae una enfermedad catastrófica, pasa al régimen especial, y cuando se jubila, continúa siendo cubierta por dicho régimen. De esta forma, las personas con enfermedades catastróficas serán protegidas por el régimen especial independientemente de su estado laboral y de su edad de manera indefinida hasta su muerte²⁵.

Esta regla mejora sustancialmente la consistencia actuarial del Sistema Nacional del Seguro de Salud porque lo reorganiza bajo el criterio de que el régimen general se concentra en las enfermedades frecuentes que son de bajo o mediano costos y que, por lo tanto, pueden ser financiadas con los aportes salariales de los trabajadores y gastos de bolsillo modestos, y el régimen especial se hace cargo de las enfermedades más costosas que no pueden ser financiadas (al menos totalmente, como es el espíritu del PMO) con aportes individuales sino que necesariamente deben ser complementadas con mecanismos de financiamiento especiales de tipo colectivo y/o de reparto e inclusive hasta con recursos fiscales. Este esquema de régimen general y especial respeta y revitaliza la filosofía de la Ley 23.661 de dar a la Argentina

²⁵ Cabe aclarar que esto no significa cautividad dado que las personas siempre mantendrán su libertad de opción del ente que administre su enfermedad catastrófica dentro del régimen especial.

un seguro que garantice una cobertura integral de prestaciones médicas. Respeta el PMO e innova sólo en la incorporación de un dispositivo técnico apropiado para las prestaciones más costosas, complejas y conflictivas: las enfermedades catastróficas.

Por último, como muchas veces ocurre con reformas de tipo estructural, en su diseño e instrumentación es necesario prever un régimen de transición. El principal desafío es contemplar el hecho de que existe un stock de personas que ya están enfermas al momento en que el nuevo sistema comienza a operar y, por lo tanto, requieren del nuevo sistema el beneficio pero habiendo contribuido al sistema anterior. Se trata de una situación análoga a la que se presentó con la reforma previsional en relación a las personas jubiladas o próximas a jubilarse que habían aportado al viejo sistema y con la reforma de riesgos de trabajo en relación a las empresas que tenían pendientes la resolución de reclamos por siniestros laborales producidos antes de la entrada en vigencia de la nueva norma. El diseño de una reforma a las reglas con la que se tratan las enfermedades catastróficas necesariamente tiene que contemplar un mecanismo para continuar con la provisión de las intervenciones médicas para las personas que están enfermas y que han aportado a un obra social, al INSSJP o a una empresa de medicina prepaga con anterioridad al cambio. La decisión sobre qué se hace con la transición es importante porque involucra la necesidad de contar con recursos económicos adicionales a los previstos para el financiamiento regular del régimen especial²⁶.

En este sentido, la propuesta contiene un esquema para el funcionamiento regular y otro para la transición. El esquema regular será aplicable a todas las personas que no haya contraído una enfermedad catastrófica al momento de inicio de la reforma. El de la transición será para quienes tienen diagnosticada una enfermedad tipificada como catastrófica antes de que entre a operar la reforma.

²⁶ Siguiendo los ejemplos de las reformas del régimen previsional y al sistema de riesgos del trabajo, cuando fueron implementadas se tuvo que resolver el problema de la “transición”, que en un caso fue resuelto de manera explícita y en el otro implícita. En el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones la transición estuvo (y está) dada por el gasto que ocasiona el pago de las prestaciones vigentes por personas que ya estaban jubiladas al momento en que el sistema comenzó a operar. Estas personas aportaron al viejo sistema y ahora deben recibir prestaciones del nuevo. En este caso, la transición ha sido explicitada colocando dicha responsabilidad bajo la órbita de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). En el caso de la reforma al esquema de cobertura de los riesgos del trabajo la transición la conforman los accidentes laborales producidos con anterioridad y que no habían sido resuelto a la fecha de inicio del nuevo sistema. En este caso la transición no fue explicitada en el sentido de que se haya previsto algún tratamiento especial para atender estos casos bajo las nuevas reglas sino que se dejó que fueran resueltos por las vías convencionales que prevalecían con anterioridad a la reforma. Así es como al inicio de la nueva ley había un stock de 39.596 juicios por accidentes de trabajo pendientes que, diez años después, en el 2005, todavía suman 2.417 juicios (Superintendencia de Seguros de la Nación, 2005) que siguen pendientes y que las empresas tienen que afrontar bajo los antiguos parámetros.

A) El esquema regular

En la sección de la experiencia internacional se analizaron varios esquemas con una multiplicidad de alternativas donde aparecen desde aseguramientos catastróficos de tipo individual y voluntario (los seguros privados complementarios de los países desarrollados), de tipo individual y coercitivo (Singapur), pasando por esquemas colectivos de reaseguros competitivos y voluntarios (Chile), hasta seguros monopólicos de cobertura universal y corte estatal o semi-estatal (Holanda y Uruguay). Estas experiencias permiten ensayar y analizar algunas variantes para la Argentina con un criterio simple, práctico y transparente que consiste en evaluar las alternativas en función de cuán instrumentables pueden ser para lograr las metas de políticas, detectando facilidades y restricciones. Las alternativas que se analizarán serán las de un seguro monopólico de cobertura universal y carácter estatal o semi-estatal, un esquema de seguro colectivo pero competitivo y un seguro de tipo de colectivo, competitivo, con redes de prestadores especializados en los tratamientos catastróficos.

Alternativa I: seguro monopólico de cobertura universal y carácter estatal (o semi-estatal)

Una primera alternativa podría ser un seguro colectivo único que cubra a todas las personas independientemente de su cobertura de salud, o su naturaleza laboral, similar al esquema elegido en Uruguay o en Holanda. A grandes rasgos se trata de una entidad pública o semi-pública que gestionaría un seguro único para cubrir a todas las personas que contraen cáncer, infartos, accidentes cerebrovasculares, transplantes y SIDA independientemente de su cobertura, región geográfica o edad.

Las reglas de financiamiento estarían en la tónica de una combinación de aportes que deberían hacer las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y el INSSJP hacia el régimen especial por sus afiliados, y las provincias por las personas sin cobertura –que es la mitad de la población del país–. A diferencia de Holanda y Uruguay, en Argentina, las posibilidades efectivas de ser implementado son limitadas, por el carácter federal del país. Si bien esta es una limitación transversal a cualquier iniciativa que busque la universalidad horizontal –y de hecho se plantea aquí como una restricción para cualquier alternativa que se adopte– en el caso de esta alternativa en particular adopta una dimensión especial dado que se enfrenta una fuerte restricción política para avanzar de manera rápida hacia la universalización total. El punto débil de esta alternativa es que tiene como requisito la universalidad horizontal lo cual se contradice con la restricción política fundamental señalada.

Desde la perspectiva de la consistencia financiera, el esquema es vulnerable al desequilibrio. Este tipo de seguro único estatal tiende a teñirse de compromisos políticos para brindar cada vez mayores prestaciones e incorporar adelantos tecnológicos lo que lo convierte en un objetivo muy apetecible de captura por

parte de grupos de interés influyentes (prestadores médicos especializados, laboratorios, productores o importadores de tecnología médica, etc.). Cuando el seguro es capturado, se convierte en una fuente de alimentación de expectativas en torno a los “milagros” de la medicina para inducir la incorporación masiva de tecnología que termina generando una “inflación de costos” muy difícil de administrar. Como contracara, las preocupaciones por las fuentes de los recursos tienden a ser relegadas máxime en un esquema como el argentino donde las provincias deberían responder por los aportes correspondientes al 45% de la población (que son las personas sin cobertura). Siendo el fondo de carácter estatal y de jurisdicción nacional, un esquema que signifique la transferencia explícita de recursos desde las provincias para financiar déficits financieros de la nación es poco viable. A la tendencia natural de estos esquemas de disociar la definición de las prestaciones de las posibilidades reales de generación de recursos, se suma entonces la relación inestable que hay en Argentina en los manejos financieros entre la nación y las provincias.

Si se supusiera por un momento que fuese posible instrumentar un esquema institucional en donde la transferencia financiera desde las provincias a la nación por las personas sin cobertura se hace de manera implícita (a través de fondos retenidos de la coparticipación federal, por ejemplo), la iniciativa se debilita desde la perspectiva de la viabilidad política, ya que generaría fuertes resistencias para su sanción por parte los representantes de las provincias en el Congreso Nacional y sería altamente probable que, de lograrse, su sanción sea bajo concesiones financieras (hacia las provincias) que neutralizarían las pocas chances que un esquema de este tipo tiene en lograr consistencia financiera.

Analizando la alternativa en la perspectiva de la simplicidad y la transparencia en la regulación y el control, el hecho de que se trate de un seguro de naturaleza estatal (o semi-estatal en el mejor de los casos) que deberían ser controlado por otro ente estatal, arroja serias dudas sobre su eficacia en consideración de la particular debilidad institucional del país para administrar dispositivos regulatorios que prevengan la corrupción. Las regulaciones y el ente de control tendería a ser un dispositivo complejo porque al ser un seguro de tipo monopólico y estatal o semi-estatal, en el fondo, se trata de una institucionalidad donde el Estado deberá controlarse a sí mismo. Es posible pensar en entes de control social de carácter independiente conformados por organizaciones de la sociedad civil (usuarios, ONGs, defensores del pueblo, etc.), sin embargo, la experiencia muestra que la efectividad en el control por parte de este tipo de iniciativas tiende a ser muy reducida. Estas iniciativas civiles tienen resonancia mediática en sus reclamos pero no son efectivas para prevenir acciones que vayan en detrimento de la buena administración y la defensa de los intereses de los usuarios. Suelen actuar cuando el daño está hecho. En un país con una débil institucionalidad regulatoria y con serios problemas de transparencia, esquemas de este tipo pueden derivar en un dispositivo perverso que termine alimentando la corrupción.

Los seguros colectivos de tipo monopólicos son una opción para países con una organización que tienda más al centralismo que al federalismo y, además, por el poder que significa concentrar una masa importante de recursos en un ente estatal, requiere de países con instituciones sólidas y larga tradición de honestidad y transparencia. En países como la Argentina donde la institucionalidad regulatoria es débil, un esquema en donde el Estado debe regularse y controlarse a si mismo potencia los riesgos de mala administración y corrupción. Además, la tentación que generan estos seguros monopólicos a prácticas de corrupción o de captura por parte de grupos de interés es tan grande que hace excesivamente complejo el establecimiento de regulaciones apropiadas y el ejercicio de controles efectivos.

Alternativa II: seguro colectivo de tipo competitivo

Una variante en el enfoque de seguro colectivo podría ser la de reemplazar la naturaleza monopólica por la naturaleza competitiva. Instrumentalmente se podría definir un marco regulatorio apropiado (hoy inexistente) que garantice la efectiva cobertura de los riesgos de enfermedades catastróficas poniendo énfasis en las reservas y los requisitos de solvencia. Luego, como una opción, abrir la puerta a que los seguros de salud puedan recurrir a la contratación de seguros especializados en riesgos catastróficos como una herramienta alternativa para delegar la responsabilidad de cumplir con las reservas y los requisitos de solvencia.

La contratación por parte de las obras sociales y prepagas de estos seguros de riesgos catastróficos sería similar al que hoy hacen las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) con los seguros colectivos de vida para delegar el riesgo de incapacidad, muerte y sobrevivencia de sus afiliados. A diferencia de las AFJP –donde la regulación exige que la contratación sea por medio de compulsas públicas–, la contratación sería voluntaria y de negociaciones libres entre los seguros y las aseguradoras de riesgos catastróficos. Las pólizas otorgarían un capital por las personas que sufran una enfermedad de esta naturaleza cuyo monto sería asimilable al valor presente del costo de las prestaciones que demanden esos pacientes, o bien, podría ser un complemento en la medida que los seguros de salud (obras sociales o prepagas) estén en condiciones de demostrar reservas y condiciones de solvencia por la diferencia entre lo que cubre la póliza y el valor presente estimado del costo de la enfermedad.

Las ventajas de un esquema con estas características son varias. Desde el punto de vista de la universalidad, sin bien no sortea la restricción de que el sistema sigue estando condicionado a la voluntad de las provincias, al menos, es relativamente simple de implementar en forma semi-universal y de manera rápida, limitado sólo a nivel nacional a través de una regulación que establezca que los seguros que brinden cobertura a afiliados del Sistema Nacional del Seguro de Salud deben contar con reservas suficientes y requisitos de solvencia para garantizar los costos de las enfermedades catastróficas. A partir

de una regulación de este tipo, los agentes del sistema tienen la opción de cumplir por sí mismos con dichos requisitos o recurrir a la cobertura del seguro especializado. La simplicidad se refuerza por el hecho de que proliferan seguros que comercializan estas pólizas a nivel internacional y en Argentina.

También es una ventaja la relativa facilidad para lograr consistencia actuarial bajo la premisa de que el capital asegurado –al poder actuar como un complemento financiero– puede ser ajustado en consonancia con la capacidad y voluntad de pago de los seguros. Esta flexibilidad en la definición del beneficio facilita la consistencia financiera e inclusive potencia las posibilidades que brindan los esquemas de seguro de vida con adelanto de capital ante la eventualidad de enfermedad catastrófica que fue descrito en la sección de la experiencia internacional.

Los requerimientos para su regulación también son relativamente simples y los mecanismos de control transparentes y aplicables. Hay muchos precedentes de este tipo de seguros en el mundo, en particular, en países desarrollados con una robusta institucionalidad regulatoria y mecanismos eficaces de control. Además, sus diseños no difieren mucho de los seguros de vida con lo cual es posible asumir que en el país hay capacidades institucionales para generar un marco regulatorio apropiado y simple, y un entorno de control razonablemente eficaz.

La desventaja son los incentivos. Con este tipo de esquema se genera una alta restricción a la movilidad del individuo que contrajo la enfermedad. Piénsese que si el seguro de salud (obra social o prepaga) recibe un capital por la persona que enferma, la persona queda cautiva de ese seguro. Si además – como se asume– los hospitales públicos provinciales continúan funcionando como prestadores de “puertas abiertas”, bajo la premisa de que la incorporación de las provincias ocurrirá con posterioridad en una segunda etapa, los seguros de salud no habrían sufrido ningún cambio de reglas desde el punto de vista de los incentivos. Hasta es posible que se potencien los incentivos hacia la desatención (o en el mejor de los casos, a involucrarse lo menos posible con el problema del paciente) si, además de seguir contando con la contención “de hecho” que da el hospital público, se cuenta con una entrada adicional de recursos dado por el capital asegurado. Podría pensarse en un esquema donde el capital asegurado sea propiedad del paciente y que el seguro actúe como un administrador fiduciario, pero significaría modificar estructuralmente la naturaleza legal y operativa de los seguros de salud (obras sociales/prepagas) eliminando las ventajas de su simplicidad de implementación sin garantizar que las prestaciones sean suficientes, oportunas y de calidad dado que se trata sólo de una cobertura financiera.

Esta desventaja es importante y arroja luz sobre la importancia de los incentivos que el cambio debe traer aparejado. Dado que una de las raíces del problema de la desatención de las enfermedades catastróficas en Argentina –la posibilidad de descargar en el hospital público los tratamientos más costosos– se mantendrá por un tiempo, es imprescindible que en el nuevo diseño se

coloque especial cuidado en evitar que los seguros de salud recurran a esta posibilidad y generar los mecanismos adecuados para que, además de cobertura financiera, también haya elementos que faciliten la fijación de reglas y los controles en las prestaciones que los pacientes vayan a recibir si contraen una enfermedad catastrófica. Este aspecto es central al objetivo de que la cobertura sea *efectiva* en el sentido de suficiencia, oportunidad y calidad de las prestaciones que el esquema otorgue. Para ello se indaga entonces una alternativa superadora que, a la cobertura financiera de esta Alternativa II, se le suma un mecanismo de administración de prestaciones médicas para enfermedades catastróficas, que sería la Alternativa III.

Alternativa III: seguro colectivo de tipo competitivo con red de prestadores especializados en prestaciones médicas para enfermedades catastróficas

A la lógica de la alternativa anterior, que se basa en la idea de establecer requisitos de solvencia para los riesgos catastróficos y dejar abierta la puerta para que los seguros opten por cumplir por sí mismos con dichos requisitos o delegar estos compromisos en una entidad especializada, en esta alternativa se adiciona un mecanismo de administración de prestaciones médicas. El precedente más cercano es el caso de las ISAPREs de Chile que, además de haber organizado un reaseguro para estos riesgos, han desarrollado una red de prestadores especializados con protocolos de tratamiento, reglas de acreditación y control de calidad que garantiza la mejor utilización posible de los recursos que se destinan a estas enfermedades.

En esta variante, el régimen especial operaría bajo un esquema competitivo donde actuarían entes especializados, con y sin fines de lucro, en un doble rol. En primer lugar, administrando riesgos catastróficos de las carteras formadas por las obras sociales y las prepagas. En segundo lugar, administrando y proveyendo, por sí o a través de terceros, todas las prestaciones médicas que demanden los pacientes catastróficos. Para esto último deberían constituir redes de prestadores especializados con normas de acreditación, control de calidad y protocolos de tratamientos. Las nuevas reglas deberían organizarse sobre tres pilares.

En primer lugar, un registro de entidades especializadas del régimen especial – administradoras de riesgos catastróficos– con requisitos legales y técnicos donde los más destacados serían: a) el objeto único; b) los requisitos de solvencia y reservas del régimen general²⁷; y c) una red de prestadores especializados, acreditados, con protocolos de utilización y un esquema de control de calidad en funcionamiento.

En segundo lugar, libertad de contratación, competencia entre administradoras de riesgos catastróficos y la posibilidad de que una administradora pueda

²⁷ Esto es muy importante porque se trata de que las administradores de riesgos catastróficas sean las entidades especializadas que “ayuden” a los seguros a cumplir con los nuevos requisitos de solvencia que se definirán para las enfermedades catastróficas en el régimen general.

delimitar su cartera de afiliados. Esta segunda regla es indicativa de que la esencia del régimen especial es garantizar el cumplimiento de los parámetros de solvencia y contar con una red de prestadores especializados, acreditados y con normas de calidad en funcionamiento; luego, los seguros del régimen general tiene la libertad para elegir cuál es la mejor forma. Pueden elegir una administradora de riesgos catastrófica de manera libre sin imposiciones de licitaciones públicas u otras formas de compulsas regulatoriamente impuestas²⁸, o pueden organizar su propia administradora de riesgos catastrófico creando una institución independiente del seguro general e inscribiéndola en el registro (lo cual implica contar con solvencia financiera y la red especializada de prestadores), e inclusive vender esos mismos servicios de administración de enfermedades catastróficas –con esta nueva institución– a otros seguros del régimen general. También pueden limitar la cartera de esta nueva administradora solamente a sus afiliados del seguro general. Lo central es que haya una regulación y un control *efectivo* de que los seguros de salud del régimen general cumplan con requisitos de solvencia y tengan una red especializada, acreditada y con normas de calidad en funcionamiento. La forma en que lo hacen es optativa²⁹.

En tercer lugar, la incorporación al régimen especial como administradora de riesgos catastróficos debe ser libre, sin otra restricción que los requisitos del Registro, evitando restricciones arbitrarias como las que hoy prevalecen en el Sistema Nacional del Seguro de Salud en la que se circunscribe la operación como agente del seguro sólo a entidades que cumplan con la figura de obra social. Este tipo de regulación que tiende a “proteger” a determinados actores (en general, bajo el argumento de su fin social sin fin de lucro) en detrimento de otros (en general, aquellos con fin de lucro), terminan perjudicando a los usuarios porque no evita que las entidades discriminadas se incorporen al régimen, y lo peor es que promueven que lo hagan de la forma más inapropiada, es decir, usando como “fachada” a uno de los entes autorizados lo que permite violar la restricción a la entrada y a toda otra regulación del sistema³⁰.

²⁸ Como es el caso de las AFJP que están regulatoriamente obligadas a contratar mediante compulsas públicas una compañía de vida, y en la práctica terminan contratando una compañía asociada al mismo grupo asegurador.

²⁹ Esta regla que da la opción a los seguros del régimen general a contratar o actuar como administradora de riesgo catastrófico –y vender servicios como tal o centrarse en su propia cartera– tiene un efecto colateral positivo, y es que los nuevos operadores que se incorporen como administradoras de riesgos catastróficos deberán generar una oferta atractiva para que los seguros del régimen general opten por contratar un tercero para la gestión catastrófica, en lugar de erigirse ellos mismos como entes de gestión del régimen especial.

³⁰ El caso de las obras sociales es paradigmático. En 1996 se introdujo el proceso de desregulación en el Sistema Nacional del Seguro de Salud con la modalidad de abrir la competencia, pero limitada sólo a las obras sociales existentes, impidiendo el ingreso de nuevos operadores, en particular, las empresas de medicina privada. Los operadores privados igual entraron, sólo que detrás de la “fachada” de obras sociales existentes. Diez años después, se estima que aproximadamente 2 millones de afiliados a empresas prepagas provienen de personas que realizaron una opción de cambio a una prepaga a través de una obra social “fachada”. El principal problema que causó esta restricción regulatoria es que las empresas de medicina prepaga, al no estar incorporadas de manera directa en el sistema, tienen la posibilidad fáctica de “descargar” su riesgo –que en muchos casos son los catastróficos– en la obras sociales que utilizan como “fachada”, dado que ésta es la responsable legal ante el afiliado. Este es un

Desde el punto de vista de las funciones estas administradoras tiene un doble rol: asegurar carteras de afiliados (seguros de salud del régimen general) y administrar la reparación de siniestro que está dada por la atención médica continua a enfermos catastróficos. Los ingresos de las administradoras de riesgos catastróficos están dados por las primas que cobren por las carteras de afiliados; los egresos por la atención médicas de los enfermos catastróficos.

En este esquema se preserva la libertad de elección de los seguros de salud para elegir la administradora que reasegure su cartera con lo cual hay un incentivo correcto para que las administradoras se comprometan con una buena gestión dado que compiten por la totalidad de la cartera (las personas sanas y las enfermas). Para asegurar libertad de elección a los usuarios enfermos –que son los demandantes directos de los servicios– habría que establecer una regulación por la cual las administradoras deben contar con más de dos redes de prestadores especializados de forma tal que ante una desatención o una atención que no se ajuste a su satisfacción puedan elegir otro conjunto de prestadores dentro de la misma administradora. En este sentido, el esquema respeta la libertad de opción de los pacientes, algo que no está presente en los otros dos esquemas y que da fuerza como institucionalidad propicia para una gestión responsable de las enfermedades catastróficas. Este elemento, junto con la restricción de delegar espúriamente en el hospital público, es central para evitar conductas perversas de quienes tienen la responsabilidad por la atención de los pacientes catastróficos.

Otro aspecto a tener en cuenta es que se trata de una figura nueva –administradora de riesgos catastróficos– hoy no existente. Sin embargo, podría ser llevada adelante por muchos actores que hoy sí cumplen este rol, aunque de forma parcial e imperfecta.

En primer lugar, las propias obras sociales. Actualmente, obras sociales de envergadura están en condiciones y brindan estas prestaciones gracias a su escala, la experiencia que tienen contratando prestadores especializados, estableciendo criterios (protocolos) de tratamiento, haciendo auditoría de utilización y generando información sobre gasto de este tipo de enfermedades. Estas capacidades, desarrolladas de manera informal y exigida más por la realidad que por las regulaciones, son un acervo que puede ser mucho mejor aprovechado con mejores reglas de juego. Actualmente, la ausencia de requerimientos de reservas y criterios de solvencia para hacer frente a los riesgos catastróficos, más la posibilidad de transferir responsabilidades al hospital público, constituyen una penalización para la obra social que se preocupa por las enfermedades catastróficas porque implica competir en condiciones desiguales con obras sociales que relegan dichas obligaciones al hospital público. El diseño del régimen especial apunta, precisamente, a generar un entorno regulatorio donde la regla sea la solvencia técnica y financiera para hacer frente a las enfermedades catastróficas –sin posibilidades de “delegar” en el hospital público– y las obras sociales que tengan estas

buen ejemplo de lo que no hay que hacer. Procurar restringir regulatoriamente la entrada de un agente que igualmente entrará por vías subrepticias termina perjudicando a los usuarios porque se permite en los hechos la entrada de un agente que termina operando sin cumplir con las regulaciones del sistema.

capacidades lo sigan haciendo e, inclusive, puedan brindar el servicio a otras obras sociales de menor envergadura o solvencia.

Un segundo actor importante para actuar en este régimen especial son las empresas de medicina prepaga que, en sus planes más altos, tienen estos beneficios, administran una importante cantidad de casos acumulando experiencia y conocimientos, e inclusive muchas de ellas tienen prestadores propios donde gestionan pacientes catastróficos con un alto estándar de calidad. Pero al igual que las obras sociales están sujetas a reglas de juego donde la buena gestión en este tipo de prestaciones no se “premia” sino que es un costo que malogra la competitividad. La inexistencia de requerimientos de reservas y la posibilidad de contar con el hospital público –al igual que lo que ocurre en el segmento de las obras sociales– se convierte en una ventaja para quienes desatienden estas enfermedades. El cambio de reglas en la dirección que aquí se propone eliminaría esta situación.

Un tercer actor son las aseguradoras que comercializan pólizas de vida. Estas compañías han desarrollado conocimiento en la gestión de riesgos actuariales que pueden complementar con conocimiento de las ramas de siniestros catastróficos. Algunas ya incursionan de manera pujante, aunque todavía incipiente, en el área de los seguros voluntarios para enfermedades catastróficas. Sus ventajas son la disponibilidad de datos siniestros, la organización administrativa y su alta adaptabilidad para entornos de competencia. No tienen experiencia en la gestión de prestaciones médicas pero éste es un espacio que puede ser complementado por actores internacionales con experiencia, conocimiento y capacidad de gestión en sistemas similares, como es el caso de Chile con su sistema de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), y, más importante aún, por el vasto complejo médico-prestador especializado en el tratamiento de enfermedades catastróficas que tiene la Argentina, y que es uno de los más importantes de Latinoamérica.

Pero sin dudas que los actores más importantes son los prestadores médicos especializados en enfermedades catastróficas. El complejo médico-prestador argentino es uno de los más modernos y avanzados de la región y, a pesar de las múltiples fallas del sistema asegurador, cuentan con un acervo de conocimientos y tecnología que hace posible pensar en la conformación de redes especializadas en gestión catastrófica. Estos prestadores están en condiciones, en base a reglas de juego adecuadamente definidas, de desarrollar y perfeccionar técnicas de manejo del paciente catastrófico, normas de acreditación y de control de calidad y protocolos de tratamientos. Se trata de componentes claves para poner en funcionamiento un sistema especial de prestadores de alta complejidad dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En suma, de este recuento somero de posible actores aparece que lo innovativo del cambio no es una desventaja importante dado que Argentina cuenta con recursos humanos y tecnológicos necesarios para llevarlo adelante. Más importante aún, el cambio de reglas beneficiaría a estos actores que, a pesar de la perversidad del actual sistema, han desarrollado una importante

infraestructura tecnológica y de conocimientos para el tratamiento catastrófico. Si no existiera este conjunto de obras sociales, empresas prepagas y seguros convencionales que desarrollan informalmente y con regulaciones inapropiadas la gestión de riesgos catastróficos, y el desarrollado complejo médico-prestador especializado en tratamientos de muy alta complejidad, un diseño de estas características generaría dudas sobre su viabilidad. Estos actores son los que hoy, a pesar de las reglas inapropiadas, dan prestaciones catastróficas a la parte de la población que las recibe y serían los artífices del cambio.

La institucionalidad del control en este esquema debería ser compartida. El ente de control natural es la actual Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación y ente de control del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sin embargo, sería conveniente organizar el esquema de control involucrando en los aspectos que hacen a la definición y aplicación de los requisitos de reservas, solvencia y respaldo actuarial del régimen especial a la Superintendencia de Seguros de la Nación.

La complejidad regulatoria y controladora que exige este doble rol que asumen las administradoras de riesgos catastróficos del régimen especial (asegurador y prestador) más las capacidades institucionales y los criterios de economía de especialización hacen recomendable un esquema de control compartido. Bajo esta lógica, los aspectos sustanciales que hacen a las prestaciones médicas y a la atención de los usuarios finales (las personas) deberían ser facultades de la Superintendencia de Servicios de Salud, y los aspectos técnicos-actuariales, reservas y requisitos de solvencia de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Un esquema de este tipo tiene un precedente que ha mostrado funcionar con resultados positivos. En el Sistema sobre Riesgos del Trabajo los aspectos que hacen a la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios que brinda el sistema son controlados por la Superintendencia de Riesgos de Riesgos del Trabajo (SRT) y el control de los requisitos de solvencia técnico-actuariales de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) es responsabilidad de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Sintetizando, las ventajas de esta Alternativa III es que posibilita una implementación semi-universal delimitada al Sistema Nacional del Seguro de Salud de manera rápida, posibilita mantener la libertad de elección del paciente enfermo dado que habrá un sistema de redes de prestadores médicos especializados en la gestión de su enfermedad y hace coordinar el trabajo entre aseguradores especializados y prestadores especializados generando un cruce de intereses que, con una buena regulación, canaliza lo mejor de cada uno en favor del usuario³¹. Un buen marco regulatorio y la efectividad del control del Estado –como en todo mecanismo competitivo– son decisivos, sin embargo, el esquema exige en principio capacidades institucionales que los entes de control existentes tienen o pueden desarrollar en corto tiempo.

³¹ El seguro especializado tenderá a hacer el uso más racional posible de los recursos de cada paciente y los prestadores a brindar la mayor cantidad posible de servicios. Sin perjuicio de estos intereses cruzados, no se puede prescindir de regulaciones que impidan o minimicen las conductas de colusión que lleven a un equilibrio no deseado. A modo de ejemplo, contratos de riesgo por el cual el asegurador establece que los recursos que el prestador ahorre son parte de su remuneración, sin control por parte de un tercero de la calidad médica y la satisfacción del paciente, tienen un alto riesgo de terminar en sub-prestación.

Las desventajas aparecen por el lado de la consistencia actuarial. El régimen especial ya no puede circunscribirse a ser un mero mecanismo de cobertura financiera de riesgos catastróficos –pudiendo inclusive hasta actuar como complemento financiero–, sino que necesariamente exige que los recursos sean suficientes para la gestión integral del paciente enfermo hasta su muerte. Esto incorpora una alta dosis de incertidumbre en torno al valor presente del costo que la gestión del paciente enfermo puede involucrar y de los recursos disponibles para financiar este régimen especial.

Sin embargo, es precisamente la particularidad del diseño que ensambla los dos roles –el aseguramiento especializado y la prestación especializada– el que genera las condiciones para que los propios actores definan con precisión, en función de los recursos disponibles, las enfermedades cubiertas, las condiciones de accesibilidad a los tratamientos (protocolos) y las condiciones de provisión de los tratamientos (normas de acreditación y control de calidad).

¿Cómo actuaría el INSSJP bajo las nuevas reglas de juego?

Un elemento sensible de un sistema de cobertura de riesgos catastróficos en Argentina la constituye el INSSJP porque concentra la mayor carga de estas enfermedades a causa de la regla de cobertura del sistema de salud. En particular, al ser la institución que se especializa en la cobertura de los jubilados, concentra a las personas adultas mayores que constituyen el segmento de población donde mayormente se producen este tipo de enfermedades.

Este factor tendería a disiparse con la reforma porque la regla establecería que las personas en edad activa que contraigan una enfermedad catastrófica quedarían cubiertas por el régimen especial de manera indefinida. De esta forma, el INSSJP dejaría de tomar la responsabilidad por estos casos y pasaría a ser el seguro de los jubilados por las personas que no tengan una enfermedad catastrófica el momento de jubilarse. En el mediano plazo se disminuye así una parte de la excesiva carga financiera del INSSJP.

De todas formas, el factor concentrador de riesgos desaparece de manera parcial porque todavía preserva la cobertura de adultos mayores que se jubilan sin haber contraído la enfermedad (o sin haberse manifestado al momento de jubilarse) pero que no dejan de ser un segmento con una propensión mayor que el resto de la población a contraerla. Sin embargo, estas personas estarían cubiertas por el régimen especial.

Una regla muy importante en este último sentido es que, si el INSSJP opta por actuar como administradora del régimen especial, es altamente recomendable que lo haga sólo por su propia cartera, excluyendo la posibilidad de que compita con las otras administradoras por otros pacientes. Esto tiene dos motivos. El primero es político y tiene relación con la naturaleza que se le

imprime al INSSJP de ser el seguro de los jubilados. Lo mejor es que, de actuar en el régimen especial, se concentre en los pacientes catastróficos que son jubilados y afiliados al INSSJP.

El segundo –que es fundamental– es que se debe evitar que en el nuevo régimen se reproduzca con otro actor estatal la regla de delegación espuria que los seguros hacen sobre el hospital público. La experiencia de Argentina y de otros países (Giordano y Colina, 2000) demuestra que la presencia de una institución estatal “compitiendo” con agentes privados en un entorno de alto riesgo –como es la administración de recursos para enfermedades catastróficas– hace que ineludiblemente los agentes privados encuentren las formas (legales o informales) para canalizar los mayores riesgos hacia el ente estatal y preservar los casos más simples que, por simples, son los más rentables. Lo que hoy sucede con el hospital público, en definitiva, es este fenómeno donde los seguros encuentran las formas a través de una diversidad de mecanismos y conductas de dirigir a los pacientes catastróficos hacia el hospital público.

2. LA TRANSICIÓN

La transición es una etapa ineludible que se produce con toda reforma de carácter estructural. Esta dada por el tratamiento que se debe dar a aquellas personas que demandan los beneficios del nuevo sistema habiendo aportado al sistema anterior. En realidad, el problema se genera porque el sistema en la actualidad opera con un esquema de reparto puro de manera que los seguros de salud –obras sociales y empresas de medicina prepaga– no generan con parte de sus ingresos una reserva para afrontar los gastos que en el futuro van a generar las personas a las que se le diagnosticó una enfermedad catastrófica. Si existieran estas previsiones la transición no sería un problema porque sus prestaciones estarían financiadas. Como esto no sucede, se produce un problema similar al que se plantea cuando se pasa en el sistema previsional de un régimen de reparto a otro de capitalización.

La transición puede ser explicitada. Esto sería el caso en que los pacientes con una enfermedad catastrófica diagnosticada pasan al ámbito de cobertura de las administradoras de riesgos catastróficos y alguien se hace cargo de cubrir la brecha financiera que se origina porque no se hicieron las previsiones correspondientes. La otra alternativa es una transición implícita o solapada.

Este sería el caso en que los enfermos se mantienen en los seguros generales (es decir, no pasan a las administradores de riesgos catastróficos) de manera que su incidencia vaya desapareciendo con el recambio generacional. El problema financiero no desaparece ya que los seguros generales estarían sometidos a la demanda que les imponen las administradoras de riesgos catastróficos (que incluye el valor presente de cada afiliado que se espera sufra una enfermedad catastrófica) mientras que deberían seguir pagando las

prestaciones de los pacientes a los que ya se les había diagnosticado una enfermedad al momento de la reforma. Desde el punto de vista financiero, en ambos casos el problema es el mismo y requiere un tratamiento especial.

Sería recomendable que la transición sea explicitada para así prever el costo futuro de las prestaciones que demandan los actuales pacientes catastróficos y poder erradicar desde el inicio y por completo la regla de utilizar el hospital público como recurso de última instancia. De esta forma, los beneficios del cambio son perceptibles desde el mismo momento que la reforma comienza a operar, en particular, para las autoridades provinciales que son una de las beneficiarias políticas del nuevo régimen especial dado que dejarían de atender con los recursos del hospital público a los enfermos catastróficos de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Esto es importante porque son los actores que hay que atraer para que opten por incorporarse al Sistema Nacional del Seguro de Salud y avanzar en la dirección de la universalidad.

En lo conceptual, la explicitación consiste en calcular el valor presente de los futuros gastos que demandarán las personas enfermas al momento en que comienza a funcionar el nuevo sistema e identificar la fuente de financiamiento. Desde lo operativo hay que definir un esquema bajo el cual los nuevos operadores se harán cargo (o no) de atender estos pacientes. Por los enfermos catastróficos de transición de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga se puede prever un esquema en el cual las entidades preservan la responsabilidad con una transferencia desde el Estado por la diferencia entre el valor presente anualizado de los recursos necesarios para su atención y la capita promedio de la institución. En estos casos, las propias obras sociales o empresas prepagas pueden optar por delegar dicha atención (con los recursos de transición) a las administradoras de riesgos catastróficos que tengan contratada, o bien manejarse con los parámetros anteriores a la reforma. Para estas entidades la transición no plantea un desafío tan importante porque la cantidad de casos a atender es sustancialmente menor dada la estructuración de los riesgos actuales en donde gran parte de estos riesgos se deriva, por la actual regla de cobertura, al INSSJP.

La transición para los pacientes catastróficos del INSSJP requiere mayores recursos que para las obras sociales y las prepagas. El INSSJP puede preservar su responsabilidad por la atención de estos pacientes (bajo los mismos parámetros o parámetros nuevos si el INSSJP así lo decide) para lo cual debería preservar también la parte de los actuales recursos que se corresponden con esta atención. Sin embargo, los recursos que se le deben asignar no es el actual valor per capita sino un valor presente de lo que estos pacientes demandarán en promedio multiplicado por la cantidad total de pacientes de la transición menos la capita promedio del INSSJP. Este monto resultará en una suma muy considerable aunque puede ser desembolsado mediante pagos anuales.

3. LA INCORPORACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES Y LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Finalmente, para cerrar este capítulo, un aspecto central para que el régimen especial sea un esquema universal es la incorporación de los empleados públicos de las provincias y las personas hoy sin cobertura al Sistema Nacional del Seguro de Salud. Ambos segmentos representan más de la mitad de la población.

Como ya se señaló, la principal restricción es institucional porque las provincias tienen facultades constitucionales para administrar sus servicios de salud y, por lo tanto, su eventual incorporación es optativa. Nunca hubo acciones concretas y efectivas desde la nación para convocar la adhesión de los sistemas provinciales y tampoco el sistema nacional ha funcionado satisfactoriamente como para ser una opción válida y atractiva. Este es uno de los ejes de la segmentación principal del sistema de salud argentino.

Asumiendo que el régimen especial funcione con parámetros de calidad razonables y recursos suficientes, prescindiendo, como se espera, de la perversa regla que lleva a los seguros a descargar sobre el hospital público los casos más costosos, el escenario para las provincias debería ser más favorable, aún cuando no adhieran al régimen, dado que deberían contar con mayores recursos (en forma de mayor capacidad instalada en los hospitales públicos). Sin embargo, el problema no termina con la mayor disponibilidad de capacidad sino que pone al descubierto el otro problema, que es la deficiente gestión de los hospitales públicos. En esta doble perspectiva, la adhesión al Sistema Nacional del Seguro de Salud puede erigirse como una opción atractiva porque sería el principio de la solución para ambos problemas.

Una alternativa de incorporación sería plantear, por un lado, la transferencia de los empleados públicos y los hoy sin cobertura al Sistema Nacional del Seguro de Salud, simplificándose para las autoridades provinciales el problema dado que las responsabilidades pasarían a ser del sistema nacional. Este sería un caso asimilable a la transferencia de las cajas previsionales provinciales al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Por el lado de los hospitales públicos no sería necesario su transferencia a la órbita nacional, ni algo similar, sino que podrían seguir siendo de propiedad provincial, con una mayor autonomía de gestión dado que no estaría en riesgo la salud de las personas sin cobertura –la mayoría de los cuales son carenciados–, actuando como un prestador más de la comunidad proveyendo servicios pagados por el Sistema Nacional del Seguro de Salud en sus dos regímenes (el general y el especial).

Esta sería una hipótesis de “máxima” dado que implica la transferencia de la cobertura de las personas sin cobertura y de los empleados públicos, y colocar al hospital a operar como un prestador más dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud, aunque manteniendo la propiedad estatal y provincial (como si fuese una empresa pública).

Una alternativa más moderada podría ser la incorporación de las personas sin cobertura y los empleados públicos sólo al régimen especial. La alternativa es técnicamente más simple y políticamente más viable dado que no implica una transferencia tan tajante de facultades y responsabilidades sino que se instrumenta con la mera contratación por parte del Estado provincial de una administradora de riesgos catastróficos en la misma forma en que muchas provincias hoy contratan una Aseguradora de Riesgos del Trabajo. Esta alternativa simple de incorporación provincial al sistema nacional ilustra otra ventaja adicional que daría un esquema de régimen especial con el diseño propuesto en esta Alternativa III. Brinda una alternativa de adhesión a las provincias que políticamente aparece muy viable que consiste en permitir a las obras sociales provinciales y los hospitales públicos mantener su actual rol pero concentrados en las enfermedades no catastróficas. El sistema provincial cumpliría el rol del régimen general y el régimen especial sería el del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Es más, la transferencia ni siquiera exige que sea por el total de la población bajo cobertura de las provincias –empleados públicos provinciales y personas sin cobertura de salud– sino que podría comenzar con los empleados públicos, por ejemplo, y en función de cómo funcione la cobertura esta adhesión parcial, avanzar hacia la adhesión por el otro segmento de la población. Esta posibilidad de opción parcial y progresiva agrega otro condimento de viabilidad política a la adhesión de las provincias por parte de la Alternativa III.

4. BREVE SÍNTESIS DEL ESQUEMA PROPUESTO

El objetivo es asegurar accesibilidad real a las personas que sufren enfermedades catastróficas a las prestaciones que las regulaciones establecen como derechos, pero que en la realidad no se cumplen en su integralidad y/o en las condiciones estipuladas. Con ello se busca garantizar prestaciones suficientes, oportunas y apropiadas para el tratamiento de enfermedades catastróficas y, tan importante como esto, sentar las bases para perfeccionar el funcionamiento general de los seguros de salud dado que un mecanismo institucional especial para las enfermedades catastróficas mejorará sustancialmente la consistencia actuarial de las enfermedades no catastróficas. De esta forma, el impacto positivo es para ambos tipos de enfermedades: catastróficas y no catastróficas. Las metas de política para alcanzar estos fines son la universalidad de la cobertura, la consistencia financiera, la libertad de elegir para los pacientes con enfermedades catastróficas y las regulaciones simples y transparentes, con controles efectivos.

La alternativa más conveniente sugiere preservar el actual Programa Médico Obligatorio (PMO) para mantener derechos vigentes y reorganizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661) en función de dos regímenes: un régimen general y un régimen especial. El régimen general cubre todas las enfermedades del PMO, con excepción de las catastróficas. El régimen

especial cubre las enfermedades catastróficas que están en el PMO. La regla de cobertura sería que todas las personas están cubiertas por el régimen general, hasta que contraen una enfermedad catastrófica. A partir de este momento, el régimen especial comienza a operar.

En el régimen general se estipulan regulaciones para la constitución de reservas y requisitos de solvencia, y se erige un régimen especial donde entidades especializadas cumplen con dichos requisitos. Estas entidades actuarían como administradoras de riesgos catastróficos, con y sin fines de lucro, cumpliendo un doble rol: a) administrar riesgos catastróficos de carteras formadas por los seguros del régimen general; y b) administrar y proveer, por sí o a través de terceros, todas las prestaciones médicas que demanden los pacientes catastróficos. Para esto último deben constituirse redes de prestadores especializados con normas de acreditación, control de calidad y protocolos de tratamientos.

El régimen especial tendría un registro de administradoras de riesgos catastróficos, con requisitos legales y técnicos donde los más destacados serían: a) el objeto único; b) los requisitos de solvencia y reservas del régimen general³²; y c) una red de prestadores especializados, acreditados, con protocolos de utilización y un esquema de control de calidad en funcionamiento. El funcionamiento estaría sujeto a varios parámetros.

En primer lugar, las administradoras de riesgos catastróficas aseguran carteras de afiliados (seguros de salud del régimen general) y administran la reparación de siniestro que está dada por la atención médica continua a enfermos catastróficos. Los ingresos de las administradoras de riesgos catastróficos están dado por las primas que cobren por las carteras, los egresos por la atención médicas de los enfermos catastróficos. En este esquema, se preserva la libertad de elección de los seguros de salud eligiendo la administradora que reasegure su cartera. Para asegurar libertad de elección a los usuarios enfermos –que son los demandantes directos de los servicios– la regulación establecería que las administradoras deben contar con más de dos redes de prestadores especializados de forma tal que ante una desatención o una atención que no se ajuste a su satisfacción puedan elegir otro conjunto de prestadores dentro de la misma administradora.

En segundo lugar, la libertad de contratación. Habrá competencia entre administradoras de riesgos catastróficos y la posibilidad de que una administradora pueda delimitar su cartera de afiliados, tras la idea de que la esencia del régimen especial es garantizar el cumplimiento de los parámetros de solvencia y contar con una red de prestadores especializados, acreditados y con normas de calidad en funcionamiento; luego, los seguros del régimen general tiene la libertad para elegir la mejor forma.

³² Esto es muy importante porque se trata de que las administradoras de riesgos catastróficos sean las entidades especializadas que “ayuden” a los seguros a cumplir con los nuevos requisitos de solvencia que se definirán para las enfermedades catastróficas en el régimen general.

La incorporación de las provincias –para alcanzar la universalidad de la cobertura– puede buscarse mediante la transferencia de los empleados públicos y las personas hoy sin cobertura al Sistema Nacional del Seguro de Salud (como fue la transferencia de las cajas previsionales provinciales al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones) y donde los hospitales públicos operarían como prestadores del Sistema Nacional, manteniendo la propiedad estatal y provincial. O bien, contratando una administradora de riesgos catastróficos en la misma forma en que muchas provincias hoy contratan una Aseguradora de Riesgos del Trabajo. En este caso, el sistema provincial cumpliría el rol del régimen general y el régimen especial sería común para ambas jurisdicciones. La transferencia incluso podría hacerse en etapas, con un primer paso donde pasarían al sistema nacional en su régimen especial los afiliados a las obras sociales provinciales –lo cual es más simple dado que están bajo un esquema de seguro de salud– y, en una segunda etapa, pasarían las personas sin cobertura de salud.

CAPITULO 4

LA CONSISTENCIA ACTUARIAL DE LA PROPUESTA: UN EJERCICIO NÚMÉRICO

En este capítulo se presenta un ejercicio de simulación en base a datos demográficos de la Argentina y tasas de uso de la experiencia internacional con el fin de demostrar las condiciones bajo las cuales el esquema propuesto en el Capítulo 3 es financieramente consistente. El diseño institucional propuesto es un esquema de fijación regulatoria de requerimientos de solvencia para las enfermedades catastróficas junto con la posibilidad de delegar dichos riesgos en administradoras de riesgos especializadas que tendrán por función cumplir con dichos requisitos. Estas administradoras actuarán en competencia y con libertad de negociación. Si bien desde esta perspectiva lo más recomendable es dejar que las tarifas sean determinadas entre los seguros y las administradoras (con regulaciones tendientes a evitar conductas no deseadas de “guerras” de precios o cartelización) en este capítulo se muestra un ejercicio numérico, no para determinar cuáles serían los precios que deberían prevalecer, sino para demostrar que, dado los recursos actuales del sistema de salud, el modelo propuesto es financieramente consistente desde el punto de vista global.

El capítulo se organiza en tres secciones. La primera analiza la consistencia actuarial del modelo funcionando en régimen. La segunda los costos de la transición entendidos como las necesidades de financiamiento de las personas que han enfermado con anterioridad a la reforma y que de alguna forma debe ser prevista su atención en el nuevo marco de reglas de juego. La tercera concluye con un resumen de los principales resultados.

1. LOS COSTOS DEL MODELO FUNCIONANDO EN RÉGIMEN

A fin de hacer una exposición lo más clara posible de los cálculos se comienza con una descripción sucinta de los pasos que se han seguido en la metodología para luego entrar en detalle sobre los cálculos y los resultados que arrojan. La metodología utilizada fue:

Primero. Se definen las prestaciones que estarán cubiertas por el nuevo régimen especial. Se trata de superar la mera enunciación para profundizar en una definición más taxativa que ayude a determinar

con precisión el momento a partir del cual una enfermedad catastrófica empieza a ser tratada por la administradora de riesgos catastróficos.

- Segundo. Se presentan las tasas de frecuencias de enfermedades catastróficas. Aunque en el país no hay información –al menos públicamente disponible–, la experiencia internacional es rica en datos actuariales. Un aspecto importante que no hay que perder de vista es que estas tasas son una derivación directa de la definición de las prestaciones. Las modificaciones en la definición de las prestaciones, modifican las tasas de frecuencias. Cuando no se encuentran tasas de la evidencia internacional, se recurre a aproximaciones en función de fuentes nacionales.
- Tercero. Se realiza una aproximación de la distribución etárea y por tipo de cobertura (obras sociales nacionales, prepagas, INSSJP, obras sociales provinciales y personas sin cobertura) de la población argentina. La idea es aplicar las tasas de frecuencias del punto b sobre esta distribución de la población para obtener el total de casos catastróficos por edad y tipo de cobertura.
- Cuarto. Se realiza un ejercicio de simulación para aproximar un valor monetario que refleje el costo total de tratar a un paciente catastrófico desde el momento en que la definición de prestaciones del punto a. pone la obligación en cabeza de la administradora hasta la muerte del paciente. Se trata de elegir algunos valores monetarios para los principales parámetros que definen el valor presente de los gastos promedio en que incurrirían las administradoras para atender a los pacientes catastróficos. La idea central de este punto es observar la viabilidad del modelo y dejar para otra instancia la discusión sobre el grado de realidad que estos montos guardan con lo que se observa en el mercado argentino, de forma tal que, discutido el modelo, luego se definan los parámetros definitivos para determinar el costo de las prestaciones. Sin perjuicio de lo cual se ha tratado de tomar valores y parámetros lo más cercanos a la realidad en la visión del autor y, además, en el punto g se modifican estos valores para analizar cómo varían los costos del régimen especial para enfermedades catastróficas.
- Quinto. Se obtiene una estimación del costo total del régimen especial con el producto entre el total de casos catastróficos (punto c) y el valor presente estimado del costo total de tratar cada paciente catastrófico (punto cuatro).
- Sexto. Con la estimación de los recursos totales anuales que dispone cada tipo de cobertura (obras sociales, prepagas, INSSJP, provincias) se obtiene una aproximación a la incidencia que tendrá el costo del

régimen de enfermedades catastróficas en los recursos actuales de cada vía de cobertura.

Séptimo. Se presenta un ejercicio de sensibilidad en el cual se van modificando los valores asociados a los costos de los tratamientos (punto d) para observar cómo varía la incidencia del régimen especial y así identificar algunas condiciones básicas de viabilidad del modelo propuesto.

La metodología apunta a ilustrar de una manera simple y metódica cómo la definición de las prestaciones (a partir de qué momento de contraída la enfermedad se hace cargo la administradora) determina las tasas de frecuencia y, con ello, la cantidad total de casos a cubrir; y cómo la definición financiera de las prestaciones (cuánto costará atender a los pacientes) determina, junto con la cantidad total de casos, el costo del régimen. Luego, comparando este resultado con los recursos existentes, saber si el modelo es financieramente consistente.

En este sentido, no se obtiene un precio para el seguro catastrófico sino datos y un método para observar si determinadas definiciones de prestaciones y costos son financieramente consistentes con los recursos existentes.

El ejercicio –además de facilitar la comprensión de la importancia que tienen las definiciones de las enfermedades y los costos en la consistencia del modelo– arroja luz sobre la importancia estratégica que tienen los criterios de gestión como los protocolos de tratamiento, los estándares de calidad y las reglas de coordinación de la red de prestadores dado que cuando la definición de las enfermedades y los costos resultan inconsistentes con los recursos disponibles, son estas reglas de gestión las que hacen la diferencia.

A. Primer paso. Definición de las prestaciones

El régimen especial estaría diferenciado del general por la definición que se haga de lo que se considerarán enfermedades catastróficas. En principio, las prestaciones de este régimen especial son todas las intervenciones médicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, estén o no relacionadas con la enfermedad principal, de los pacientes que sufran cáncer, SIDA, o que hayan sufrido un infarto o un accidente cerebro-vascular con secuelas, o requieran de un trasplante. Las personas, una vez que sufren una de estas enfermedades, pasan a estar cubiertas en toda su demanda de atención médica por el régimen especial.

En este diseño, lo importante es determinar con precisión el momento a partir del cual el seguro del régimen general deja de actuar para dar lugar al seguro del régimen especial. Aunque no hay mayores problemas para reconocer un caso de cáncer, infarto o accidentes cerebrovasculares, lo delicado es el límite de

responsabilidad entre un tipo y otro de seguro, cuando lo que está involucrado son sumas de dinero. Para establecer este límite se requiere de definiciones concisas y precisas, observables de forma clara y segura, de manera tal que dos profesionales con el mismo conjunto de información lleguen a la misma conclusión.

Esta tarea es compleja y amerita una discusión más profunda a nivel médico y académico, sin embargo, a efectos de ilustrar su significado y cómo juega dentro del método de cálculo de los costos del régimen especial se ensayará una primera definición de lo que se debería entender como enfermedad catastrófica cubierta por el régimen especial. Estas definiciones fueron extraídas de Baars y Bland (1994) y Ruiz Alcalde (1995) con excepción del límite de edad que se define en función de las características que adoptaría el régimen especial para el caso argentino.

- **Cáncer**

Presencia de crecimiento incontrolado y propagación de células malignas e invasión de tejido normal. Incluye leucemia, linfomas y enfermedad de Hodgkin. Quedan excluidos los carcinomas no invasivos, tumores localizados no invasivos que muestran cambios solo malignos tempranos y todos los cánceres de la piel con excepción de los melanomas malignos.

El diagnóstico debe ser confirmado por:

- a) Pruebas incontrovertibles de la invasión
- b) Histología definitiva que demuestre el crecimiento maligno.

La cobertura comprende desde el nacimiento hasta los 75 años de edad.

- **Infarto**

Muerte de una parte del músculo del corazón (miocardio) como consecuencia de la interrupción del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser confirmado por los siguientes tres requisitos:

- a) historia del dolor torácico típico
- b) cambios en el electrocardiograma
- c) elevación de las enzimas cardíacas por encima del 50%

El infarto debe haber sido detectado en un establecimiento de salud.
La cobertura comprende desde el nacimiento hasta los 75 años de edad.

- *Accidente cerebrovascular*

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con duración superior a las 24 horas.

Esto incluye:

- a) trombosis,
- b) hemorragia, o
- c) embolia de fuente extracraneal

Quedan excluidos los accidentes vasculares isquémicos transitorios y los accidentes reversibles.

El diagnóstico debe presentar evidencia inconfundible de déficit neurológico permanente y debe haber sido realizado en un establecimiento de salud. La cobertura comprende desde el nacimiento hasta los 75 años de edad.

- SIDA

Disminución del nivel de Linfocitos T CD4 por debajo de las 50 células por mililitro de sangre asociada a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La cobertura comprende desde el nacimiento hasta los 65 años de edad.

- Trasplante de órganos vitales

Trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas o riñón.

La cobertura comprende desde el nacimiento hasta los 65 años de edad.

Estas definiciones no pretenden ser definitivas sino ilustrar su importancia como delimitadores de responsabilidad. A modo de ejemplo, una persona puede haber presentado síntomas de dolores torácicos, incluso con modificaciones en el electrocardiograma, pero con aumentos leves de las encimas lo que llevaría a algunos profesionales a diagnosticar que ya se está en presencia de un infarto; sin embargo, según la definición adoptada, este caso todavía sería tratado en el régimen general. Lo mismo ocurriría con los tumores malignos pero sin evidencia de expansión o los accidentes cerebrovasculares con secuelas neurológicas que desaparecen dentro de las 24 horas. Lo mismo ocurriría, por ejemplo, para los casos de HIV positivo con CD4 por encima de 50. Estos casos, que bajo criterios estrictamente clínicos podrían entenderse como incluidos en la definición de lo que aquí se nombra como enfermedad catastrófica, serían todavía tratados en el régimen general hasta que cumplen con los requisitos definidos para ser consideradas enfermedades del régimen especial.

El límite a los 75 años para cáncer, infarto o ACV y 65 para SIDA y trasplantes significa que si la enfermedad ocurre con posterioridad a dichas edades no es el régimen especial el que la cubre sino el régimen general. La lógica responde a que después de estas edades el concepto de catastrófico de las enfermedades que se definen para el régimen especial se relativizan dado que los tratamientos dejan de ser tan costosos por el período de sobrevivencia que queda. Por el contrario, son otras las enfermedades que adoptan dicho carácter (salud mental, discapacidades motoras, hospitalizaciones prolongadas, etc.), que deben ser atendidas con sistemas del tipo *long-term care* tal como se definieron en el capítulo 1 de este estudio. Argentina no cuenta todavía con un sistema de estas características. Hasta tanto es, recomendable que para las personas que enferman con las afecciones del régimen especial después de los 75 o los 65 años, según corresponda, sean tratadas en el régimen general. Además de que estas enfermedades hayan dejado de ser financieramente catastróficas –por lo avanzado de la edad– también hay que considerar que el régimen especial como el aquí definido puede imponer incentivos perniciosos dado que se estarían promoviendo prácticas invasivas (cirugías, quimioterapias, etc.) en personas que tienen niveles bajos de resistencia e inclusive ya no la necesitan desde el punto de vista de su calidad de vida.

B. Segundo paso. Tasas de frecuencias

De Baars y Bland (1994) y Ruiz Alcalde (1995) se obtienen tasas de frecuencia y tasas de sobrevivencia a los 5 años de haber contraído la enfermedad, de uso común en la experiencia internacional referida a cáncer, infartos y accidentes cerebro-vasculares por edad. La principal ventaja de estos datos es que son consistentes con las definiciones arriba enunciadas. Los datos procesados y utilizados son:

Cuadro 1.
Tasas de frecuencia y probabilidades de sobrevivencia

Rango de edades	Infarto		Cáncer		Accidentes cerebro-vasculares	
	Frecuencia x 10.000	Prob. sobrevivencia 5 años	Frecuencia x 10.000	Prob. sobrevivencia 5 años	Frecuencia x 10.000	Prob. sobrevivencia 5 años
20 a 24	0,7	0,951	2,3	0,552	0,5	0,570
25 a 29	1,5	0,951	3,0	0,593	0,6	0,570
30 a 34	3,5	0,939	4,1	0,568	1,2	0,570
35 a 39	7,2	0,862	6,1	0,475	2,2	0,570
40 a 44	21,4	0,824	10,4	0,404	3,8	0,568
45 a 49	36,6	0,780	18,5	0,316	6,4	0,563
50 a 54	55,2	0,713	34,0	0,269	12,2	0,558
55 a 59	91,4	0,622	61,6	0,229	23,2	0,553
60 a 64	112,8	0,485	101,0	0,194	39,4	0,519
65 a 69	124,0	0,352	151,2	0,185	68,2	0,448
70 a 74	132,2	0,203	209,6	0,150	114,6	0,375

Fuente: Baars y Bland (1994) y Ruiz Alcalde (1995).

Para la incidencia de SIDA los datos son extraídos del "Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina" Número 24 - Diciembre 2005 (www.msal.gov.ar) correspondientes a los nuevos casos de SIDA reportados en el 2004, ajustados por una distribución etárea de la misma fuente. La fuente adolece de algunas limitaciones. En primer lugar, pueden estar subestimando la verdadera incidencia de la enfermedad dada la presencia de problemas de subdeclaración. En segundo lugar, no fue posible obtener datos de sobrevivencia por rango de edades de la misma fuente, sin embargo, se pudo obtener de Rezzónico (1999) en base a la experiencia de Medicaid de EEUU que la sobrevivencia de los enfermos tratados con SIDA varía entre 15 y 27 meses dependiendo de la severidad de la afección. En tercer lugar, si bien los eventos reportados aluden a enfermos de SIDA no hay certeza de que se trate sólo de enfermos con menos de 50 CD4, tal como se define la cobertura para el régimen especial. En todo caso, los efectos ocultos de estas limitaciones son cruzados, es decir, mientras algunos tienden a subestimar, otros tienden a sobreestimar. En términos generales son datos fehacientes de fuentes oficiales, útiles para aproximar el flujo anual de casos de SIDA que se estaría produciendo en Argentina.

Cuadro 2.
Tasas de frecuencia de SIDA

Edad	Población 2005 (en miles)	Casos SIDA	Tasa frecuencia x 1,000,000
0-4	3.329	62	18,55
5-9	3.419	18	5,16
10-14	3.456	9	2,55
15-19	3.361	106	31,49
20-24	3.225	273	84,77
25-29	3.268	335	102,55
30-34	2.733	326	119,41
35-39	2.399	265	110,31
40-44	2.261	132	58,51
45-49	2.119	97	45,79
50-54	1.976	62	31,25
55-59	1.722	44	25,60
60 y más	5.323	35	6,63
Total 2003	38.592	1.764	45,71

Fuente: elaboración propia en base a INDEC (2005)

Las tasas de frecuencia de trasplantes fueron obtenidas de la base de datos que se encuentra en el sitio web del INCUCAI correspondientes al año 2005. Sobre el total anual de trasplantes que se llevó a cabo en el 2005 se tomó el promedio ponderado de los diferentes tipos de trasplantes (riñón, hígado, corazón, renopancreático, hepatorenal, cardiopulmonar, intestinal y cardihepático) y se ajustó por una distribución etárea de la misma fuente.

Luego, se calcularon las tasas de incidencia con tasas de la población total. A diferencia de los casos de SIDA, estos datos son muchos más precisos porque al ser el INCUCAI el único organismo regulador y coordinador de los procedimientos involucrados (procuración, distribución e implante, manejo de listas de espera y regulación de los procedimientos para el mantenimiento de potenciales donantes cadavéricos, diagnósticos de muerte, acondicionamiento y transporte de los órganos, y seguimiento de pacientes trasplantados) tiene registrado todos los trasplantes que se llevan a cabo en el país. Además, como el objeto de análisis es la intervención, y no la enfermedad, es posible determinar con mayor justeza la tasa de incidencia dado que se trata de una elección binaria (se hizo / no se hizo), en cambio en la enfermedad entra a jugar el límite a partir del cual la enfermedad se entiende catastrófica pudiendo haber una variedad de situaciones en el entorno de dicho límite.

Cuadro 3.
Tasas de frecuencia de trasplantes

Edad	Población 2005 (en miles)	Casos 2005	Tasa de frecuencia x 1.000.000
0-4	3.329	28	8,4
5-9	3.419	28	8,2
10-14	3.456	36	10,3
15-19	3.361	36	10,6
20-24	3.225	22	6,8
25-29	3.268	22	6,7
30-34	2.733	33	12,0
35-39	2.399	33	13,7
40-44	2.261	96	42,6
45-49	2.119	96	45,5
50-54	1.976	134	67,8
55-59	1.722	134	77,8
60 a 64	1.449	145	100,0
65 a 69	1.221	145	118,6
70 a 74	1.035	89	85,8
Total	38.592	1.196	31,0

Fuente: elaboración propia en base a INCUCAI (2005)

C. Tercer paso. Distribución de la población

El tercer paso consiste en obtener una aproximación de la distribución etérea de la población por canal de cobertura. Estos datos se obtienen de la base de datos de proyecciones de población que realiza el Centro Latinoamericano de Desarrollo (CELADE, www.eclac.cl/celade) y la distribución etérea por tipo de cobertura se obtiene a través de aproximaciones con la Encuesta Permanente

de Hogares (EPH) del INDEC y de datos correspondientes a la población del INSSJP y de las obras sociales nacionales.

Se aplica el siguiente criterio:

- En primer lugar, se toma la población y la distribución etárea para el total del país del INDEC, que se presenta en la columna (6) del cuadro 4.
- Luego se toma la población por rango de edad del INSSJP que es un dato fehaciente proveniente de fuentes propias del organismo (INSSJP, 2001). Esta distribución se presenta en la Columna (1) del Cuadro 4.
- Para las personas con cobertura de obra social nacional, se toma la cantidad total aproximada de personas con cobertura de las obras sociales nacionales (9,16 millones de beneficiarios) y se aplica una distribución porcentual de los distintos rangos de edad para las familias compuestas por al menos un miembro trabajando en relación de dependencia en el sector privado, que son los afiliados a este tipo de obras sociales, y que se obtiene desde la EPH del INDEC para el último trimestre del 2005. El resultado es una aproximación de la distribución por rango de edad de la población con cobertura de obra social nacional y se presenta en la Columna (2) del Cuadro 4³³.
- Para la cobertura de prepaga se toma la población total y la estructura etárea de las personas que aparecen en la EPH con cobertura privada. Los resultados se presentan en la Columna (3).
- Luego, se procede a tomar la población total y la distribución etárea de las personas que en la EPH del INDEC figuran como personas sin cobertura de salud y se aplica sobre el número total de personas sin cobertura para obtener el resultado que se presenta en la Columna (5).
- Por diferencia entre la distribución etárea de la población total menos las Columnas (1), (2), (3), (5), se obtiene la aproximación a la distribución etárea de la población con cobertura de obra social provincial.

³³ En estos datos figurará que las obras sociales nacionales no cubren las personas mayores de 65 años dado que la regla de cobertura legal así lo establece. En la realidad hay jubilados que optaron por una obra social de activos, sin embargo, a los fines del cálculo éstos casos se toman como afiliados del INSSJP dado que el INSSJP transfiere las obras sociales el financiamiento correspondiente a estas personas.

Cuadro 4.
Distribución etárea de la población por tipo de cobertura
 Población urbana - En miles de personas

Rango de edades	INSSJP (1)	O. S. Nacional (2)	O.S. Provincial (3)	Prepaga (4)	Sin Cobertura (5)	Total (6)
Menores 4	14	755	502	167	1.892	3.329
5 a 9	36	809	390	155	2.029	3.419
10 a 14	72	883	399	179	1.922	3.456
15 a 19	120	824	409	200	1.809	3.361
20 a 24	47	801	118	255	2.004	3.225
25 a 29	11	922	357	242	1.736	3.268
30 a 34	17	842	457	180	1.238	2.733
35 a 39	34	776	436	169	984	2.399
40 a 44	37	672	390	155	1.007	2.261
45 a 49	55	617	391	176	879	2.119
50 a 54	92	551	285	196	852	1.976
55 a 59	158	432	218	165	750	1.722
60 a 64	288	280	243	128	511	1.449
65 a 69	499	-	340	85	297	1.221
70 a 74	629	-	209	49	150	1.035
75 a 79	532	-	176	31	74	814
Mas de 80	586	-	120	35	62	803
Total	3.227	9.165	5.440	2.564	18.195	38.592
Porcentaje	8%	24%	14%	7%	47%	100%

Nota: se presenta datos de población mayor de 75 a efectos de obtener un panorama de la población total, sin embargo, dicho segmento no entraría en la cobertura del régimen especial quedando cubierto por el régimen general (ver "Primer Paso. Definición de las prestaciones.")

Fuente: elaboración propia en base a INSSJP (2001) y EPH del INDEC, cuarto trimestre 2005.

D. Cuarto paso. Cantidad de casos de enfermedades catastróficas

Las tasas de frecuencia que se presentan en el punto b) se aplican sobre la población por tipo de cobertura del punto c), obteniéndose una aproximación a la carga de enfermedad por tipo de enfermedad y de cobertura. Es importante tener en cuenta que el cuadro no presenta la cantidad actual de casos sino una estimación que se basa en los atributos demográficos de la población según canal de cobertura y la experiencia internacional (para cáncer, ACV e infartos) y nacional (en SIDA y trasplantes) en frecuencia de casos. Esto puede entenderse como una medida "teórica" de la cantidad de casos que se deben esperar bajo un nuevo esquema en donde el hospital público deja de actuar como recurso de última instancia de los seguros de salud.

Dos aspectos salientes se desprenden del cuadro. Uno, la mayor incidencia se concentra en cáncer e infartos, aglutinando el 82% de la frecuencia. Dos, la mayor parte de la carga de la enfermedad se concentra en el INSSJP por concentrar esta institución la población de mayor edad. El INSSJP es un mecanismo de cobertura que aglutina a menos del 10% de la población y concentra prácticamente el 28% de la carga de enfermedad catastrófica.

Cuadro 5.
Cantidad de casos de enfermedades catastróficas
Por tipo de cobertura

	INSSJP	O. S. Nacional	Prepaga	O.S. Provincial	Sin Cobertura	Total	%
Cáncer	25.097	10.483	6.074	15.994	25.068	82.715	40%
Infartos	20.015	14.892	6.944	16.076	29.895	87.823	42%
ACV	12.282	3.795	2.520	7.096	10.049	35.742	17%
SIDA	36	493	126	235	863	1.753	1%
Trasplantes	55	219	68	125	375	842	1%
Carga de enfermedad	57.486	29.881	15.732	39.526	66.251	208.876	100%
%	28%	14%	8%	19%	32%	100%	

Fuente: estimación propia en base a puntos b y c.

El Cuadro 5 es el primer resultado importante porque es el flujo total de enfermedades catastróficas que se producen por año. En el Anexo I de este capítulo se presenta esta misma información abierta por estrato etéreo. Valorizando este cuadro se obtiene una aproximación al monto total de los recursos monetarios que estarán involucrados en este régimen especial.

E. Quinto paso. Valorización del costo por paciente catastrófico

En Argentina no se disponen de estudios en profundidad que aborden los costos involucrados en la atención integral de pacientes con determinadas patologías. Hay estudios de costos que aluden a modalidades de pago dentro de una gama de formas de contratación (módulos) pero cuyo enfoque es la medición del costo de una determinada intervención y no la gestión de una enfermedad. Probablemente entre las excepciones están los estudios de costos de gestión de pacientes con SIDA, donde el hecho de que la enfermedad en las etapas finales requiera una tecnología de gestión especializada con cuidados intensivos del paciente en unidades de tratamiento aisladas y separadas, y con periodos de sobrevida relativamente cortos (17/25 meses), estimula los estudios de costos. Pero no ocurre lo mismo con los costos en la gestión de pacientes con cáncer o que hayan sufrido un infarto o un ACV.

En este punto de la metodología, entonces, se adopta un criterio un tanto arbitrario aunque viable desde el punto de vista práctico ante la escasez de

información. Se relevó entre informantes claves del sector de los financiadores de la salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) algunos valores de referencia de mercado sobre los costos iniciales y mensuales que generaría el cuidado integral de estos pacientes³⁴. Con datos de sobrevivencia de la experiencia internacional se calcula el valor presente promedio del total de recursos que involucraría la gestión integral de los pacientes catastróficos. El método sirve para ilustrar el hecho de que lo importante –a este nivel de análisis– no es todavía discutir cuál es el “verdadero” costo de la gestión integral del paciente sino consensuar cuáles serían los valores más aproximados a la realidad que mensualmente se requeriría por paciente para, a partir de allí, definir cómo se calcula el valor presente promedio del costo de los pacientes catastróficos para incorporar al modelo. Si los valores de referencia mensuales tienen un nivel lo suficientemente alto como para poner en duda la viabilidad financiera del esquema, hay que intensificar la discusión y generar soluciones desde los protocolos y las tecnologías más apropiadas desde el punto de vista de la costo-efectividad.

Se adoptaron de manera “ad hoc” los siguientes valores de referencia de mercado:

Cuadro 6.
Valores de referencia para el cálculo del costo de gestión integral de cada enfermedad

	Pago por única vez al momento que se detecta la enfermedad	Pago periódicos (mensuales)
Cáncer	\$5.000	\$200
Infartos	\$10.000	\$150
ACV	\$10.000	\$100
SIDA	\$60.000	--
Transplantes	\$120.000	--

Las bases que conducen a adoptar estos valores (y la forma combinada entre pagos por única vez y pagos periódicos) son la siguiente:

- En el caso de cáncer se entiende que existe una proporción de casos en donde la enfermedad requiere una cirugía cuando se detecta la enfermedad y luego un flujo periódico de tratamientos y medicamentos de provisión regular por el resto del tiempo, con intensidad descendente a medida que el paciente evoluciona favorablemente. En principio, se asume que el gasto inicial que demanda en promedio un paciente con cáncer oscila en

³⁴ Se trató de consultar, básicamente, cuál era el patrón intertemporal de consumo (un costo inicial, costos periódicos mensuales y expectativas de vida) de estas personas que ellos percibían cuál sería el nivel prima de seguro por el cual estarían dispuestos a aceptar hacerse cargo de la atención integral a estos pacientes. Hay que resaltar que las respuestas no se basaron en cálculos técnicos –por la falta de información que todos manifestaron para un cálculo de este tipo– sino en la experiencia y su percepción como actores involucrados en la gestión económico y financiera de seguros de salud.

alrededor de los \$5.000 con un gasto promedio mensual de \$200 hasta su muerte. Los \$5.000 se entienden como promedio porque no todos los pacientes con cáncer requieren de una cirugía con lo cual el monto que se destinaría para pagar cada cirugía, cuando la misma procede, sería superior (por ejemplo, si la probabilidad de que un paciente con cáncer requiera de una cirugía es del 50%, lo disponible para la cirugía sería de \$10.000). Lo mismo ocurre con los gastos mensuales donde se entiende que en algunos meses el paciente será más demandante que en otros con lo cual se toma como valor de referencia (sujeto a discusión) que durante lo que le queda de vida habrá gastado aproximadamente \$200 por mes en atención médica.

- El infarto es traumático en el momento inicial porque requiere atención intensiva en sala de cuidados críticos cardiológicos e inclusive hay una probabilidad alta de que también requiera de una intervención quirúrgica. Así, se estima que los pacientes infartados demandarán en promedio un gasto inicial cercano a los \$10.000 (al igual que con cáncer, esto significa que lo disponible para pagar las cirugías cardiovasculares será mayor dado que no todos los pacientes requerirán de una cirugía) y luego se estima que los cuidados y controles, o posible eventos posteriores, demandarán recursos monetarios que, en promedio, serían de aproximadamente \$150 por el resto de la vida del paciente. Este gasto mensual se asume menor que para el cáncer porque los tratamientos y controles post-infartos tienden a ser menos intensivos y costosos que los oncológicos.
- Los ACV son también traumáticos en el momento inicial porque requiere atención intensiva en sala de cuidados críticos con la diferencia respecto de los casos cardiológicos de que la probabilidad de requerir una intervención quirúrgica es más bien baja pero la necesidad de tener que permanecer por un tiempo mucho más extendido en cuidados críticos es más alta. Así se estima entonces que los pacientes sufrieron un ACV demandarán en promedio un gasto inicial similar a los casos de infarto que se aproximaría a los \$10.000 y luego se estima que los cuidados, controles y posible eventos posteriores demandarían recursos monetarios por un valor monetario de \$100 mensuales promedio por el resto de la vida del paciente. Los recursos mensuales demandados por estos pacientes se asumen más bajos que los dos anteriores porque tienden a declinar con el tiempo si es que los controles de la enfermedad se ejecutan con sistematicidad y responsabilidad.
- Para los casos de SIDA se tomaron los valores de referencia de Rezzónico (1999) en donde se estima el costo promedio de los pacientes por nivel de CD4. Este estudio arroja que los pacientes con niveles de CD4 entre 199 y 50 demandan un costo de \$9.031 anual y aquellos con niveles de CD4 inferior a 50 demandan un costo de \$25.239 por año. Se toma entonces – dado que la definición de la cobertura para el régimen especial es a partir de que los CD4 bajan por debajo de 50– este último número, indexado por un 58% que es lo que se incrementó en el Índice de Precios al Consumidor del INDEC en el capítulo de Atención para la Salud desde 1999 hasta el

2005 y multiplicado por un factor 1,5 que resulta de dividir 18 meses (que es el promedio de sobrevivida) sobre 12 meses.

- Para los casos de trasplantes se tomaron montos referenciales para diferentes tipos³⁵ obtenidos del mercado de los reaseguros voluntarios que actúan en Argentina calculándose un promedio ponderado con tasas de trasplantes del INCUCAI y multiplicando por un factor de 3 que representaría los gastos futuros del paciente luego de intervenido.

A partir de estos valores de referencia, se procede al cálculo del valor presente del costo de las enfermedades. Para los casos de SIDA y trasplantes no se requiere calcular un valor presente porque ya se parte de valores de pago único. En cambio, para los casos de cáncer, infartos y ACV hay que adoptar un método para estimar el valor presente dado que se trata de enfermedades de alta frecuencia con altas probabilidades de presentar largos periodos de sobrevivencia. Se realiza entonces el siguiente ejercicio con las tasas de uso de la experiencia internacional (Cuadros 7a, 7b y 7c).

Se toma la frecuencia anual de casos por cada 10.000 personas por segmento de edad (columna 1) y la probabilidad de sobrevivida a los 5 años una vez contraída la enfermedad (columna 2) de Baars y Bland (1994) y Ruiz Alcalde (1995), y se adopta supuestos (“ad hoc”) para cantidad de años promedio de sobrevivida posteriores a los primeros 5 años de vida (columna 3). Con los valores del Cuadro 6 y los periodos de sobrevivida que se desprenden de las columnas 2 y 3, se calcula un valor presente promedio que difiere según sea la edad del beneficiario. Luego, se aplica la tasa de frecuencia (columna 1) a este cálculo de valor presente por edad para obtener el valor presente por cada 10.000 personas (columna 5). Finalmente, se divide este último valor por 10.000 para obtener un costo total de tratamiento por persona (columna 6).

Es muy importante tener claro el significado del número de la columna 6. Es el costo de atención de los pacientes catastróficos calculado como una cápita (población sana y enferma) dentro de cada estrato etéreo. En otras palabras, *es un valor per cápita para cada estrato etéreo*. A modo de ejemplo, para una población con edades entre 20 y 24 años, por una cápita de \$5,59 anuales se podría dar la atención integral de todos los jóvenes que contraigan cáncer dentro de esa población; para una población de ancianos con entre 70 y 74 años, dicha cápita sería mucho más alta llegando a los \$334,72. Esto se debe a que la frecuencia de cáncer entre los ancianos adultos mayores es mucho mayor.

³⁵ Los trasplantes y los valores utilizados son:

Riñón	\$24.000	Pulmón	\$60.000
Hígado	\$70.000	Block corazón /	\$70.000
Corazón	\$60.000	pulmones	

.....

**Cuadro 7.
Cálculo del costo total por persona**

Cuadro 7.a: cáncer

CANCER	Frecuencia (x 10.000) (1)	Probabilidad de sobrevida a los 5 años (2)	Sobrevida posterior (años) (3)	Valor actual de la cobertura (pesos) (4)	Valor actual por cada 10.000 personas (1 x 4 = 5)	Costo total por persona (pesos) (6)
20 – 24	2,3	0,55	10	24.516	55.897	5,59
25 – 29	3,0	0,59	8	23.134	70.097	7,01
30 – 34	4,1	0,57	5	20.674	85.591	8,56
35 – 39	6,1	0,47	5	19.852	121.893	12,19
40 – 44	10,4	0,40	5	19.230	199.035	19,90
45 – 49	18,5	0,32	5	18.459	340.613	34,06
50 – 54	34,0	0,27	5	18.050	613.562	61,36
55 – 59	61,6	0,23	5	17.697	1.090.499	109,05
60 – 64	101,0	0,19	3	16.749	1.691.940	169,19
65 – 69	151,2	0,18	2	16.372	2.475.076	247,51
70 – 74	209,6	0,15	1	15.970	3.347.206	334,72

Cuadro 7.b: infartos

INFARTOS	Frecuencia (x 10.000) (1)	Px 5 años (2)	Sobrevida posterior (años) (3)	Valor actual de la cobertura (pesos) (4)	Valor actual por cada 10.000 personas (5)	Costo total por persona (pesos) (6)
20 – 24	0,7	0,95	10	29.425	20.598	2,1
25 – 29	1,5	0,95	8	26.977	40.466	4,0
30 – 34	3,5	0,94	5	24.197	84.688	8,5
35 – 39	7,2	0,86	3	20.990	151.126	15,1
40 – 44	21,4	0,82	3	20.860	446.414	44,6
45 – 49	36,6	0,78	3	20.709	757.955	75,8
50 – 54	55,2	0,71	3	20.476	1.130.293	113,0
55 – 59	91,4	0,62	3	20.161	1.842.741	184,3
60 – 64	112,8	0,49	3	19.689	2.220.964	222,1
65 – 69	124,0	0,35	2	18.757	2.325.884	232,6
70 – 74	132,2	0,20	1	18.159	2.400.593	240,1

Cuadro 7.c: ACV

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES	Frecuencia (x 10.000) (1)	Px 5 años (2)	Sobrevida posterior (años) (3)	Valor actual de la cobertura (pesos) (4)	Valor actual por cada 10.000 personas (5)	Costo total por persona (pesos) (6)
20 – 24	0,5	0,57	10	19.902	9.951	1,0
25 – 29	0,6	0,57	8	18.924	11.733	1,2
30 – 34	1,2	0,57	5	17.845	21.771	2,2
35 – 39	2,2	0,57	3	16.655	35.975	3,6
40 – 44	3,8	0,57	3	16.650	63.271	6,3
45 – 49	6,4	0,56	3	16.639	106.488	10,6
50 – 54	12,2	0,56	3	16.627	202.853	20,3
55 – 59	23,2	0,55	3	16.616	385.485	38,5
60 – 64	39,4	0,52	3	16.538	651.593	65,2
65 – 69	68,2	0,45	3	16.374	1.116.733	111,7
70 – 74	114,6	0,38	1	15.698	1.798.993	179,9

F. Costo total del régimen especial

En el Cuadro 8 se presentan los datos de las columnas 6 de los Cuadros 7a, 7b y 7c, o sea, el costo por persona para cada estrato de edad. Para el caso de SIDA, este valor por edad se obtuvo simplemente del producto de la tasa de frecuencia del Cuadro 2 por la definición financiera del Cuadro 6 para esta enfermedad (\$60.000). Lo mismo para los casos de trasplantes donde se multiplicaron las tasas de incidencia promedio por el valor definido (\$120.000). Estos valores se suman para obtener el *costo total per capita por estrato de edad de cubrir todas las enfermedades catastróficas*.

En la última columna se expresan los valores en términos mensuales en consideración de que el lector puede estar más familiarizado con esta unidad de medida. Aparece que para una población de entre 20 y 24 años, según estos números, la cobertura de cáncer, infarto, ACV, SIDA y trasplantes costaría una cápita de \$1,21 mientras que para una población entre 50 y 54 años costaría \$17,06 saltando a \$28,56 para el segmento siguiente de edad (55 – 59); en el extremo, para una población de entre 70 y 74 años costaría \$62,89 por mes.

Al interior de cada enfermedad, lo más costoso es el aseguramiento del cáncer, en particular, en los últimos años de la vida, mientras que el caso de los infartos presenta una alta incidencia entre los 50 y los 64 años para luego estabilizarse, y los ACV son costosos –aunque no tanto como el cáncer– a partir de los 64 años. Los trasplantes, a pesar de ser tratamientos costosos,

tienen una incidencia muy baja porque la tasa de frecuencia es baja. Esto puede estar reflejando las restricciones financieras que prevalecen (dado que se trata de frecuencias obtenidas a partir de intervenciones efectivamente realizadas en Argentina, lo cual refleja los problemas de cobertura que se pretende erradicar) y también juega un rol muy importante el requerimiento del órgano compatible para hacer posible la intervención.

Cuadro 8.
Costo per capita anual de la cobertura del régimen especial
En pesos del 2005

Edad	Cáncer	Infarto	ACV	SIDA	Trasplantes	Costo total anual	Costo total mensual
0 - 4	n/d	n/d	n/d	1,1	1,01	\$ 2	\$ 0,18
5 - 9	n/d	n/d	n/d	0,3	0,98	\$ 1	\$ 0,11
10 - 14	n/d	n/d	n/d	0,2	1,23	\$ 1	\$ 0,12
15 - 19	n/d	n/d	n/d	1,9	1,27	\$ 3	\$ 0,26
20 - 24	5,6	2,1	1,0	5,1	0,81	\$ 15	\$ 1,21
25 - 29	7,0	4,0	1,2	6,2	0,80	\$ 19	\$ 1,60
30 - 34	8,6	8,5	2,2	7,2	1,44	\$ 28	\$ 2,32
35 - 39	12,2	15,1	3,6	6,6	1,64	\$ 39	\$ 3,26
40 - 44	19,9	44,6	6,3	3,5	5,11	\$ 79	\$ 6,62
45 - 49	34,1	75,8	10,6	2,7	5,46	\$ 129	\$ 10,73
50 - 54	61,4	113,0	20,3	1,9	8,14	\$ 205	\$ 17,06
55 - 59	109,0	184,3	38,5	1,5	9,33	\$ 343	\$ 28,56
60 - 64	169,2	222,1	65,2	0,4	12,00	\$ 469	\$ 39,07
65 - 69	247,5	232,6	111,7	s/cobert.	s/cobert.	\$ 592	\$ 49,31
70 - 74	334,7	240,1	179,9	s/cobert.	s/cobert.	\$ 755	\$ 62,89

Nota: no se dispone de tasas de frecuencia para cáncer, infarto y ACV en población menor de 20; sin embargo, su incidencia es muy baja lo cual no modifica de manera sustancial los resultados.

Para obtener el costo total del régimen especial por enfermedad y por mecanismo de cobertura se multiplica cada columna del Cuadro 4 por su correspondiente columna del Cuadro 8. Este es el resultado más valioso de la metodología dado que al estar medido en términos capitados permite tener una visión simple y rápida de la viabilidad del modelo comparando con los ingresos per cápita de los mecanismos de cobertura (INSSJP, obras sociales, prepagas, sistemas provinciales).

Cuadro 9.
Costo per capita mensual del régimen especial
 Por mecanismo de cobertura – En pesos del 2005

Capita mensual	INSSJP	O. S. Nacional	O.S. Provincial	Prepaga	Sin Cobertura	Total
Cáncer	\$ 10,56	\$ 1,73	\$ 4,13	\$ 3,40	\$ 2,02	\$ 3,05
Infartos	\$ 9,74	\$ 2,77	\$ 4,82	\$ 4,49	\$ 2,75	\$ 3,75
ACV	\$ 5,08	\$ 0,58	\$ 1,77	\$ 1,34	\$ 0,76	\$ 1,26
SIDA	\$ 0,04	\$ 0,27	\$ 0,21	\$ 0,24	\$ 0,24	\$ 0,23
Trasplantes	\$ 0,17	\$ 0,24	\$ 0,23	\$ 0,26	\$ 0,21	\$ 0,22
Total	\$ 25,59	\$ 5,59	\$ 11,16	\$ 9,75	\$ 5,97	\$ 8,50

Conviene comenzar el análisis por el costo promedio total para la cobertura de todas las enfermedades catastróficas que sería de \$8,50 mensuales por persona. El menor costo se presenta para las obras sociales nacionales (\$5,59) y los sistemas públicos provinciales (\$5,97) que se explica porque son los dos mecanismos de cobertura que menor carga de este tipo de enfermedad enfrentan dada su estructura etárea. Las prepagas y las obras sociales provinciales tendrían un costo más próximo al promedio por tener una estructura de edad un poco más envejecida. El INSSJP es el más comprometido por ser el mecanismo de cobertura donde prevalecen los mayores de 65 años y donde el costo llega a los \$25,59.

Para tener una idea más clara de la influencia decisiva que tiene el envejecimiento en el costo del reaseguro catastrófico es útil simular el costo sin considerar las personas mayores a 65. El costo promedio sería de \$5,25 con una distribución mucho más homogénea. El costo para las obras sociales nacionales y los sistemas públicos provinciales serían muy similar al escenario considerando a los mayores de 65, mientras que para las prepagas y las obras sociales provinciales disminuiría desde los \$19,75 a \$6,92 y desde \$11,16 a \$5,67, respectivamente. Para el INSSJP la disminución iría desde los \$25,59 del Cuadro 9 a \$5,71. El ejercicio muestra que la heterogeneidad en el valor de las cápitas para los distintos tipos de cobertura se debe a la especificidad de las reglas de cobertura del sistema de salud argentino, algo que ya se señaló y describió en la sección anterior.

Desde el punto de vista de la viabilidad financiera de la propuesta –objetivo central de este ejercicio de simulación– hay que comparar estos valores capitados con los ingresos por beneficiario de los diferentes mecanismos de cobertura. Corresponde hacer entonces una separación de los mecanismos de cobertura regulados por el sistema nacional de los regulados por los sistemas provinciales. Esto es, se toma por un lado el INSSJP, las obras sociales nacionales y las prepagas; y por otro, las obras sociales provinciales y los sistemas públicos provinciales. El Cuadro 10 muestra la estimación de los recursos per capita de los mecanismos de cobertura y la incidencia que tendría el régimen especial sobre cada uno de ellos.

Cuadro 10.
Recursos per capita mensuales y costos del régimen especial
 Por nivel de gobierno y mecanismo de cobertura

SISTEMA NACIONAL				SISTEMA PROVINCIAL			
Mecanismo	Ingreso régimen general	Costo régimen especial	Incidencia	Mecanismo	Ingreso régimen general	Costo régimen especial	Incidencia
INSSJP	\$ 90,6	\$ 25,6	28,2%	Obras sociales provinciales	\$ 40,4	\$ 11,2	27,6%
Obras sociales nacionales	\$ 48,0	\$ 5,6	11,6%	Personas sin cobertura	\$ 39,2	\$ 5,9	15,2%
Prepagas	\$ 90,0	\$ 9,7	10,8%				
Total	\$ 64,4	\$ 10,6	16,5%	Total	\$ 39,5	\$ 7,2	18,1%
TOTAL AMBOS SISTEMAS: 17,3%							

El régimen especial insumiría un promedio de 17,3% de los recursos de todos los mecanismos de cobertura existentes. En el sistema nacional (INSSJP, obras sociales nacionales y prepagas) el costo promedio del régimen especial alcanzaría a 16,5% de los recursos actuales y en los sistemas provinciales (obras sociales provinciales y hospitales públicos) al 18,1%. Antes de emitir un juicio es necesario destacar los aspectos metodológicos. Se están tomando tasas de uso internacionales provenientes de compañías de seguros privados que no necesariamente se ajustan a los órdenes nacionales. También se asumieron valores referenciales para el costo de la atención médica que son arbitrarios, que se basan en precios observados en el mercado pero que todavía son imperfectos desde el punto de vista del costo total que puede insumir un enfermo catastrófico.

Desde el punto de vista de la viabilidad financiera de la propuesta aparece que el régimen especial en el sistema nacional no presenta mayor problema. En las obras sociales y las prepagas se trataría de un costo no muy elevado en comparación con sus ingresos en consideración además que implica solucionar una parte muy importante de la creciente demanda catastrófica que enfrentan. A las obras sociales les demandaría en promedio el 11,6% de sus ingresos y a las prepagas el 16,5%. En el caso del INSSJP el régimen especial significa involucrar el 28,2% de sus recursos.

Por el lado de la viabilidad financiera de atraer a los sistemas provinciales, tampoco debería haber mayores problemas. En el caso de las personas sin cobertura –en donde hasta podría haber un incentivo a hacerlo, si las provincias adoptaran una actitud más responsable hacia el manejo racional de los recursos públicos– la incorporación al régimen especial les demandaría aproximadamente el 15,2% de sus recursos y para las personas afiliadas a la obra social provincial la incidencia llegaría 27,6%. Desde el punto de vista de los sistemas provinciales hay dos elementos que facilitarían la implementación.

En primer lugar, una actitud más racional hacia el manejo de los recursos públicos es evitar que los seguros de salud del sistema nacional se desentiendan de las enfermedades más costosas derivando “de hecho” pacientes a los hospitales, para lo cual la mejor alternativa es incorporar las personas sin cobertura dentro del régimen especial que se implemente desde el nivel nacional. Dadas las características demográficas de esta población, su incorporación puede ser hecha con un costo relativamente bajo (\$5,9 por persona), sin embargo, lo más conveniente sería incorporar simultáneamente a las obras sociales provinciales para diluir riesgos y disminuir costos promedios.

Así, la incorporación de las personas sin cobertura y de las obras sociales provinciales en un solo pool de riesgos tendría un costo de \$7,2 por persona por todos, disminuyendo así los costos de incorporar sólo a la obra social provincial donde los mismos serían de \$11,2 por persona.

Además de la viabilidad financiera el ejercicio numérico es indicativo de los problemas de cobertura señalados en el diagnóstico. Lo que muestra es una aproximación a la incidencia total en el INSSJP del costo de tratar estas enfermedades y lo que pasa en la realidad es que una parte importante (sino mayoritaria) de estos costos están siendo financiados actualmente con gasto de bolsillo de los hogares y otra parte importante termina siendo atendida por los hospitales públicos (que en el Cuadro 10 figura como “personas sin cobertura”). El ejercicio numérico refleja en cierta medida el costo que estas enfermedades tienen para los presupuestos familiares y para el sistema público (por tener que atender a personas con cobertura del INSSJP). La pregunta que sigue es cómo puede ser que el sistema público haga frente a esta atención siendo que su problema fundamental es la falta de recursos. La falta de recursos puede ser precisamente la manifestación de este rol de prestador de última instancia “de hecho” que cumple el hospital público dando cobertura a las enfermedades de alto costo, como las catastróficas, a todos los seguros de

salud y en particular al INSSJP. Es un indicio adicional a los presentados en el capítulo anterior (donde se mostraba el peso que tiene el consumo de personas con cobertura dentro del consumo total que atiende el hospital público) que apoya la tesis principal de este estudio.

El ejemplo más ilustrativo es que el costo de tratar todos los casos de cáncer, infarto y ACV implicaría un costo per capita de aproximadamente \$25 mensuales que es una suma muy próxima a lo que actualmente el INSSJP paga como capita a los prestadores para la atención de primer, segundo y tener nivel (que orilla los \$27 mensuales) y que se entiende que es para tratar estas enfermedades más casi todas las enfermedades agudas de baja complejidad que se presenten. El ejercicio sugiere que los pacientes del INSSJP estarían enfrentando serias restricciones de accesibilidad cuando sufren una enfermedad catastrófica y que en general son los gastos de bolsillo y el hospital público los que compensan la falta de cobertura real. Es sintomático, por ejemplo, que en el mercado de los prestadores médicos privados se maneja como una tasa de uso aceptada que los pacientes del INSSJP no toman más de 10 días de estada en internación, siendo que se trata de una población con una alta exposición a enfermedades catastróficas (como cáncer, infartos o ACVs) que está en los últimos años de la vida lo cual implica contar con espacios muy limitados de recuperación. Los cálculos pueden ser tomados como una evidencia más de la inconsistencia actuarial estructural que adolecen los seguros sociales en Argentina donde prevalecen las promesas de prestaciones sin respaldos financieros apropiados.

Dejando de lado las consideraciones sobre el alto nivel de la incidencia, el otro fenómeno interesante que queda muy bien ilustrado es cómo el INSSJP funciona como un mecanismo de concentración de los “peores” riesgos en beneficio de las obras sociales y las prepagas, y cómo el hospital público no debería ser un mecanismo muy oneroso de cobertura para las personas que carecen de ella si efectivamente se cumplieran la premisa de que tanto el INSSJP como las obras sociales nacionales y provinciales brinden un paquete integral de prestaciones, sin recurrir al hospital público. Dado que por las mismas reglas de cobertura las personas que carecen de seguros de salud son personas, en general, carenciadas y que los adultos mayores tienden en su mayoría a tener cobertura del INSSJP o las obras sociales provinciales, las personas sin cobertura –i.e. que cuentan sólo con el hospital público– son una población relativamente joven que no requiere muchos recursos para el régimen especial de enfermedades catastróficas.

En suma, los números son una primera indicación fuerte de la viabilidad financiera de la propuesta mostrando que los recursos demandados para la incorporación de las obras sociales nacionales, las prepagas, las personas sin cobertura y las obras sociales provinciales son en principio consistentes con los recursos existentes. Otro resultado importante es que la incorporación de las obras sociales provinciales debe hacerse en un colectivo junto con las personas sin cobertura.

A. Análisis de sensibilidad

Una ventaja de contar con una metodología de cálculo para aproximar algunos números de costos es que permite realizar cambios en los parámetros que se toman como supuestos y premisas del cálculo y observar qué pasaría con el número final. De esta forma, si el resultado de \$13,74 per capita como costo del régimen especial puede tomarse como abultado podría pensarse en relajar algunos de los supuestos que podrían ser, por ejemplo, asumir que los gastos mensuales de cáncer, infarto y ACVs corresponden al gasto total de la atención y que los mismos se cofinancian en un 50% por parte del beneficiarios.

El nuevo esquema de gasto para el régimen especial, manteniendo el gasto inicial y disminuyendo (o cofinanciando) con el beneficiario el 50% restante, tendría la siguiente disposición:

Cuadro 11.
Valores de referencia corregidos
Gastos mensuales disminuyen en un 50%

	Pago por única vez al momento que se detecta la enfermedad	Pago periódicos (mensuales)
Cáncer	\$5.000	\$100
Infartos	\$10.000	\$75
ACV	\$10.000	\$50
SIDA	\$60.000	--
Transplantes	\$120.000	--

El argumento para un esquema de este tipo sería que el componente más oneroso para el beneficiario es el gasto inicial y que un cofinanciamiento del gasto mensual podría implementarse. En los hechos, las familias que tienen miembros con enfermedades de estas características pueden estar gastando montos promedio mensuales similares o hasta por arriba de éstos. Si este fuera el caso, el costo total per capita del régimen especial disminuiría de \$8,5 a \$6,25 con la siguiente distribución según enfermedad y mecanismos de cobertura.

Cuadro 12.
Costo per capita mensual del régimen especial
Según los parámetros del Cuadro 11

Capita mensual	Pami	O. S. Nacional	O.S. Provincial	Prepaga	Sin Cobertura	Total
Cáncer	\$ 6,90	\$ 1,10	\$ 2,68	\$ 2,20	\$ 1,29	\$ 1,97
Infartos	\$ 7,45	\$ 2,06	\$ 3,64	\$ 3,37	\$ 2,06	\$ 2,82
ACV	\$ 4,12	\$ 0,46	\$ 1,43	\$ 1,08	\$ 0,61	\$ 1,01
SIDA	\$ 0,04	\$ 0,27	\$ 0,21	\$ 0,24	\$ 0,24	\$ 0,23
Trasplantes	\$ 0,17	\$ 0,24	\$ 0,23	\$ 0,26	\$ 0,21	\$ 0,22
Total	\$ 18,69	\$ 4,14	\$ 8,19	\$ 7,16	\$ 4,41	\$ 6,25

Los costos para SIDA y trasplantes son iguales dado que no se modificaron los parámetros. Los que se modifican son los costos para cáncer, infartos y ACV que son precisamente los más onerosos dentro del régimen especial. Al ser menor el costo, las condiciones de viabilidad financiera obviamente que mejoran.

Para el caso de las obras sociales y las prepagas, el nuevo régimen les significaría aproximadamente un 8% de sus recursos y para las provincias significaría un valor que se ubicaría en alrededor del 13% (tomando la obra social provincial y las personas sin cobertura en conjunto). Las condiciones para el INSSJP mejoran también bajando el costo a una capita de \$18,7 mensuales lo cual significa un incidencia de 20,6%. Nótese que el ahorro sustancial para el INSSJP proviene de los casos de cáncer por ser la enfermedad de más alta frecuencia entre las tres más de mayor incidencia dentro de su carga de enfermedad.

Cuadro 13.
Costo per capita mensual del régimen especial
Con un 50% de cofinanciamiento por el beneficiario
en el gasto mensual de cáncer, infarto y ACV

SISTEMA NACIONAL				SISTEMA PROVINCIAL			
Mecanismo	Ingreso régimen general	Costo régimen especial	Incidencia	Mecanismo	Ingreso régimen general	Costo régimen especial	Incidencia
INSSJP	\$ 90,6	\$ 18,7	20,6%	Obras sociales provinciales	\$ 40,4	\$ 8,2	20,3%
Obras sociales nacionales	\$ 48,0	\$ 4,1	8,6%	Personas sin cobertura	\$ 39,2	\$ 4,4	11,2%
Prepagas	\$ 90,0	\$ 7,2	8,0%				
Total	\$ 64,4	\$ 7,8	12,1%	Total	\$ 39,5	\$ 5,3	13,4%
TOTAL AMBOS SISTEMAS: 12,7%							

2. LOS COSTOS DE LA TRANSICIÓN

Como se señalara en el capítulo anterior, el costo de la transición está dado por los recursos que se necesitan para dar atención médica dentro del nuevo régimen especial a las personas que están enfermas al momento que comienza a operar el nuevo régimen. El motivo para tratar este costo de forma separada al costo regular es que estas personas no son técnicamente

asegurables (dado que presentan el siniestro antes de ser aseguradas) con lo cual corresponde prever su financiamiento a través de algún mecanismo especial y, eventualmente, canalizar esos recursos hacia los nuevos operadores para que sean ellos los que se hacen responsables por su gestión. En principio, la transición corresponde a los casos de cáncer, infarto, ACV y trasplantes. Para los casos de SIDA se asume que, en la transición, serán tratados bajo el esquema viejo en consideración de que las tasas de supervivencia son relativamente cortas (17 meses según estudios específicos – Rezzónico, 1999–)³⁶.

Conceptualmente, la metodología consiste en proyectar la cantidad de personas que enfermaron en los años anteriores a la reforma (aquí se proyecta desde 2000) y, aplicando las tasas de supervivencia, obtener una aproximación a la cantidad total de personas que pueden estar enfermas y vivas al momento de la reforma. Luego, se valoriza esos casos por la estructura de gastos por pacientes definidas en la sección anterior.

Para cáncer, infarto y ACV, se realizó una estimación de los casos que se habrían dado anualmente en el período 2000 – 2005 a partir de proyecciones demográficas de CELADE y las tasas de frecuencias utilizadas en la sección anterior. El Cuadro 14 presenta las proyecciones. A grandes rasgos se observa que aproximadamente un 0,5% de la población sería afectada por estos tipos de enfermedades cada año.

Cuadro 14.
Flujo anual de casos proyectados
Cáncer, infartos y ACV

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
20 - 24	1.147	1.142	1.137	1.132	1.127	1.122
25 - 29	1.420	1.469	1.520	1.573	1.627	1.683
30 - 34	2.148	2.200	2.253	2.308	2.364	2.421
35 - 39	3.552	3.584	3.617	3.650	3.684	3.718
40 - 44	7.672	7.744	7.817	7.890	7.964	8.039
45 - 49	12.471	12.579	12.688	12.799	12.910	13.022
50 - 54	18.190	18.544	18.905	19.273	19.648	20.030
55 - 59	27.171	27.779	28.402	29.038	29.688	30.353
60 - 64	33.945	34.479	35.022	35.573	36.132	36.701
65 - 69	40.922	41.122	41.324	41.527	41.730	41.934
70 - 74	46.201	46.410	46.620	46.831	47.043	47.256
TOTAL	194.838	197.054	199.305	201.593	203.918	206.281
Tasa (población total)	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

³⁶ Hay también una limitación metodológica dada por el hecho de que las tasas de frecuencia con las que se disponen corresponden al acumulado de casos entre 1982 y 2004 (con lo cual no se sabe cuántos de estos pacientes viven).

Luego, para obtener el stock total de casos se toma cada una de las columnas del Cuadro 14, se aplica la tasa de sobrevivencia a 5 años, o sea, se obtiene las cantidades total de personas que fallecen dentro de los 5 años, y se prorratea dicho total entre cada año. De esta forma, se tiene una proyección de las personas enfermas en cada uno de los años que transcurrieron entre 2000 y 2005, y un flujo de personas que fallecen cada año, pudiendo obtenerse entonces las personas que estarían vivas en el año 2005 (que se asume como año de inicio de la reforma). Hay un remanente de personas enfermas que están vivas en el 2005 y que enfermaron con anterioridad al 2000 que se asume de efecto marginal. Se continúa con el mismo ejercicio para proyectar las personas que habiendo enfermado entre 2000 y 2005, mueren entre el 2006 y 2009 para obtener una proyección de cómo evolucionará la transición con posterioridad a la reforma. La proyección se detiene en el año 2009 que es el quinto año de la última camada de personas que enferman justo el año de la reforma. A partir de allí queda un remanente de casos que no se sigue proyectando asumiéndose que tiene una incidencia marginal.

El Cuadro 15 muestra, entonces, el resultado de estos cálculos. En la segunda columna aparecen el stock de personas enfermas en el año de la reforma y luego su evolución en los cinco años posteriores. Se estima que en el año 2005 habría aproximadamente 987 mil casos de cáncer, post-infartos y post-ACVs, producidos en años anteriores y que sobrevivieron, lo cual representa aproximadamente un 1,9% de la población total. En los cuatro años subsiguientes, este stock iría disminuyendo hasta llegar a ser menos de 100 mil en el año 2009 representando un 0,2% de la población que se espera para ese año.

Cuadro 16.
Stock de casos en la transición
Cáncer, infarto y ACV

	2005	2006	2007	2008	2009
20 - 24	4.734	3.673	2.651	1.660	738
25 - 29	6.576	5.224	3.864	2.491	1.155
30 - 34	9.833	7.789	5.745	3.700	1.719
35 - 39	15.363	12.034	8.753	5.537	2.495
40 - 44	33.319	26.117	19.013	12.045	5.444
45 - 49	52.465	40.893	29.522	18.449	8.099
50 - 54	75.245	58.499	41.952	25.827	10.891
55 - 59	108.652	83.917	59.514	35.891	14.366
60 - 64	125.748	95.618	66.232	38.330	13.788
65 - 69	140.600	105.246	71.238	39.577	12.651
70 - 74	150.586	111.365	73.822	39.238	10.626
TOTAL	723.119	550.376	382.305	222.745	81.972
Tasa	1,9%	1,4%	1,0%	0,6%	0,2%

Para valorizar estos casos se procede a estimar el valor presente promedio de los tratamiento para los tres tipos de enfermedades excluyendo del cálculo los años que pasaron de enfermedad desde el momento en que se la contrajo hasta el 2005 (fecha inicio de la reforma). Estos valores presentes difieren según la edad del paciente.

La metodología consiste en estimar el valor presente promedio de los tratamiento de cáncer, infarto y ACV pasados cinco años de inicio de la enfermedad y se calcula un promedio ponderado en función de sus frecuencias, es decir, sería el costo remanente del tratamiento al inicio de la reforma para los que enfermaron en el año 2000. El Cuadro 17 muestra estos resultados.

Lo que ellos dicen es que para una persona, por ejemplo, que tuvo cáncer, infarto o un ACV cuando tenía entre 20 -24 años, cinco después, el valor presente del costo total por el tratamiento de su enfermedad será de \$18.068. Otro ejemplo, si la persona enfermó cuando tenía entre 50 – 54 años de edad, cinco años después, el valor presente del costo total de su tratamiento será de \$6.970. En el caso de las personas mayores de entre 70 y 75 años se observa un monto muy bajo, precisamente porque se trata del valor esperado del costo del tratamiento pasado 5 años donde la probabilidad de sobrevivida para este segmento etéreo es bajo. En todos los casos se toma como valores de referencia para estimar el costo de los tratamientos los que se presentan en el Cuadro 6.

Cuadro 17.
Valor presente promedio del costo de tratamiento
de cáncer, infarto y ACV

Edad	Valor actual del costo de los tratamientos luego de 5 años
20 – 24	18.068
25 – 29	14.370
30 – 34	9.949
35 – 39	7.226
40 – 44	6.784
45 – 49	6.838
50 – 54	6.970
55 – 59	7.012
60 – 64	5.589
65 – 69	3.787
70 – 74	1.687

Para obtener el costo total de la transición se procede a multiplicar los valores del Cuadro 16 por las personas que enfermaron en el 2000. Luego, para las personas que enfermaron en el 2001 se multiplica el stock de casos por el valor correspondiente del Cuadro 17 y se adiciona un año de gasto de prestaciones (dado que tiene recién 4 años de enfermedad).

Para las personas que enferman en el 2002 se procede de igual manera (multiplicando por el valor presente del Cuadro 17) pero se adiciona dos años más de gasto dado que tiene recién 3 años de enfermedad. Así sucesivamente hasta llegar a las personas que enferman en el 2004 a las que se multiplica por el valor esperado del Cuadro 17 más 4 años más de gastos. De esta forma se obtienen los siguientes resultados que reflejan el costo de la transición para estas enfermedades, abierto por años en que los pacientes enfermaron y el costo total (que resulta de la suma de las 5 columnas). Se trataría de un costo total de la transición para las enfermedades de cáncer, infarto y ACV de aproximadamente \$6.675 millones.

Cuadro 18.
Costo de la transición para cáncer, infartos y ACV
En millones de pesos de 2005

EDAD	Para quienes enfermaron en:					Costo total de la transición
	2000	2001	2002	2003	2004	
20 - 24	13	19	22	25	27	105
25 - 29	14	20	25	29	33	122
30 - 34	15	22	28	33	38	137
35 - 39	17	27	35	42	49	171
40 - 44	35	56	72	88	102	353
45 - 49	53	88	116	141	165	562
50 - 54	69	126	170	211	250	826
55 - 59	91	182	250	312	373	1.207
60 - 64	71	177	257	330	400	1.234
65 - 69	46	151	236	314	389	1.136
70 - 74	17	100	184	265	345	911
TOTAL	442	969	1.394	1.790	2.170	6.765

Por otro lado, se estima el costo de la transición para los casos de trasplantes. La forma más directa y simple es tomar la cantidad de personas que se encuentran en lista de espera y multiplicarlos por el valor promedio que aquí se asume como referencia para este tipo de intervención.

Según el INCUCAI hay 5.207 personas en espera de un órgano con la distribución según tipología del trasplante que se presenta en el Cuadro 19.

Cuadro 19.
Lista de espera para la recepción de órganos

Tipo de trasplante	Personas
Renal	4.654
Hepática	305
Cardiaca	122
Pulmonar	66
Cardiopulmonar	35
Renopancreática	19
Hepatorrenal	3
Cardiorrenal	2
Cardiohepática	1
Total General	5.207

Del producto entre esa cantidad total y los \$120.000 que se asume como valor promedio de referencia se obtiene que el costo total de la transición para los enfermos que necesitan un trasplante sería de \$625 millones en total. Cabe recordar que este gasto está sujeto a la aparición de un órgano que cumpla con los requisitos de histocompatibilidad para cada una de las personas que se encuentran en dicha lista.

En suma, para atender estos 723.119 casos estimados de paciente que al momento de la reforma están enfermos de cáncer, post-infarto o post-ACV, y los 5.207 casos de personas en listas de espera para trasplantes se requerirían \$7.390 millones.

Este es el costo total de la transición. Este monto es de máxima dado que no computa los recursos que hoy los enfermos catastróficos destinan a la atención médica (como aportes a las obras sociales, primas a empresas prepagas y cápitas del INSSJP). Tampoco requiere ser desembolsado en una única vez, sino que podrían preverse como pagos anualizado. Se trataría de hacer frente a un requerimiento de \$1.660 millones anuales que en términos de PBI significarían 0,31% en el primer año con una disminución de esta incidencia hasta 0,26%, asumiendo que el PBI presente en los próximos 5 años tasas de crecimiento reales convergentes al 3% anual.

En términos de superávit fiscal neto, es decir, con posterioridad al pago de deuda, este costo de transición implicaría un 18% en el primer año con una proporción descendente hasta 15% asumiendo que el superávit neto se mantiene en el orden de los 1,8 puntos porcentuales del PBI (Cuadro 20).

Cuadro 20.
Impacto del costo de la transición en términos de PBI y superávit fiscal

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
En pagos anuales	1.660	1.660	1.660	1.660	1.660
PBI	532.268	564.204	592.414	616.111	634.594
Tasa de crecimiento		6%	5%	4%	3%
Proporción	0,31%	0,29%	0,28%	0,27%	0,26%
Superávit fiscal (después de pago de deuda)	9.418	9.983	10.482	10.902	11.229
Proporción	18%	17%	16%	15%	15%
	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%

3. CONCLUSIÓN

Los datos brindan una evidencia preliminar de que el modelo propuesto como régimen especial es financieramente viable y consistente con los recursos actuales de los seguros de salud. Bajo las premisas adoptadas –una definición de prestaciones, tasas de uso derivadas de dicha definición, una distribución de la población según estructura etárea y vías de cobertura, y supuestos de gastos que demandan dichas enfermedades– el costo para atender integralmente las enfermedades catastróficas sería de \$8,5 mensuales por persona cubierta. Sin embargo, este costo varía según el tipo de cobertura.

Para las obras sociales nacionales y las personas sin cobertura (hospital público), el costo sería de \$5,6 y \$5,9, respectivamente. Para las prepagas y las obras sociales provinciales oscilaría alrededor del promedio, o sea, \$9,7 y \$11,2, respectivamente. Para el INSSJP el costo es \$26,6 por persona. La variabilidad se debe las diferencias en la estructura etárea de la población de cada cobertura.

El análisis de viabilidad arroja que para las obras sociales, las prepagas y las provincias (por las personas sin cobertura) la incidencia de estos costos en los recursos actuales sería de entre 10% y 15%. Para las obras sociales provinciales del 27%, pero tomando estas personas en conjunto con las personas sin cobertura (ambas dependiente de los gobiernos provinciales) se observa que la incidencia del costo por ambas poblaciones desciende al 18% de los recursos actuales. En el INSSJP la incidencia es del 28% de sus recursos.

De todas formas, estos números son hipótesis de máxima. Haciendo una análisis de sensibilidad y relajando los supuestos de gastos de la atención (suponiendo que el gasto mensual es un 50% inferior, que puede resultar tanto de valores más reales en función de la tecnología disponible y/o cofinanciamiento por parte de los mismos afiliados) la incidencia de los costos disminuyen a un nivel de 8% para las obras sociales nacionales y las prepagas, un 13% para las provincias (por personas sin cobertura y la obra social provincial) y al 20% para el INSSJP.

Finalmente, los costos de la transición no se presentan excesivamente abultados. Los cálculos arrojan de que se tendría que atender a aproximadamente 729.000 personas que ya sufren algunas de las afecciones definidas como catastróficas, lo que representa un 1,9% de la población. En términos de recursos insumiría un masa total de \$7.390 millones a precios de 2005 que, en un horizonte de 5 años, implica un requerimiento de \$1.660 millones por año. Esto oscila entre 0,31 y 0,26 puntos de PBI, y entre 18% y 15% del superávit fiscal neto del pago de deuda del Estado (asumiendo que dicho superávit se mantiene en el orden de los 1,8 puntos porcentuales del PBI). Esto sin considerar los recursos que actualmente los enfermos catastróficos hoy destinan a su atención médica.

ANEXO I

CANTIDAD DE CASOS DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS POR TIPO DE COBERTURA

Rango de edades	INSSJP	Infarto	Cáncer	Derrame cerebral
20 a 24	47	3	11	2
25 a 29	11	2	3	1
30 a 34	17	6	7	2
35 a 39	34	25	21	7
40 a 44	37	79	38	14
45 a 49	55	203	102	35
50 a 54	92	507	312	112
55 a 59	158	1.444	974	367
60 a 64	288	3.249	2.909	1.135
65 a 69	499	6.189	7.546	3.404
70 a 74	629	8.309	13.174	7.203
Total	2.109	20.015	25.097	12.282

Rango de edades	O. S. Nacional	Infarto	Cáncer	Derrame cerebral
20 a 24	801	56	183	40
25 a 29	922	138	279	57
30 a 34	842	295	349	103
35 a 39	776	559	476	168
40 a 44	672	1.438	696	255
45 a 49	617	2.259	1.139	395
50 a 54	551	3.042	1.873	672
55 a 59	432	3.951	2.664	1.003
60 a 64	280	3.154	2.825	1.102
65 a 69	0	0	0	0
70 a 74	0	0	0	0
Total	9.165	14.892	10.483	3.795

**CANTIDAD DE CASOS DE
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS
POR TIPO DE COBERTURA**

Rango de edades	O.S. Provincial	Infarto	Cáncer	Derrame cerebral
20 a 24	118	8	27	6
25 a 29	357	54	108	22
30 a 34	457	160	189	56
35 a 39	436	314	268	94
40 a 44	390	836	404	148
45 a 49	391	1.431	722	250
50 a 54	285	1.571	967	347
55 a 59	218	1.988	1.341	505
60 a 64	243	2.740	2.454	957
65 a 69	340	4.216	5.140	2.319
70 a 74	209	2.759	4.374	2.392
Total	5.144	16.076	15.994	7.096

Rango de edades	Prepaga	Infarto	Cáncer	Derrame cerebral
20 a 24	255	18	58	13
25 a 29	242	36	73	15
30 a 34	180	63	74	22
35 a 39	169	121	103	36
40 a 44	155	331	160	59
45 a 49	176	644	325	113
50 a 54	196	1.080	665	239
55 a 59	165	1.510	1.018	383
60 a 64	128	1.444	1.294	505
65 a 69	85	1.054	1.286	580
70 a 74	49	641	1.017	556
Total	2.498	6.944	6.074	2.520

**CANTIDAD DE CASOS DE
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS
POR TIPO DE COBERTURA**

Rango de edades	Sin Cobertura	Infarto	Cáncer	Derrame cerebral
20 a 24	2.004	140	457	100
25 a 29	1.736	260	526	108
30 a 34	1.238	433	512	151
35 a 39	984	708	604	213
40 a 44	1.007	2.156	1.043	383
45 a 49	879	3.219	1.623	563
50 a 54	852	4.705	2.897	1.040
55 a 59	750	6.851	4.619	1.739
60 a 64	511	5.761	5.160	2.012
65 a 69	297	3.684	4.491	2.026
70 a 74	150	1.979	3.137	1.715
Total	18.058	29.895	25.068	10.049

CANTIDAD DE CASOS DE SIDA

Rango de edades	INSSJP	O. S. Nacional	O.S. Provincial	Prepaga	Sin Cobertura	Total
Menores de 4	0,3	14,0	9,3	3,1	35,1	62
5 a 9	0,2	4,2	2,0	0,8	10,5	18
10 a 14	0,2	2,3	1,0	0,5	4,9	9
15 a 19	3,8	25,9	12,9	6,3	56,9	106
20 a 24	4,0	67,9	10,0	21,6	169,9	273
25 a 29	1,1	94,5	36,7	24,9	178,0	335
30 a 34	2,0	100,6	54,6	21,4	147,8	326
35 a 39	3,8	85,6	48,1	18,6	108,5	265
40 a 44	2,2	39,3	22,8	9,0	58,9	132
45 a 49	2,5	28,3	17,9	8,1	40,3	97
50 a 54	2,9	17,2	8,9	6,1	26,6	62
55 a 59	4,0	11,1	5,6	4,2	19,2	44
Más de 60	9,4	1,9	5,2	1,7	6,3	25
Total	36	493	235	126	863	1.753

CANTIDAD DE CASOS DE TRANSPLANTES

Rango de edades	TRANSPLANTES					Total
	PAMI	O.S. Nacional	O.S. Provincial	Prepaga	Sin cobertura	
0- 4	0,3	14,0	9,3	3,1	35,1	62
5 a 9	0,2	4,2	2,0	0,8	10,5	18
10 a 14	0,2	2,3	1,0	0,5	4,9	9
15 a 19	3,8	25,9	12,9	6,3	56,9	106
20 a 24	4,0	67,9	10,0	21,6	169,9	273
25 a 29	1,1	94,5	36,7	24,9	178,0	335
30 a 34	2,0	100,6	54,6	21,4	147,8	326
35 a 39	3,8	85,6	48,1	18,6	108,5	265
40 a 44	2,2	39,3	22,8	9,0	58,9	132
45 a 49	2,5	28,3	17,9	8,1	40,3	97
50 a 54	2,9	17,2	8,9	6,1	26,6	62
55 a 59	4,0	11,1	5,6	4,2	19,2	44
60 a 64	9,4	1,9	5,2	1,7	6,3	25
Total	36	493	235	126	863	1.753

RELEVAMIENTO DE EVIDENCIA ANECDÓTICA SOBRE LA DEGRADACIÓN O FALTA DE COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN ARGENTINA

En Argentina la salud se entiende como un derecho. Aun cuando las personas puedan proveerse por medios económicos propios el financiamiento de su salud la filosofía prevaleciente es que la comunidad a través de la figura del Estado debe contemplar las demandas de atención médica de todas las personas, inclusive aquellas que tienen capacidad de pago. De esta forma, los seguros de salud y los hospitales públicos tienen el mandato explícito e implícito de cubrir todas las intervenciones necesarias que demande una enfermedad, con muy pocas excepciones. Los mandatos legales y más recientemente también los judiciales exigen que se cubran las enfermedades catastróficas. Sin embargo, no hay mecanismos financieros que permitan viabilizar dicho mandato. Esta descoordinación hace que, en la práctica, las enfermedades catastróficas queden desatendidas o atendidas con niveles muy degradados de calidad.

A continuación se presentan las evidencias encontradas de un relevamiento realizado sobre dos de los principales diarios de tirada nacional (Clarín y La Nación) durante el periodo que transcurre entre junio y agosto del 2006 donde surgen noticias relacionadas con las demandas de las personas en respuestas a falta de cobertura o degradación de cobertura por prestaciones de enfermedades catastróficas.

Condenan a una obra social por demorar un trasplante

Una obra social fue condenada a indemnizar con 30.000 pesos por "daño moral" a un afiliado al que se autorizó de manera tardía a hacerse un trasplante de riñones (Clarín, 1 de junio 2006).

Demoras de hasta 3 años para las cirugías cardiovasculares en la Ciudad

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad denunció que en los últimos cuatro años se duplicó el número de pacientes que están en lista de espera para someterse a cirugías cardiovasculares en los hospitales públicos porteños. (La Nación 10 agosto 2006)

Un juez ordenó a la Ciudad a atender un chico con leucemia

El nene era paciente del Hospital Francés, que no puede pagar el trasplante de médula. (Clarín 1 de junio 2006)

Cuando la salud se resuelve en la Justicia

Fernando necesita un trasplante de intestinos que su plan de salud no le quiso pagar, argumentando que las escasas probabilidades de sobrevivida no justificaban su alto costo. (La Nación, 5 setiembre 2006).

Obligan a una obra social a entregar un remedio con nombre comercial

La nena sufre de un mal que frena su normal crecimiento físico. Por eso, su médico le recetó "Saizen". Es un fármaco que se utiliza en el tratamiento de niños con crecimiento deficiente (Clarín, 7 junio 2006)

Ordenan a una obra social a cubrir un by pass gástrico

Un juez dispuso que la entidad deberá hacerse cargo de los gastos de la operación para tratar el problema de obesidad que sufre una paciente (La Nación 16 junio 2006).

Por ineficiencia, los hospitales porteños pierden \$ 170 millones

Según los cálculos del Ministerio de Hacienda porteño entre el 25 y el 30% de los pacientes que se atienden en los hospitales corresponde a pacientes que tienen obra social y que no se les factura (La Nación, 31 de julio 2006).

Una de cada tres familias carecientes no acude a hospitales cuando se enferma

El 14% de las familias dijo que obtiene atención médica entre los 15 días y 1 mes y el 20% recibe después de los 30 días. El mayor retardo se observó en el Gran Buenos Aires, donde el 26% recibe atención luego de 15 días y el 36% después de un mes. (La Nación 12 septiembre 2006)

BIBLIOGRAFÍA

Aedo, C. (1996). Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas. *Estudios Públicos*, 63.

Baars, G. y Bland, P. (1994). Enfermedades graves. Diseño del producto y determinación de la prima. Suiza de Reaseguros.

Bagnulo, et al, (2004). "Programa de Vacunación de Grupos de Riesgos". *Revista Panamericana de Infectología*. www.revista-api.gub.uy.

Beebe, J., (1988). "Medicare Reimbursement and Regression to the mean". *Health Care Financing Review* 9, pp. 9-22.

EBRI. (1988). Where Coverage Ends: Catastrophic Illness and Long-Term Health Care Costs.

Fetter, A. y Heinen, W. (1994). Cobertura de Enfermedades Graves en el Seguro de Vida. La Kolnische Ruck. (dieresis)

Fondo Nacional de Recursos, 2005. Estadísticas. www.fnr.gub.uy.

General Cologne Re. (2002). Risk Insights.

General Cologne Re. (2003). Dread Disease Survey 2003.

Henke, K. y Schreyogg, J. (2004). Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands. ISSA Initiative. Findings & Opinions N° 15.

Hsiao, W. (1995). Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore.

Kwa, B.S. (1994). "Health Care Financing – The Singapore Experience". Proceeding China's Medical Reform Conference. Beijing, China. Ministry of Health, March.

Luft, H.S., (1995). "Potential Methods to Reduce Risk Selection and Its Effects". *Inquiry*. 32, pp 23-32.

McClure, W., (1984). "On the Research Status of Risk-Adjusted Capitation Rates". *Inquiry* 21 N° 3.

Ministry of Health, Welfare and Sport. (1998). Health Insurance in the Netherlands.

Osinga, E. (2002). Long Term Care in the Netherlands. William M. Mercer.

Ruiz Alcalde, E. (1995). Seguro de Enfermedades Graves. Master en Dirección Aseguradora.

Sindicato Médico de Uruguay, (2004). "Temas del Fondo Nacional de Recursos". El Diario Médico. www.smu.gub.ar.

Superintendencia de Seguros de la Nación (2005). Estadísticas. www.ssn.gov.ar.

Tapay, N. y Colombo, F. (2004). Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study. Health Working Papers, OECD

Van de Ven, W., Schut, F., (1994a). "Should Catastrophic Risks Be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market". Soc. Sci. Med. Vol. 39 N°10, pp. 1459-1472.

Van de Ven, W., van Vliet, R., van Barneveld, E., Lamers, L., (1994b). "Risk Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands". Health Affairs. Winter, pp. 120-136.

Van Vliet, R., (1990). "Quantifying Risk Selection in Case of Global Capitation Formulae, a Micro Simulation Study". Mimeo, Erasmus University.

Van Vliet, R., Van de Ven, W., (1992a). "How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market". Health Economics Worldwide. Zweifel and Frech III (Eds), Kluwer Academic Publishers, 23 -46.

Van Vliet, R., Van de Ven, W., (1992b). "Toward a Capitation Formula for Competing Health Insurers. An Empirical Analysis". Soc. Sci. Med. Vol. 34 N°9, pp. 1035-1048.

Van Vliet, R., Van de Ven, W., (1993). "Capitation Payments Based on Prior Hospitalizations". Health Economics. 2, pp. 177-178.

World Bank. (2000). Chile. Health Insurance Issues. Old Age and Catastrophic health Costs. Report N° 19940.

**COLECCIÓN “CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN”
Instituto de Ciencias del Seguro**

**Para cualquier información o para adquirir nuestras publicaciones
puede encontrarnos en:**

Instituto de Ciencias del Seguro
Publicaciones
Monte del Pilar, s/n – 28023 El Plantío, Madrid – (España)
Telf.: + 34 915 818 768
Fax: +34 913 076 641
publicaciones.ics@mapfre.com
www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro

120. Propuestas para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina. 2008
119. Análisis del riesgo en seguros en el marco de Solvencia II: Técnicas estadísticas avanzadas Monte Carlo y Bootstrapping. 2008
118. Los planes de pensiones y los planes de previsión asegurados: su inclusión en el caudal hereditario. 2007
117. Evolução de resultados técnicos e financeiros no mercado segurador iberoamericano. 2007
116. Análisis de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. 2007
115. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. 2007
114. El sector asegurador ante el cambio climático: riesgos y oportunidades. 2007
113. Responsabilidade social empresarial no mercado de seguros brasileiro influências culturais e implicações relacionais. 2007
112. Contabilidad y análisis de cuentas anuales de entidades aseguradoras. 2007

111. Fundamentos actuariales de primas y reservas de fianzas. 2007
110. El *Fair Value* de las provisiones técnicas de los seguros de Vida. 2007
109. El Seguro como instrumento de gestión de los M.E.R. (Materiales Especificados de Riesgo). 2006
108. Mercados de absorción de riesgos. 2006
107. La exteriorización de los compromisos por pensiones en la negociación colectiva. 2006
106. La utilización de datos médicos y genéticos en el ámbito de las compañías aseguradoras. 2006
105. Los seguros contra incendios forestales y su aplicación en Galicia. 2006
104. Fiscalidad del seguro en América Latina. 2006
103. Las NIIF y su relación con el Plan Contable de Entidades Aseguradoras. 2006
102. Naturaleza jurídica del Seguro de Asistencia en Viaje. 2006
101. El Seguro de Automóviles en Iberoamérica. 2006
100. El nuevo perfil productivo y los seguros agropecuarios en Argentina. 2006
99. Modelos alternativos de transferencia y financiación de riesgos "ART": situación actual y perspectivas futuras. 2005
98. Disciplina de mercado en la industria de seguros en América Latina. 2005
97. Aplicación de métodos de inteligencia artificial para el análisis de la solvencia en entidades aseguradoras. 2005
96. El Sistema ABC-ABM: su aplicación en las entidades aseguradoras. 2005
95. Papel del docente universitario: ¿enseñar o ayudar a aprender?. 2005
94. La renovación del Pacto de Toledo y la reforma del sistema de pensiones: ¿es suficiente el pacto político?. 2005
92. Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración. 2005

91. Problemática de la reforma de la Ley de Contrato de Seguro. 2005
90. Centros de atención telefónica del sector asegurador. 2005
89. Mercados aseguradores en el área mediterránea y cooperación para su desarrollo. 2005
88. Análisis multivariante aplicado a la selección de factores de riesgo en la tarificación. 2004
87. Dependencia en el modelo individual, aplicación al riesgo de crédito. 2004
86. El margen de solvencia de las entidades aseguradoras en Iberoamérica. 2004
85. La matriz valor-fidelidad en el análisis de los asegurados en el ramo del automóvil. 2004
84. Estudio de la estructura de una cartera de pólizas y de la eficacia de un Bonus-Malus. 2004
83. La teoría del valor extremo: fundamentos y aplicación al seguro, ramo de responsabilidad civil autos. 2004
81. El Seguro de Dependencia: una visión general. 2004
80. Los planes y fondos de pensiones en el contexto europeo: la necesidad de una armonización. 2004
79. La actividad de las compañías aseguradoras de vida en el marco de la gestión integral de activos y pasivos. 2003
78. Nuevas perspectivas de la educación universitaria a distancia. 2003
77. El coste de los riesgos en la empresa española: 2001.
76. La incorporación de los sistemas privados de pensiones en las pequeñas y medianas empresas. 2003
75. Incidencia de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil en los procesos de responsabilidad civil derivada del uso de vehículos a motor. 2002
74. Estructuras de propiedad, organización y canales de distribución de las empresas aseguradoras en el mercado español. 2002
73. Financiación del capital-riesgo mediante el seguro. 2002

72. Análisis del proceso de exteriorización de los compromisos por pensiones. 2002
71. Gestión de activos y pasivos en la cartera de un fondo de pensiones. 2002
70. El cuadro de mando integral para las entidades aseguradoras. 2002
69. Provisiones para prestaciones a la luz del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; métodos estadísticos de cálculo. 2002
68. Los seguros de crédito y de caución en Iberoamérica. 2001
67. Gestión directiva en la internacionalización de la empresa. 2001
65. Ética empresarial y globalización. 2001
64. Fundamentos técnicos de la regulación del margen de solvencia. 2001
63. Análisis de la repercusión fiscal del seguro de vida y los planes de pensiones. Instrumentos de previsión social individual y empresarial. 2001
62. Seguridad Social: temas generales y régimen de clases pasivas del Estado. 2001
61. Sistemas Bonus-Malus generalizados con inclusión de los costes de los siniestros. 2001
60. Análisis técnico y económico del conjunto de las empresas aseguradoras de la Unión Europea. 2001
59. Estudio sobre el euro y el seguro. 2000
58. Problemática contable de las operaciones de reaseguro. 2000
56. Análisis económico y estadístico de los factores determinantes de la demanda de los seguros privados en España. 2000
54. El corredor de reaseguros y su legislación específica en América y Europa. 2000
53. Habilidades directivas: estudio de sesgo de género en instrumentos de evaluación. 2000
52. La estructura financiera de las entidades de seguros, S.A. 2000

- 50. Mixturas de distribuciones: aplicación a las variables más relevantes que modelan la siniestralidad en la empresa aseguradora. 1999
- 49. Solvencia y estabilidad financiera en la empresa de seguros: metodología y evaluación empírica mediante análisis multivariante. 1999
- 48. Matemática Actuarial no vida con MapleV. 1999
- 47. El fraude en el Seguro de Automóvil: cómo detectarlo. 1999
- 46. Evolución y predicción de las tablas de mortalidad dinámicas para la población española. 1999
- 45. Los Impuestos en una economía global. 1999
- 42. La Responsabilidad Civil por contaminación del entorno y su aseguramiento. 1998
- 41. De Maastricht a Amsterdam: un paso más en la integración europea. 1998

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1997
Fundación MAPFRE Estudios

- 39. Perspectiva histórica de los documentos estadístico-contables del órgano de control: aspectos jurídicos, formalización y explotación. 1997
- 38. Legislación y estadísticas del mercado de seguros en la comunidad iberoamericana. 1997
- 37. La responsabilidad civil por accidente de circulación. Puntual comparación de los derechos francés y español. 1997
- 36. Cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados y cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto: las cláusulas de limitación temporal de la cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil. 1997
- 35. El control de riesgos en fraudes informáticos. 1997
- 34. El coste de los riesgos en la empresa española: 1995
- 33. La función del derecho en la economía. 1997

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1996
Fundación MAPFRE Estudios

- 32. Decisiones racionales en reaseguro. 1996

31. Tipos estratégicos, orientación al mercado y resultados económicos: análisis empírico del sector asegurador español. 1996

30. El tiempo del directivo. 1996

29. Ruina y Seguro de Responsabilidad Civil Decenal. 1996

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1995
Fundación MAPFRE Estudios

28. La naturaleza jurídica del Seguro de Responsabilidad Civil. 1995

27. La calidad total como factor para elevar la cuota de mercado en empresas de seguros. 1995

26. El coste de los riesgos en la empresa española: 1993

25. El reaseguro financiero. 1995

24. El seguro: expresión de solidaridad desde la perspectiva del derecho. 1995

23. Análisis de la demanda del seguro sanitario privado. 1993

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1994
Fundación MAPFRE Estudios

22. Rentabilidad y productividad de entidades aseguradoras. 1994

21. La nueva regulación de las provisiones técnicas en la Directiva de Cuentas de la C.E.E. 1994

20. El Reaseguro en los procesos de integración económica. 1994

19. Una teoría de la educación. 1994

18. El Seguro de Crédito a la exportación en los países de la OCDE (evaluación de los resultados de los aseguradores públicos). 1994

Nº Especial Informe sobre el mercado español de seguros 1993
FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS

16. La legislación española de seguros y su adaptación a la normativa comunitaria. 1993

15. El coste de los riesgos en la empresa española: 1991

14. El Reaseguro de exceso de pérdidas 1993

12. Los seguros de salud y la sanidad privada. 1993
10. Desarrollo directivo: una inversión estratégica. 1992
9. Técnicas de trabajo intelectual. 1992
8. La implantación de un sistema de *controlling* estratégico en la empresa. 1992
7. Los seguros de responsabilidad civil y su obligatoriedad de aseguramiento. 1992
6. Elementos de dirección estratégica de la empresa. 1992
5. La distribución comercial del seguro: sus estrategias y riesgos. 1991
4. Los seguros en una Europa cambiante: 1990-95. 1991
2. Resultados de la encuesta sobre la formación superior para los profesionales de entidades aseguradoras (A.P.S.). 1991
1. Filosofía empresarial: selección de artículos y ejemplos prácticos. 1991

