



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

CEFIP - INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Documentos de Trabajo

Importancia de los seguros de salud y cobertura de enfermedades catastróficas

Marcelo Garriga y Walter Cont

Documento de Trabajo Nro. 10

Diciembre 2013

ISSN 2618-4400

www.mfp.econo.unlp.edu.ar

Serie Documentos de Trabajo del CEFIP

Staff Editorial
Mg. Marcelo Garriga
Dra. Natalia Porto
Mg. Walter Rosales

Edición: Centro de Estudios en Finanzas Públicas
Instituto de Investigaciones Económicas
Facultad de Ciencias Económicas - UNLP
Calle 6 N° 777, 4° Piso, oficina 411
La Plata (1900) Buenos Aires
magisterfp@depeco.econo.unlp.edu.ar
ISSN 2618-4400

Importancia de los seguros de salud y
cobertura de enfermedades catastróficas *

Marcelo Garriga y Walter Cont

2013

* En base al trabajo “Análisis del diseño e implementación del Fondo de enfermedades catastróficas”. Convenio Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata. Carta Acuerdo 2013.

1. Introducción

Las enfermedades catastróficas (EC) son aquellas de baja probabilidad de ocurrencia y de altos costos. En estos casos, el gasto directo puede generar un alto impacto financiero en las familias. Para la OMS (2010) el cálculo aproximado sobre el número de personas que sufren una catástrofe financiera (definida como el gasto directo de más del 40% de los ingresos familiares en la atención sanitaria, una vez cubiertas las necesidades básicas), según los datos procedentes de 89 países, representa casi el 90% de la población mundial. En algunos países, hasta un 11% de los ciudadanos sufren este tipo de dificultades financieras graves cada año y hasta un 5% se ven arrastrados a la pobreza porque tienen que pagar los servicios sanitarios en el momento de recibirlos.

Cada país ha encarado la problemática de asegurar las EC de manera diferente, y no ha habido una convergencia hacia una única solución que resuelva la cobertura a todos los individuos (dentro de un mismo riesgo) y que sea lo suficientemente amplia. Así, la evidencia indica que se han agrupado dentro del concepto de EC a enfermedades que requieren alto gasto una única vez, enfermedades *raras* y enfermedades que representan un gasto no tan elevado una única vez, pero que, por su cronicidad, implican un gasto mayor al promedio durante un tiempo prolongado. El desafío de cubrir EC ha adquirido mayor repercusión dentro de los sistemas de salud por su mayor prevalencia en las personas de mayor edad. De hecho, en algunos casos, hasta se han incluido enfermedades que representan gastos elevados por tiempos prolongados, yendo en direcciones diferentes a la inducida por el concepto mismo.

Bajo este contexto, el objetivo del presente trabajo consiste en realizar una revisión exhaustiva de la literatura a nivel internacional sobre las experiencias de diversos países en la implementación y diseño de políticas de cobertura de enfermedades catastróficas, analizando sus ventajas y limitaciones. Se trata de incorporar aprendizajes y enseñanzas que puedan ser utilizadas para el diseño del Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas dentro del Programa Sumar, el cual apunta a mejorar la cobertura y calidad del servicio de salud a la población sin seguro en Argentina, que se ve afectada por una enfermedad catastrófica. Además, se presenta una breve descripción del Fondo de EC y algunas consideraciones a tener en cuenta que surgen del análisis de su diseño. El documento se basa en el trabajo “Análisis del diseño e implementación del Fondo de enfermedades catastróficas” realizado en el marco del Convenio FCE-UNLP y Programa Sumar en el año 2013.

El documento está organizado de la siguiente forma. La sección 2 describe los aspectos generales respecto de enfermedades catastróficas y la conformación de seguros. La sección 3 presenta una breve reseña de la evidencia internacional, relacionada con la cobertura de las enfermedades catastróficas, con el objetivo de identificar los aspectos claves que sirvan para el estudio de las soluciones dadas por otros países. La sección 4 revisa la cobertura de EC existente en Argentina a través del sistema sanitario. La sección 5 analiza el funcionamiento del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas implementado por el Programa SUMAR. Por último, la sección 6 presenta las reflexiones finales.

2. Enfermedades catastróficas

2.1. ¿Qué son las enfermedades catastróficas?

Las enfermedades catastróficas desde el punto de vista médico son aquellas que por su gravedad representan riesgo inminente de pérdida de la vida o de pérdidas irreparables en la integridad física (Colina, 2008). Desde el punto de vista financiero, hace hincapié en los gastos derivados de los tratamientos de ciertas enfermedades causantes de serias dificultades financieras (quiebra) para quienes deben financiarlas. A su vez, dentro de esta visión, la literatura especializada distingue tres enfoques: una definición que se refiere a una nominación estricta de cada enfermedad considerada catastrófica, una relativa al ingreso del paciente a tratarse, y una última que establece un umbral fijo de costos de los tratamientos (Tartakowsky, 2003).

La primera definición, más utilizada hace algunas décadas atrás, se basa en la categorización de las EC a partir de un conjunto de eventos médicos, y vincula la catástrofe a la ocurrencia de ciertos sucesos de alto costo. Esta definición está relacionada con el diseño de seguros, los cuales deben especificar con precisión los siniestros cubiertos a través de diagnósticos claramente establecidos, con el problema que deja de lado todo evento catastrófico no contemplado en su definición. Específicamente, una vez que se determina qué enfermedades están en la lista y cuáles no, se produce una inflexibilidad al contexto (por ejemplo, la situación económica de las personas) como al tiempo (evolución de la tecnología que puede hacer menos costoso su tratamiento), la cual solamente puede ser superada a través de sucesivas revisiones de los siniestros cubiertos por el seguro.

La segunda definición considera un gasto de salud por EC cuando supera el 40% de los ingresos netos de los hogares, menos los gastos de subsistencia. En este caso, la definición de enfermedad catastrófica depende del asegurado, y la clasificación de un evento como catastrófico (o no) es relativo a los ingresos de quien lo padece. Se suma entonces la dificultad de precisar los ingresos de cada hogar para una correcta aplicación de la definición. Sin embargo, esta definición se ve modificada al incorporarse una característica adicional que permite dejar de lado un sub-conjunto de enfermedades e incorporar otras: los gastos incurridos frente a este tipo de afecciones suelen perdurar en el tiempo (por ejemplo, medicamentos) y que una enfermedad se pueda convertir en crónica, pudiendo devenir en discapacidad o muerte (Tobar y Liftschitz, 2011; Tobar, Hamilton, Olaviaga y Solano, 2012). Su baja probabilidad de ocurrencia sumada a la necesidad de recurrir a tratamientos altamente costosos (por el uso de tecnología sofisticada o medicamentos costosos) hacen que estas enfermedades catastróficas ameriten ser consideradas en forma separada del resto de la atención médica (Colina, Giordano y Rodríguez del Pozo, 2004). Esta evolución en la definición ha tendido a eliminar de la lista de EC a ciertos problemas de salud mortales denominados anteriormente catastróficos (por ejemplo, ataques cardíacos), mientras que ha pasado a incluir otros tratamientos no mortales pero más prolongados en el tiempo y costosos (por ejemplo, rehabilitaciones). De esta manera, se produce una evolución de la concepción de enfermedad catastrófica a la enfermedad de alto costo (Havighurst, Blumstein y Bovbjerg, 1976).

La tercera definición está vinculada con un nivel de gasto por período, considerando como catástrofe a cualquier situación que supere un umbral de costos preestablecido. Si bien a priori esta variante parece superar las limitaciones de la anterior, consiste en establecer un nivel de gasto y luego reducir el alcance del seguro a través una lista *negativa* (vía eliminación de diagnósticos y atenciones).

Las tres definiciones establecen un conjunto de eventos que permiten distinguir (aunque con distintos criterios) casos considerados catastróficos. Para poder analizar las

fortalezas y debilidades de cada alternativa es preciso considerar que para estar en presencia de una catástrofe de salud es necesario que surja la combinación de al menos uno de los siguientes factores (los cuales deberán ponderarse para elegir la definición más adecuada): costo médico del evento, costo de la hotelería asociada, frecuencia o grado de repetición del evento en una medida de tiempo, cobertura pre-asegurada del evento e ingreso de la persona. Si bien los tres enfoques no son equivalentes, las EC que surgen de considerar los respectivos criterios son bastante coincidentes (Tartakowsky, 2003).

2.2. Enfermedades catastróficas en la práctica

Adelantando la evidencia que se presenta en la sección 3, se observa que si se hace hincapié en la noción costosa de este tipo de enfermedades, el conjunto de enfermedades englobadas puede llegar a ser muy amplio (por eso se las llama muchas veces enfermedades de alto costo). Se distinguen, por un lado, las enfermedades que requieren alto gasto una única vez, como es el caso de los trasplantes -de pacientes que con frecuencia se convierten también en usuarios crónicos- y las cirugías de alta complejidad (cardiovasculares y cerebrovasculares). Por otro lado, se encuentran las que representan un gasto no tan elevado una única vez, pero que implican un gasto mayor al promedio durante un tiempo prolongado (SIDA, enfermedades crónicas, oncológicas, discapacidades derivadas de accidentes cerebrovasculares, entre otras). Si dentro del concepto se acentúa el aspecto de baja prevalencia en la población entonces el conjunto de EC incluye las denominadas enfermedades raras (enfermedad de Gaucher, de Pompe, de Crohn, de Fabri, entre otras). Por su parte, también dentro de las EC se encuadran ciertas patologías o cuidados relacionados con la geriatría (*long term care*), sobre todo las minusvalías, que estrictamente no cumplen con las características mencionadas relativas al riesgo inminente de muerte y a las erogaciones catastróficas, pero que sí se asumen como financieramente importantes ya que implican gastos elevados de forma prolongada en el tiempo (Colina, 2008).

Existe acuerdo entre los gobiernos y los expertos en afirmar que las EC representan uno de los principales problemas que hoy enfrentan los países en materia sanitaria y que, de no tomarse las medidas necesarias, se verá agravado en el futuro (Xu, Evans, Garrin y Aguilar-Rivera, 2005; Xu et al., 2007). A nivel mundial los fenómenos que impactan significativamente en esta cuestión son, por un lado, el envejecimiento de la población que hace que la incidencia de las EC sea cada vez mayor y, por otro lado, los cambios epidemiológicos y los avances de la medicina que conllevan una elevada demanda de recursos costosos (en capital humano y tecnológico) y un alargamiento de la vida del paciente enfermo. Los problemas de EC han adquirido mayor repercusión dentro de los sistemas de salud por su mayor prevalencia en las personas de mayor edad.

Los fenómenos anteriores tienen un importante efecto en materia de las decisiones de política sanitaria. Por un lado, el problema de las EC es el empobrecimiento de la población por los gastos de bolsillo derivados de la ausencia o insuficiencia de cobertura y, por otro lado, el impacto financiero que ejercen sobre los sistemas sanitarios cuando éstos aparecen para suplir el gasto de bolsillo (Xu et al., 2007). Según la OMS (2010), este tipo de eventos afecta a unas 150 millones de personas cada año en el mundo, arrastrando a la pobreza a dos terceras partes de ellas. Si bien el creciente impacto financiero que tienen estas enfermedades es un problema en todo el mundo, existen estudios científicos que muestran que son los países en desarrollo y de América Latina los que más lo sufren (Xu et al., 2003).

2.3. Seguros en enfermedades catastróficas

Los principales factores a tener en cuenta en el diseño de un seguro (en particular, de salud) son la probabilidad de ocurrencia del evento a asegurar, la magnitud de la pérdida, el precio del seguro (que depende del funcionamiento del mercado de seguros correspondiente) y el interés de las partes por asegurarse (nivel de riqueza, preferencias por el riesgo, etc.).

En tal contexto, una pregunta factible es qué montos de pérdida y qué eventos debería cubrir el asegurador. Colina et al. (2004) consideran que no debería llegar a ser un seguro contra todos los montos de pérdida y probabilidades posibles dado que su costo excedería los beneficios (Tartakowsky, 2003). No obstante, esta cobertura total puede ser el resultado de una evaluación social de estos eventos. En cualquier caso, la baja probabilidad de ocurrencia y los altos costos asociados de este tipo de afecciones desequilibran los cálculos actuariales de las aseguradoras, dificultando la posibilidad de diversificar el riesgo. Esto es válido aún en casos en que pueden identificar y discriminar a los pacientes riesgosos, exponiéndolos a afrontar tales contingencias con pagos directos (práctica estándar de contratos de seguros con primas diferenciadas para hacer *screening* de beneficiarios).

En el caso particular de las EC, éstas poseen ciertas características distintivas del resto de las enfermedades que implican una alta dificultad a la hora de resolver su cobertura de manera correcta. A priori, este tipo de enfermedades podrían ser cubiertas mediante seguros como cualquier otro siniestro, con la ventaja adicional de su menor exposición a problemas de riesgo moral (pues no se anticipan incentivos al sobre-uso de los servicios de salud), (Colina, 2008). Evidencia de esto es que en numerosos países desarrollados la solución al problema de las EC se ha manifestado en el auge y desarrollo de los seguros privados voluntarios para cubrirlas.

Sin embargo, el problema de asegurar las EC como cualquier otro siniestro es la selección adversa. Situación que ocurre si existe una prima por cobertura que es considerada costosa por una parte de la población, u otra parte de la población (joven) considera que los riesgos son muy lejanos como para comprar un seguro hoy y deciden no acceder al seguro (Banco Mundial, 1997). Otra manifestación del problema de selección adversa se deriva de la certidumbre que presentan los pacientes (altamente observables) de que, una vez diagnosticada la enfermedad, los gastos sanitarios se perpetuarán en el tiempo (Colina, 2008). Esto es lo que hace que, en consecuencia, los seguros terminan ofreciendo coberturas que en la práctica poseen muchas limitaciones. Por todo lo anterior es que el problema de la cobertura de EC trasciende la esfera de los seguros privados, se convierte en una preocupación de la sociedad, y se asume en muchos países como un desafío a ser enfrentado desde el sector público.

Entonces, dados los problemas de selección adversa y ausencia de problemas de riesgo moral, cuanto más se diversifique el riesgo de EC, menor será el costo global de financiarlas; debido al manejo de estos riesgos en un fondo mancomunado lo más amplio posible y evitando fragmentaciones (que impliquen segmentar la población y multiplicar costos administrativos). Una consecuencia natural es la fusión de fondos privados (de sistemas de prepago) con fondos públicos al incluir a toda la población (incluyendo individuos que no puedan realizar aportes), como ha sido sugerido por el Banco Mundial (2003), Colina et al. (2004) y Tobar et al. (2012). El concepto detrás de esta propuesta es el de mancomunación (*pooling*) y hace referencia a la acumulación y gestión de los recursos de modo tal de diversificar el riesgo financiero que la salud

implica, entre quienes sufren enfermedades y quienes no, así como también para asistir a quienes no están en condiciones de enfrentar los gastos necesarios para recibir atención sanitaria. En caso de concentrarse la totalidad de las EC en un único seguro nacional se debe crear la figura del administrador a cargo de la gestión del fondo. Esta figura puede ser pública o privada, y en cualquier caso la regulación estatal sería necesaria.

Sin embargo, es importante resaltar que, cuando los servicios se brindan de forma gratuita, como ocurre en Argentina, con usuarios que no poseen ningún tipo de cobertura y se atienden a través del sistema de hospitales públicos, la libre disponibilidad y el precio nulo pueden dificultar el uso racional de los recursos. Asimismo, y dadas las características del sistema de hospitales públicos, es factible encontrar asignaciones ineficientes en las dimensiones de calidad (mayor tasa de enfermedades, muertes, etc.) y asignación (filas de espera), sobre todo cuando la oferta no está diseñada para acompañar a la demanda.¹

2.4. Cobertura

En materia de prestaciones vinculadas a EC existe evidencia a nivel internacional sobre los diferentes retos que deben abordar los paquetes de prestaciones en los distintos países y su relación con el nivel de ingresos (OIT, 2007). Los países de ingresos bajos tienden a focalizarse relativamente más en las enfermedades infecciosas (como es el caso del SIDA); los países de ingresos medios en las enfermedades cardiovasculares, dependencia a drogas y tabaco; y los países de altos ingresos refuerzan las prestaciones vinculadas a los cuidados geriátricos de larga duración (*long term care*).

La cuestión que se plantea alrededor de brindar cobertura de EC es la concerniente a los mecanismos tendientes a promover el acceso y la equidad de las prestaciones, esto es, prestaciones universales frente a prestaciones específicas. Mientras que las primeras contribuyen relativamente más al logro de la equidad, las segundas tienen un impacto mayor en la reducción de la pobreza (OIT, 2007).

Una de las barreras al acceso de los tratamientos de las EC consiste en los medicamentos vinculados a dichas enfermedades, denominados medicamentos de alto costo (MAC). Estos tienen alto costo porque esencialmente se trata de productos monopólicos, es decir, productos que se comercializan en mercados donde existe un único oferente que impone barreras a la entrada derivadas de la protección de las patentes. Su acceso no es a través de farmacias minoristas ni figuran en las listas de precios, por eso también reciben el nombre de medicamentos ocultos (Tobar, 2012).

3. Experiencia internacional en fondos de enfermedades catastróficas

Las respuestas al problema del acceso al tratamiento de las EC en el mundo ha tenido diferentes características y ninguna está exenta de desventajas e implican desafíos de difícil solución. No obstante, parece haber acuerdo entre los expertos en que la forma de

¹ En el caso particular de cardiopatías congénitas (tanto las que actualmente se consideran como catastróficas como las que están en listado de prácticas regulares), el problema de filas de espera y asignación de casos entre hospitales prestadores fue un gran desafío en sus inicios, que fue mejorado significativamente. Así, en el documento del Plan Nacer (2011a) se menciona que “la limitada capacidad prestacional y la falta de coordinación de la derivación han dado como resultado una lista de espera para la resolución quirúrgica, generando atenciones inoportunas y muertes que de otra forma podrían haber sido evitadas”, mientras que en Plan Nacer (2011b) ya se muestran progresos en estas dimensiones.

enfrentar las posibles soluciones al problema de la cobertura de las EC ha estado condicionada a los distintos tipos de sistemas sanitarios existentes en los países del mundo (Colina, 2008; Tobar, 2012).

En general, se observa que en los países cuyos sistemas sanitarios son universales y financiados públicamente, la cobertura de las EC funciona bajo los mismos mecanismos que las enfermedades agudas, ya que su atención, en la mayoría de los casos, está explícitamente contemplada en los sistemas nacionales. Este es el caso de países como Canadá, Reino Unido y España. En países como Estados Unidos, con un sistema esencialmente formado por seguros privados (excepto los sistemas *Medicare* y *Medicaid*), la solución se ha dado a través de seguros especiales de naturaleza también privada. Cuando el sistema sanitario se organiza en torno a seguros sociales de salud, como es el caso de Colombia, la tendencia ha sido dar solución al riesgo de las EC mediante la creación de seguros especiales separados, de naturaleza universal, y financiados mediante impuestos al salario.

Luego, en aquellos países en los cuales el acceso a los servicios de salud se organiza a través de un modelo mixto de seguros públicos y seguros privados, como es el caso de Chile y de varios países desarrollados, la solución no es única. Coexisten en el sistema seguros tanto públicos de tipo complementario para cubrir la atención de EC como seguros privados voluntarios.

A continuación se sintetiza la forma que han adoptado los distintos países para el diseño e implementación institucional de la cobertura de EC (Tobar, 2012):

- i) El control de la oferta: a través de listas de espera y estandarización de tratamientos cuando los sistemas son universales y de financiación por parte del Estado (España, Reino Unido y Canadá).
- ii) Programas nacionales para EC: se trata de países que implementan la cobertura del tratamiento de determinadas enfermedades, en general a través de políticas de provisión de MAC (Brasil).
- iii) Coseguros específicos: característico de sistemas sanitarios inherentemente privados (Estados Unidos). Existen seguros también privados para complementar los vacíos de cobertura de los seguros existentes.
- iv) Reaseguros: se trata de seguros para las aseguradoras (públicas o privadas), cuyo objetivo es compensar a las compañías de los desembolsos catastróficos derivados de la cobertura de tratamientos de sus afiliados (reaseguro CAEC en Chile).
- v) Cuentas individuales de capitalización: sistema a través del cual los individuos ahorran en cuentas individuales para enfrentar sus gastos sanitarios (Singapur). En relación a los gastos por EC existe un sistema al cual se realizan aportes complementarios para tal fin. Las personas pobres que no forman parte del sistema formal y no realizan aportes en cuentas de ahorro están cubiertas por otro subsistema gratuito financiado por el Estado.
- vi) Separación específica de la cobertura de EC: a través de subsistemas especiales que garantizan la financiación y la prestación; dentro de los cuales se pueden distinguir tres posibles diseños: (i) seguros universales de EC (Holanda); (ii) fondos que garantizan la financiación de las prestaciones de forma universal (Uruguay y México); y (iii) fondos que expanden la cobertura para hacer frente a las EC (Chile).

A continuación se revisa de forma individual, para un conjunto de países de América Latina, cómo los diseños y respuestas descriptas anteriormente se han puesto en práctica, describiéndose la experiencia en materia de cobertura de EC.

4. Los antecedentes en Argentina

4.1. Organización de la cobertura sanitaria en Argentina

El sistema sanitario en la Argentina se basa fundamentalmente en un subsistema de seguridad social (obras sociales y programas que se organizan en dos órbitas, la nacional y la provincial) y en otro subsistema formado por seguros privados (empresas de medicina prepaga), complementados por el sistema de provisión por parte del sector público que brinda cobertura abierta a todos los habitantes del país.

En el sistema nacional coexisten distintos esquemas de acuerdo a los grupos de beneficiarios. Un conjunto de Obras Sociales Nacionales (OSN que aglutinan alrededor del 40% de la población, PNUD (2010)) da cobertura a los asalariados del sector público y privado nacionales. Otro conjunto brinda cobertura a los pequeños cuentapropistas (monotributistas) y personal de servicio doméstico.

Para los jubilados del sistema contributivo la cobertura viene dada por el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) gracias a la afiliación (de tipo coercitiva) al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Los trabajadores de los organismos especiales del sector público nacional (Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Universidades, Poderes Legislativo y Judicial) poseen cobertura proveniente de los propios organismos. Y por último, en la órbita nacional, se encuentran aquellos beneficiarios de pensiones no contributivas o graciabiles quienes poseen cobertura sanitaria a través del Programa Federal PROFE.

Los esquemas de prestaciones a lo largo de estos sistemas de cobertura nacional difieren tanto en lo que concierne a la lista de prestaciones como a sus mecanismos de implementación, financiación, regulación y redes de prestación. Más abajo se explican estos aspectos focalizados en la cobertura de EC.

El sistema de seguridad social de nivel provincial está formado, por una parte, por el conjunto de las Obras Sociales Provinciales (OSP), una por provincia, que brindan cobertura sanitaria a los trabajadores del sector público provincial, jubilados (ex empleados públicos de la provincia) y sus familias, que representan alrededor del 14% de la población (PNUD, 2010). Por otra parte, se encuentran los trabajadores informales no registrados y las personas inactivas, quienes no poseen aseguramiento y que acceden a las prestaciones sanitarias a través de la red de hospitales públicos.

El subsistema privado formado por los seguros voluntarios de naturaleza privada (prepagas) está compuesto tanto por afiliados del subsistema nacional como provincial que desean complementar el seguro que les corresponde legalmente (por ejemplo, por ser empleado del sector público) como también por individuos sin cobertura de la seguridad social pero con capacidad de pago para adquirir un aseguramiento privado. Estos seguros de naturaleza comercial no se rigen por un marco regulatorio definido, fijan sus primas de manera libre y los servicios los ofrecen a través de su red de prestadores privados.

4.2. La cobertura de EC en el sistema sanitario argentino

Parece existir acuerdo entre los expertos (Colina, 2008; Tobar et al., 2012) en que, hasta la actualidad, la cobertura de la población frente a las EC en el sistema sanitario argentino ha sido para aquellos individuos a los cuales les correspondía algún tipo de cobertura de acuerdo a su seguro social. En cambio, ha sido inexistente o incompleta para algunos sectores de la población. A continuación se describirá el tipo de protección frente a las EC existente bajo cada uno de los subsistemas de aseguramiento del país.

- La cobertura de EC en las OSN (asalariados del sector público y privado nacionales, monotributistas y personal de servicio doméstico)

Las prestaciones mínimas que deben ofrecer las OSN quedan contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual consiste en un listado extenso de prestaciones abarcando todo tipo de intervención excepto las que se encuentran en fase de experimentación. En el PMO no figuran de forma explícita la obligatoriedad de brindar servicios relacionados con las EC pero, de acuerdo al mismo, las prestaciones de servicios de hospitalización e intervenciones de alta complejidad están contempladas sin límite explícito de acceso y cobertura (Colina, 2008). La realidad de las OSN es que, a través de sus carteras de servicios ofrecidos (que en muchos casos exceden los mínimos del PMO) o por vía judicial, en numerosas ocasiones se ven enfrentadas a cubrir los altos costos derivados de los tratamientos de EC.

En este contexto se crea en el año 1998 la Administración de Programas Especiales (APE), financiado por el Fondo Solidario de Redistribución, bajo el objetivo de subsidiar, por la vía de excepción, a las OSN que necesitaban hacer frente a los gastos catastróficos derivados de la cobertura obligatoria de tratamiento de las enfermedades de baja incidencia impuesta por el PMO. La APE implementó un esquema donde se combinaron pautas de reembolso, con franquicias y montos máximos, y módulos.²

La cobertura frente a gastos catastróficos para el caso de los trabajadores monotributistas y del sector de servicio doméstico también se rige bajo las condiciones mínimas establecidas en el PMO y la APE en sentido legal, aunque opera con restricciones. Estas restricciones de acceso -traducidas en espera- se encuentran en función del pago de una cotización mínima, similar al piso que opera en el régimen general (Colina, 2008). Si la cotización de los trabajadores no llega a ese límite inferior, el Fondo Solidario de Redistribución complementa el monto.

Se sostiene que el esquema de la APE estaba bien pensado en sus orígenes por anticiparse a la problemática de los gastos catastróficos; sin embargo, con el tiempo y en la práctica, su ejecución se fue alejando de la naturaleza de su creación desviándose de sus objetivos a medida que sus mecanismos de ejecución se volvieron más bien discrecionales y poco transparentes (Vassallo, 2011). Los resultados negativos de la operatoria del APE hicieron que en el año 2012 fuera absorbido por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que en su reemplazo crea el Sistema Único de Reintegros (SUR), a través de la Resolución 1200.

² Algunas de las prestaciones incluidas son: trasplantes, radioneurocirugías, cardiodesfibriladores y emolizaciones, prótesis y ortopedia traumatológicas, neurocirugía y grandes quemados, drogas inmunodepresoras, tratamientos de droga-dependencia, tratamiento de discapacidad, y tratamientos farmacológicos de SIDA.

- La cobertura de EC de los beneficiarios de PAMI

La cobertura general que brinda el Programa PAMI es muy extensa abarcando prácticamente todo tipo de prestaciones incluyendo las de geriatría (*long term care*) acorde al tipo de población que cubre el INSSJP -más de dos tercios de los beneficiarios son mayores de 65 años.

Los servicios de hospitalización e intervenciones de alta complejidad están cubiertos sin límites, esto supone graves problemas de financiamiento y la imposibilidad de formar un *pool* de riesgos razonable que haga viable su sostenibilidad financiera, ya que la mayoría de sus beneficiarios comparten perfil epidemiológico.

- La cobertura de EC de los trabajadores de los organismos especiales del sector público nacional (Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Universidades, Poder Legislativo y Judicial)

Los seguros definidos para este grupo de beneficiarios se definen en el marco de normativas especiales, en algunos casos, definidas dentro de los mismos organismos a los que pertenecen. Los planes, en general, son muy amplios y con un gran número de prestaciones dentro de las cuales quedarían incluidas las EC, aunque con límites muy difusos o nulos, similar a lo que ocurre en la definición del PMO y PAMI. Según el estudio de Colina (2008), algunos de estos seguros pueden tener mayor cobertura efectiva de las EC puesto que, por un lado, su financiación proviene de las mismas organizaciones y, por el otro lado, la población a cubrir es acotada.

- El Programa Federal de Salud PROFE

El Programa PROFE se organiza desde el Ministerio de Salud Nacional y su ejecución está a cargo de las provincias. La población a la que asiste es mayoritariamente discapacitada y la incidencia de EC llega al 3% del padrón de beneficiarios (Tobar, 2010). El Programa se implementa a través de un modelo asistencial centralizado llamado Programa de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI) que se constituye a través de la retención de un porcentaje de la cápita mensual que la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas transfiere a las provincias. Luego de recibir un pedido de prestación, el PROFE contrata dicha prestación a hospitales provinciales de la red pública y paga con dinero que corresponde al PACBI de la respectiva provincia, el cual sólo se efectiviza una vez que la provincia presenta la documentación que acredita la prestación realizada.

- La cobertura de EC en las Obras Sociales Provinciales

La característica de este subsistema de órbita provincial es su heterogeneidad, ya que cada una de las OSP funciona con normas propias, sin un ente regulador común. Difieren mucho en tamaño, alcances de las coberturas y mecanismos de financiación, aunque la mayoría lo hacen a partir de los aportes (también distintos) provenientes de impuestos al trabajo (aproximadamente 9%). El rasgo especial en el que coinciden la mayoría de las OSP es que se contrata a los prestadores privados (instituciones y profesionales) a través de convenios que se realizan con intermediación de los gremios de los profesionales médicos (Colina, 2008).

En lo que concierne a la cobertura de tratamiento de EC, al igual que en la órbita nacional, las carteras de prestaciones tienen la suficiente extensión como para entender

que su cobertura está contemplada. No hay una explicitación de la obligación de prestar tratamiento a patologías de alto costo pero en general las OSP terminan cubriéndolas vía demanda judicial. En algunos casos los Gobiernos Provinciales a través de sus Ministerios de Finanzas pueden tomar parte en la financiación de la cobertura relacionada con alguna EC, pero se realiza siempre a partir de decisiones para casos específicos (Colina, 2008).

- La cobertura de EC para los trabajadores informales no registrados y personas inactivas

La proporción de individuos en este conjunto alcanza casi al 40% de la población argentina y son los que no tienen otro acceso a la sanidad que la que brinda el Estado, con las responsabilidades asumidas por las jurisdicciones, a través de su red de hospitales públicos. Estos están obligados a brindar todo tipo de prestación y para toda la población que lo demande, independientemente de si los individuos poseen además otro tipo de aseguramiento.

En este encuadre se brinda cobertura también para los tratamientos derivados de las EC que, en muchos casos, implica la derivación de los pacientes a distintas jurisdicciones que poseen los establecimientos idóneos para las intervenciones y prácticas requeridas. La consecuencia de este sistema de atención sanitaria es la falta de recursos permanente a la que se ven enfrentados los hospitales producto de la gran cantidad de usuarios a los que se debe brindar servicios, lo que lleva a una cobertura insuficiente o de baja calidad.

En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación ha iniciado y sostenido programas, muchas veces delegados en las jurisdicciones para su ejecución, y acciones tendientes a dar respuesta a la cobertura de determinadas enfermedades, entre ellas las catastróficas. Para estas acciones el Ministerio de Salud de la Nación se vale del financiamiento del Presupuesto Nacional a través del cual se habilitan los fondos para adquirir, por ejemplo, insumos y MAC que luego los proveedores distribuyen entre las jurisdicciones para ser utilizados en sus hospitales públicos. Tal es el caso del banco de drogas que provee de oncológicas a los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (y a las provincias en proporción menor), el Programa VIH/Sida que provee de inmunodepresores (Tobar et al., 2012) y el Programa Sumar que funciona como esquema de aseguramiento a un subgrupo de la población sin obra social o empresa de medicina prepagada (niños, adolescentes y mujeres adultas).

Con respecto a los MAC, su cobertura se encuentra contemplada en el PMO de emergencia y las acciones específicas para los MAC por parte del Estado es de cobertura por trámite de excepción y judicialización. Por parte de las OSN era a través de APE, actual SUR (Marin y Polach, 2011).

Vale la pena mencionar la iniciativa existente de encarar el problema del acceso de los MAC para el tratamiento de las EC en los países de América del Sur en el marco del proceso de integración UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas). Esta iniciativa es incipiente en materia de agrupar esfuerzos en la regulación y acceso a MAC (precios, patentes, mercados internacionales de medicamentos, etc.).

El Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas es otra iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Sumar, para el financiamiento de una enfermedad catastrófica como son las cardiopatías congénitas. El Fondo tiene como objetivo garantizar la solvencia financiera y mejorar la distribución

de los casos en función de criterios de urgencia, distancia y de la capacidad de respuesta de los establecimientos. La población objetivo son todos los casos de cardiopatías congénitas en niños menores de 6 años sin seguro de salud, ampliándose a partir de 2013 a los adolescentes hasta 19 años. En este marco, se concibió la creación del Ente Coordinador de Derivación de los pacientes con cardiopatías congénitas y del actual Registro Nacional de Prestadores para la Atención de Cardiopatías Congénitas.

4.3. Síntesis de experiencia internacional y argentina en cobertura de EC

En la Tabla 1 se presenta una síntesis de las experiencias internacionales y los antecedentes en Argentina sobre la cobertura de enfermedades catastróficas.

Tabla 1. Síntesis de experiencias internacionales en EC y antecedentes en el sistema sanitario argentino

Argentina	Brasil	Uruguay	Chile	México	Colombia	Otros países
Características del sistema de salud						
Sistema sanitario conformado por subsistemas: seguridad social (obras sociales), seguros privados (prepagas) y sector público	Sistema Único de Salud Pública (SUS) con competencias descentralizadas	Sistema sanitario universal conformado por: Instituciones de Atención Médica Colectivas (IAMC), red de hospitales públicos y de seguros privados	Sistema de salud conformado por: el Fondo Nacional de Salud (FONASA), seguro público, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que son seguros privados	Reforma Ley General de Salud (año 2003): Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), Seguro Popular de Salud (SPS)	Reforma Ley 100 (año 1993), creación del Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS), conformado por dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado	Sistemas sanitarios universales y de financiación por parte del Estado (España, Reino Unido y Canadá) y sistema sanitario privado (Estados Unidos y Singapur)
Aspectos clave de cobertura de Enfermedades Catastróficas						
* Diferenciada según subsistema de aseguramiento: i) Sistema Único de Reintegros (SUR), esquema de reaseguro a las Obras Sociales Nacionales ii) PAMI cubre todas las prestaciones iii) Programa Federal de Salud PROFE (modelo asistencial) iv) Programas especiales (Programa Sumar, HIV/Sida), individuos sin cobertura	* Diferentes programas nacionales de cobertura de Medicamentos de Alto Costo	* Fondo Nacional de Recursos (Ley 14.897 de 1980). Esquema de reaseguro médico para los beneficiarios * Experiencia exitosa en materia de equidad y universalidad (pool de riesgos, disminución de brechas) * Una limitación es que aún quedan excluidas muchas enfermedades catastróficas * El FNR se financia con cuotas de las IAMC y de los seguros parciales de cobertura total y por el Estado. El Estado es responsable último de cubrir los déficits	* Tres esquemas para la cobertura de EC: i) Programa AUGE (cobertura a la población total); ii) Cobertura Adicional de EC (esquema de reaseguro voluntario CAEC) para ISAPRES; iii) Seguro Catastrófico de FONASA (cobertura universal) *El AUGE se financia con financiamiento público a través de un Fondo creado para su implementación. *El CAEC se financia con cuotas adicionales de los afiliados de las ISAPRES	*Fondo de Protección para Gastos Catastróficos (FPGC) y, Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (complemento del SPS y FPGC) con cobertura a neonatos y niños menores de 5 años * La ventaja es que es mecanismo apropiado para prevenir la ruina financiera de las familias que enfrentan EC * La limitación es que existen demoras en recepción de reembolsos y posible demanda inducida * Financiamiento solidario del Estado Nacional y de las entidades federativas.	* Plan Obligatorio de Salud (POS) del SGSSS * Limitación al acceso de personas que padecen dichas patologías y de edad avanzada	* Control de la oferta: listas de espera y estandarización de tratamientos (España, Reino Unido y Canadá); coseguros específicos (EEUU); y cuentas individuales de capitalización (Singapur)

Fuente: FCE-UNLP (2013)

5. Programa Sumar – Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas

5.1. Aspectos generales

El Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC), basado en el Fondo de Reaseguramiento Solidario (FRS) para la cobertura de prácticas de CC, cubre a todos los beneficiarios sin seguro del país (brindando cobertura efectiva básica, CEB) y paga a prestadores el costo de las prestaciones. Estas dos condiciones resultan del principio básico del seguro y además son flexibles a la apertura de la oferta a la participación de privados.

Los antecedentes del Fondo datan de la puesta en marcha del Plan Nacer en el año 2005. En el año 2010 el Plan Nacer sumó el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, financiando todas las operaciones cardíacas, estudios diagnósticos y traslados de niños menores de 6 años sin obra social con malformaciones congénitas del corazón. En 2012 el Plan Nacer incluyó en su cobertura prestaciones y módulos de alta complejidad para la embarazada y el neonato, agrupados en el Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC). A su vez, el Plan Nacer fue ampliado al Programa Sumar, incorporando entre la población elegible a los niños y niñas de 6 a 9 años, los adolescentes de 10 a 19 años y adultos mujeres hasta 64 años sin obra social.

El criterio adoptado por el Programa Sumar para la definición de EC es que el costo de los módulos estandarizados de los tratamientos supere el monto de \$40.000. De esta forma la actual lista de eventos catastróficos incluye los módulos integrales de atención de CC identificados como módulos V, VI y VII y sus respectivas prácticas complementarias; los módulos quirúrgicos de atresia esofágica, gastroquisis y oclusión intestinal; y los módulos de internación de recién nacido prematuro de 500 a 1.500 gr. con o sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) o presión positiva continua en vías aéreas (CPAP).

La financiación de EC está centralizada en el FRSEC y los fondos son aportados por la Nación; las provincias participan en los aspectos operativos pero no en los financieros. Dado que la naturaleza del FRSEC es de proveer un seguro por EC y no funcionar como un mecanismo de incentivos, el establecimiento de capitas es un mecanismo que sólo le suma aleatoriedad al esquema de financiación.³

5.2. Consideraciones sobre la implementación del FRSEC

i) Cobertura e incentivos

El criterio utilizado para definir el umbral entre EC y ENC (\$40.000) es arbitrario, dejando prácticas por debajo del mismo con características similares -y con un costo no muy inferior- a las prácticas cubiertas por el FRSEC, debiendo ser provistas por el régimen de servicios preventivos y generales de salud (con pago incremental y en lugar de cobertura total). En principio, sería recomendable considerar la inclusión de las CC I a IV y de los módulos neonatales de hidrocefalia congénita, mielomeningocele y malformación anorectal dentro del FRSEC (no así las prácticas de embarazo de alto riesgo).

³ Las capitas se aplican sobre la población con cobertura básica y están ajustadas por desempeño.

A los fines de mantenerse dentro del marco establecido por el Programa Sumar, la alternativa de dejar afuera del FRSEC a las prácticas preestablecidas podría considerarse si la delegación a las provincias de la fijación de los respectivos precios no altera significativamente las condiciones de prestación de servicios, de forma tal que el riesgo de desatención sea bajo o nulo (por ejemplo, en el caso de los módulos no catastróficos de CC, el Manual Operativo establece que la definición de precios sea a nivel provincial, pero sujeta a discusión técnica previa, a informar a la Unidad Ejecutora Central y al Banco, y a una sugerencia de uniformidad geográfica, lo que limita en cierta medida el espacio de maniobra a nivel provincial).

Adicionalmente, teniendo presente la reciente ampliación de cobertura del Programa Sumar -incluyendo niños, adolescentes y adultos de sexo femenino-, entran en escena otras enfermedades típicas de estos intervalos etarios. Según la experiencia nacional e internacional analizada, estas enfermedades se clasifican en (al menos) tres grupos, según sus características de repetición (cronicidad) y costo. El primer grupo lo constituyen las enfermedades que requieren alto gasto por una única vez (por ejemplo, trasplantes y cirugías cardiovasculares y cerebrovasculares). El segundo grupo consiste en las enfermedades que implican un gasto mayor al promedio durante un tiempo prolongado (por ejemplo, SIDA, enfermedades oncológicas, enfermedades mentales crónicas, discapacidades derivadas de accidentes cerebrovasculares, fibrosis quística). El tercer grupo está compuesto por enfermedades que se caracterizan por su baja prevalencia en la población y que implican elevados gastos (por ejemplo, las enfermedades de Gaucher, Pompe, Crohn y Fabry).

La forma más apropiada de atender las EC del Programa Sumar es a través de un único seguro financiado por la Nación. Tiene como ventaja una mejor administración del riesgo epidemiológico, una mejor administración de la oferta pública de salud, con menores costos respecto de un esquema descentralizado. La alternativa de que cada provincia otorgue cobertura catastrófica a través de los seguros provinciales de salud hace perder el carácter mancomunado del seguro nacional y, a su vez, impone restricciones sobre la disponibilidad de la oferta para atender estas EC (que debería mejorarse a través de acuerdos interjurisdiccionales descentralizados).

En línea con lo anterior, una posible ampliación de la demanda (a toda la población, con la correspondiente proporción de fondos de otros sistemas cuyo destino son EC) y de la oferta (incluyendo prestadores privados) fortalecería aún más estas ventajas del seguro. Cuanto más se diversifique el riesgo de EC, menor será el costo global de financiarlas, debido al manejo de estos riesgos en un fondo mancomunado lo más amplio posible y evitando fragmentaciones (que impliquen segmentar la población y multiplicar costos administrativos).

En cualquier caso, la implementación de trazadoras u otros mecanismos de desempeño introduce dificultades al funcionamiento del Fondo a través de aleatoriedades innecesarias, dado que el objetivo de cobertura de EC es uno de seguros, no de incentivos. La dimensión incentivos para mejorar el desempeño de ciertas prácticas es más importante en la prestación de servicios preventivos y generales de salud. Para estas prestaciones adquiere relevancia la utilización de herramientas alternativas que permitan realizar una medición de desempeño y establecer un esquema de incentivos en función de los resultados. Sin embargo, esta dimensión de incentivos es menos relevante en EC, con alcance acotado a la etapa de diagnóstico y a algunos componentes de las líneas de cuidado. Así, un esquema de incentivos podría ser de utilidad para inducir a la realización del diagnóstico prenatal de EC en tiempo y forma (por ejemplo, asociado a

una trazadora de procesos sanitarios enfocados al diagnóstico temprano y oportuno). En este contexto, surgen dos opciones para la consideración de las prestaciones de diagnóstico para confirmación de EC (específicamente, las neonatales). Una opción es ubicarlas dentro del nomenclador de atención de primer nivel, por fuera de los módulos de EC. En tal caso, el pago por prestación (de un conjunto de servicios a definir con mayor precisión, pero que incluirían ecografías específicas, amniocentesis, etc.) estaría orientado a cubrir la brecha incremental y tendría que considerar el correspondiente aumento sobre la cápita transferida por la Nación a las provincias. Una segunda opción es considerarlas dentro de la línea de cuidado de EC, definiendo un módulo médico para el diagnóstico de cada EC neonatal y que aplica a partir de que se produce la sospecha y se recomienda derivar el caso a un servicio especializado.

ii) Financiamiento

La naturaleza del FRSEC, a diferencia del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP), es que funcione como un seguro, no como un mecanismo de incentivos (el cual recauda las cápitales y paga por cuenta y orden de las Unidades de Gestión del Seguro Provincial (UGSP)). En consecuencia, se deberían obtener recursos para cubrir las necesidades de gastos esperadas. Hacerlo a través de la recaudación de transferencias capitadas calculadas en función de la población del Programa es una opción razonable. Pero ajustar esta recaudación por la CEB y una medida de desempeño (trazadoras) solamente agrega variabilidad a la recaudación sin lograr resultados en otras dimensiones (como, por ejemplo, incentivos).

Sin embargo, el Manual Operativo del Programa Sumar impone obligaciones formales sobre el cálculo de las transferencias capitadas en función de la cobertura y del logro de trazadoras. Se presenta un detalle de posibles trazadoras a utilizar para medir procesos administrativos, procesos sanitarios y resultados sanitarios en la atención y financiamiento de los servicios de salud por EC:

- Procesos administrativos: la dimensión de procesos administrativos puede aproximarse a través de la relación entre prácticas facturadas y prácticas realizadas. En este caso, el desafío está en el cálculo del denominador (prácticas realizadas): en principio, debe calcularse la totalidad de las prácticas estimadas dejando de lado cuestiones de cobertura (dado que este no es el objetivo), considerando sólo aquellas que efectivamente se realizan en el período de medición. Las opciones analizadas son: i) estimar las prestaciones promedio que aplican a una patología y ii) utilizar las prácticas facturadas en el período anterior.
- Procesos sanitarios: esta dimensión puede aproximarse a través de la relación entre casos tratados y casos potenciales. Al medir procesos sanitarios, pueden surgir los mismos cuestionamientos realizados en el caso de procesos administrativos. Esta trazadora puede ser utilizada para buscar resultados de diagnóstico temprano, en cuyo caso se puede construir medidas que lo aproximen (diagnóstico prenatal o general según corresponda; porcentaje de casos catastróficos que nacieron en establecimientos con neonatología con la complejidad adecuada, o casos diagnosticados en controles prenatales versus el total de casos diagnosticados).
- Resultados sanitarios: esta trazadora sería menos relevante si se establece la trazadora de procedimientos bien medidos. Sin embargo, cuando la medición de procesos es compleja o difícil de lograr, la medición de resultados puede ser ventajosa e informativa. La dimensión de resultados sanitarios puede

aproximarse a través del porcentaje de casos tratados como EC con sobrevida (redefiniendo umbrales o preestableciendo metas en casos en que el denominador sea muy ambicioso).

- Financiamiento de servicios de salud: esta trazadora puede aproximarse a través del porcentaje de fondos asignados al efector (por EC) que llegan a los respectivos servicios. Su implementación puede ser limitada si no hay una etapa de control del destino efectivo de los fondos que los efectores reportan en los Planes de Producción y Aplicación de Fondo (PPAF) (aunque puede ser subsanada incluyendo control del PPAF en la fase de auditoría).

La forma funcional de la transferencia complementaria del PISMIP puede adaptarse a las cuatro trazadoras del FRSEC, con los umbrales (transferencia mínima y máxima, logro sanitario y umbral mínimo) debidamente calibrados. De todas formas, se destaca la debilidad de este mecanismo para incentivar su cumplimiento por parte de los efectores o las provincias, ya que no hay beneficios ni costos asociados a ello.

Una preocupación del Programa Sumar es que el FRS de CC acumuló recursos en exceso sin prever una regla para suspender el devengamiento de transferencias. Dada esta situación, se sugiere la posibilidad de segmentar las cuentas de acuerdo a las distintas EC contempladas dentro del FRSEC. De esta forma se podría llevar una contabilidad más detallada, ganando información respecto de la evolución del saldo del FRSEC y las razones por las cuales se acumulan fondos a tasas mayores o menores que las previstas y, a su vez, la flexibilidad para adaptar cada una de las sub-cuentas (por ejemplo, anualmente).

Además, si bien es razonable que el FRSEC acumule un superávit para prever gastos en exceso de los esperados, el Programa podría evaluar una regla de acumulación de fondos hasta que éstos lleguen a un umbral superior de X_S veces las necesidades de gasto de un año, monto a partir del cual el devengamiento de transferencias entraría en un *stand by*; para luego reiniciar dicho devengamiento una vez que el saldo del FRSEC disminuya hasta un umbral inferior de X_I veces las necesidades de gasto de un año. El umbral inferior, en principio, estaría relacionado con el concepto de reserva técnica del seguro, consistente en la reserva para gastos catastróficos y las reservas para fondos anticíclicos. A su vez, los umbrales deberían ser definidos en función de la flexibilidad del Programa al implementarlos. Este mecanismo de flexibilidad temporal para recaudar y suspender transferencias capitadas se puede adaptar perfectamente a transferencias sujetas a variabilidad (debido a su condicionalidad a la CEB y al logro de trazadoras).

Los precios de los módulos de CC, de las EC neonatales y de bajo peso son decididos por la Nación y cubren el costo de la prestación de los servicios. Este principio de pago es razonable para las prácticas cubiertas por el Fondo de EC si la administración y financiamiento permanecen centralizados, pero deberían tenerse en cuenta posibles conflictos entre la Nación y las provincias si éstas deciden de manera descentralizada los precios de prestaciones por enfermedades no catastróficas (en principio, dentro de prácticas neonatales, dado que existen condicionamientos en el caso de CC).

iii) Regionalización

Idealmente, deberían existir hospitales con capacidad de atender enfermedades catastróficas neonatales en cada provincia. Dadas las limitaciones de la oferta en algunas provincias, resulta necesaria y está contemplada en el Manual Operativo del

Programa Sumar, la realización de acuerdos interjurisdiccionales para garantizar la cobertura.

6. Reflexiones finales

El Programa Sumar está desarrollando el Fondo de Enfermedades Catastróficas con el objeto de mejorar la cobertura y calidad del servicio de salud a la población de Argentina sin seguro de salud, que se ve afectada por una enfermedad catastrófica. En este trabajo se revisan las referencias relevantes referidas al concepto de enfermedades catastróficas y la evidencia internacional respecto de su cobertura con el objeto de identificar aspectos claves que sirvan para el estudio de las soluciones dadas por otros países y que puedan ser utilizados para el diseño del Fondo. Además, se presenta una breve descripción del Fondo de EC y algunas consideraciones a tener en cuenta que surgen del análisis de su diseño. Los aspectos analizados brindan importantes insumos que ha sido utilizado por el Programa Sumar para la toma de decisiones en su carácter de política pública.

Cada país ha encarado la problemática de asegurar EC de manera diferente. No se vislumbra una convergencia hacia una única solución que resuelva la cobertura de EC a todas las personas (dentro de un mismo riesgo) y que sea lo suficientemente amplia, respecto del espectro de cobertura de enfermedades catastróficas y gastos relacionados.

En lo que respecta a la cobertura de EC, éstas se caracterizan por problemas de selección adversa y ausencia de riesgo moral -aunque este último empieza a adquirir importancia cuando la política de salud amplía la cobertura más allá de las EC. Esto sugiere la posibilidad de asegurar estos eventos: cuanto mayor sea la cobertura (obligatoria) y diversificación del riesgo de EC, menor será el costo global de financiarlas (de manejar estos riesgos en un fondo mancomunado, evitando fragmentaciones de la población y duplicaciones de costos administrativos). En este caso, adquieren importancia la figura del administrador a cargo de la gestión del fondo (pública o privada) y la figura del regulador. Esta idea ya ha sido considerada en Banco Mundial (2003), Colina et al. (2004) y Tobar et al. (2012).

Por su parte, cuando el *pool* está acotado a un subconjunto de beneficiarios y los servicios se brindan de forma gratuita, como ocurre en el caso del servicio de salud pública en Argentina, la libre disponibilidad y precio nulo pueden dificultar el uso racional de los recursos, generando asignaciones ineficientes en las dimensiones de calidad (mayor tasa de enfermedades, muertes, etc.) y asignación (filas de espera), sobre todo cuando la oferta no está diseñada para acompañar a la demanda. Un Fondo Nacional de EC debe tener en cuenta estas consideraciones para mejorar las asignaciones, con medidas que afectan tanto la oferta como la demanda.

En particular, el Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas dentro del Programa Sumar tiene como ventaja una mejor administración del riesgo epidemiológico, una mejor administración de la oferta pública de salud, con menores costos respecto de un esquema descentralizado. No obstante, en el análisis se han detectado algunos aspectos en su diseño a considerar para su mejora, y en base a esto se presentan algunas recomendaciones. Entre ellos se encuentran:

- La arbitrariedad en la definición de enfermedades catastróficas, en el cual se recomienda evaluar la posibilidad de incluir dentro del Fondo a los módulos de I

a IV de CC y los módulos neonatales de hidrocefalia congénita, mielomeningocele y malformación anorectal.

- La necesidad de ampliar la cobertura de EC, debido a la reciente ampliación del Programa Sumar incluyendo niños, adolescentes y adultos de sexo femenino, donde entran en escena otras enfermedades típicas de estos intervalos etarios.
- La redefinición de trazadoras a utilizar para medir procesos administrativos, procesos sanitarios y resultados sanitarios en la atención y financiamiento de los servicios de salud por EC.
- La utilidad de un esquema de incentivos para inducir a la realización del diagnóstico prenatal de EC en tiempo y forma. En este contexto, surgen dos opciones: i) ubicar las prestaciones de diagnóstico dentro del nomenclador de atención de primer nivel, por fuera de los módulos de EC (en tal caso, el pago por prestación estaría orientado a cubrir la brecha incremental y tendría que considerar el correspondiente aumento sobre la cápita transferida por la Nación a las provincias); ii) considerar las prestaciones dentro de la línea de cuidado de EC, definiendo un módulo médico para el diagnóstico de cada EC neonatal y que aplica a partir de que se produce la sospecha y se recomienda derivar el caso a un servicio especializado.
- La evaluación de un fondo de acumulación para evitar acumular recursos en exceso sin prever una regla para suspender el devengamiento de transferencias.

Referencias bibliográficas

- [1] Aracena Gaenao, B., González Robledo, M., González Robledo, L., Palacio Mejía, L. y Nigenda López, G. (2011). “El fondo de protección contra gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación”. *Salud Pública México*, 53(4), 407-415.
- [2] Banco Mundial (1997). “Choices in financing health care and old age security”. Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, Discussion Papers, 392.
- [3] Banco Mundial (2003). “El sector salud argentino: Situación actual y opciones para mejorar su desempeño”. Departamento de Desarrollo Humano, Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Reporte, 26144-AR.
- [4] Colina, J. (2008). “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina”. *Fundación MAPFRE*, Madrid.
- [5] Colina, J., Giordano, O. y Rodríguez del Pozo, P. (2004). “El fracaso sanitario argentino: Diagnóstico y propuestas”. *Fundación Arcor*.
- [6] Chalkidou, K. (2010). “El modelo británico de salud tras el desafío costo beneficio”. El valor de dejarse observar, Miradas externas sobre el FNR, Fondo Nacional de Recursos.
- [7] Daw, J. y Morgan, S. (2012). “Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork? A review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010”. *Health Policy*, 104 (1), 19-26.
- [8] Del Llano, J., Pinto, J. y Abellán, J. M. (2008). *Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las guías de evaluación económica. La cuarta garantía*. Barcelona: Sanofi Aventis, 38-43.
- [9] FCE-UNLP (2012). “Evaluación de la incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas”. Convenio Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata. Carta Acuerdo 2012.
- [10] FCE-UNLP (2013). “Análisis del diseño e implementación del Fondo de enfermedades catastróficas”. Convenio Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata. Carta Acuerdo 2013.
- [11] FNR, Fondo Nacional de Recursos (2010). “Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. Programa de seguimiento del Fondo Nacional de Recursos”. Publicación Técnica N°13. Montevideo.
- [12] FNR, Fondo Nacional de Recursos. “Manual de Organización y Funciones” [en línea]. Consultado en julio de 2013 en: <www.fnr.gub.uy/sites/default/files/institucional/manual_organizacion_funciones.pdf>.
- [13] Gómez Silva, L. (2013). “Criterios para priorizar y protocolizar medicamentos de alto costo”. *Mesa redonda Derecho en Salud, Medicamentos y otras prestaciones de alto costo*. Montevideo, Uruguay.
- [14] Havighurst, C., Blumstein, J., y Bovbjerg, R. (1976). “Strategies in underwriting the costs of catastrophic disease”. *Law and Contemporary Problems*, 40(4), 196-230.
- [15] Hsiao, W. (2001). “Behind the ideology and theory: What is the empirical evidence for medical savings accounts?”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26, 733-737.
- [16] Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2011, España [en línea] Consultado en julio de 2013 en: <www.mssi.es>.
- [17] INSP, Instituto Nacional de Salud Pública (2008). “Evaluación de procesos administrativos”. Sistema de Protección Social en Salud.
- [18] INSP, Instituto Nacional de Salud Pública (2012). “Evaluación externa del sistema de protección social en salud, 2012”. Sistema de Protección Social en Salud.
- [19] ISAGS, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS.
- [20] Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Bryson Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., Miranda, M. y Sesma, S. (2007). “Las evidencias benefician al sistema de salud:

- Reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México”. *Salud Pública de México*, 49(1), 70-87.
- [21] Knaul, F., Knaul, M., González-Pier, E. y Gómez-Dantés, O. (2012) “The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico”. *Health Policy*, 6(12) [en línea]. Consultado en julio de 2013 en: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)>.
- [22] Marín, G. y Polach, M. (2011). “Medicamentos de alto costo: Análisis y propuestas para los países del Mercosur”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (2), 167-176.
- [23] Meschino, W. (2007). “Fetal alert network: Surveying congenital anomalies. Commentary”. *Paediatric Child Health Journal*, 12(5), 365-366.
- [24] NICE, The National Institute for Clinical Excellence (2004). “Guide to the methods of technology appraisal” [en línea]. Consultado en julio de 2013 en: <www.NICE.org.uk/page.aspx?0=201974>.
- [25] OIT, Organización Internacional del Trabajo (2007). “Protección social en salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica”. *Temas de protección social. Documento de discusión 19*.
- [26] OMS, Organización Mundial de la Salud (2010). “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal” [en línea]. Consultado en julio de 2013 en: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf>.
- [27] Pinto, D. y Muñoz, L. (2010). “Colombia: Sistema general de seguridad social en salud”. Notas Técnicas IBD-TN-246. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). División de Protección Social y Salud.
- [28] PNUD Argentina (2010). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. En Catterberg, G. y Mercado, R. (1.a edición). Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- [29] Plan Nacer (2011a). “Consideraciones preliminares para la nueva estrategia de financiamiento por resultados en Cirugías de Cardiopatías Congénitas en el marco del Plan Nacer”. Serie Documentos Técnicos N° 44. Ministerio de Salud de la Nación.
- [30] Plan Nacer (2011b). “Estrategia de financiamiento de las Cardiopatías Congénitas por el Plan Nacer”. Ministerio de Salud de la Nación.
- [31] Quinteros Lyons, J. y Correo Solano, L. (2009). “Enfermedades catastróficas en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia”. *Revista Jurídica*, 9-27.
- [32] Rawlins, M. (1999). “In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence and its value judgements”. *British Medical Journal*, 329, 224-227.
- [33] Santos Padrón, H., Martínez Calvo, S., Martínez López, M. y Álvarez Malpica, I. (2011). “La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 33-47.
- [34] Superintendencia de Salud (2006). “Cobertura adicional para enfermedades catastróficas”. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- [35] Tafur Calderón, L. (2011). “El sistema de salud de Colombia”. *IV Foro El Sistema de Salud en Colombia- Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud*. Colombia: Facultad de Salud de Colombia.
- [36] Tartakowsky, A. (2003). “Ajuste de riesgo y enfermedades catastróficas: Un estudio de competencia administrada”. Escuela de Economía y Administración, Universidad de Chile.
- [37] Tobar, F. (2010). “Protección social universal de enfermedades catastróficas en Argentina, Informe Final”. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Banco Mundial.
- [38] Tobar, F. (2012). En busca de un remedio para los medicamentos de alto costo en Argentina. *Boletín Fármacos 2012*, 15(2), 73-77.
- [39] Tobar, F., Hamilton, G. y Lifschitz, E. (2010). “Respuestas de los países para promover el acceso a los medicamentos de alto costo. En Política y Gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo”. Fondo Nacional de Recursos, Publicación Técnica 13, 21.
- [40] Tobar, F., Hamilton, G., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). “Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación”. *CIPPEC*. Documento de Trabajo n° 100.

- [41] Tobar, F. y Lifschitz, E. (2011). “Seguro nacional de enfermedades catastróficas”. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la República Argentina.
- [42] Ungar, W. y Witkos, M. (2005). “Public drug plan coverage for children across Canada: A portrait of too many colours”. *Health Care Policy*, 1(1), 101-122.
- [43] Vassallo, C. (2011). “La respuesta institucional a la innovación tecnológica y las enfermedades catastróficas”. *Revista Observatorio*, 2.
- [44] Xu, K., Evans, D., Garrin, G., y Aguilar-Rivera, A. (2005). “Designing health systems to reduce catastrophic health expenditure”. *WHO, Technical Briefs for Policy Makers*, 2.
- [45] Xu, K., Evans, D., Garrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P. y Evans, T. (2007). “Protecting households from catastrophic health spending”. *Health Affairs*, 26(4), 972-983.
- [46] Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., y Murray, C. (2003). “Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis”. *Lancet*, 362 (9378), 111-117.
- [47] Zhang, Y., Donohue, J., Newhouse, J. y Lave, J. (2009). “The effects of the coverage gap on drug spending: A closer look at Medicare Part D”. *Health Affairs*, 28(2), 317-325.