

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Sergio Javier Wisky

IMPACTO EN EL GASTO Y GRADO DE COBERTURA DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS/ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO (I.PRO.S.S.)

2011

Director: Mg. Arturo Schweiger

Citar como: Wisky, S. J. (2011). Impacto en el Gasto y grado de cobertura de Las Enfermedades Catastróficas/Enfermedades de Alto Costo en la Obra Social de la Provincia de Río Negro (I.Pro.S.S.). [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/383>



ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. DESARROLLO.....	12
3.1 MARCO TEÓRICO.....	12
3.1.1 CONCEPTOS GENERALES USADOS EN ECONOMÍA DE SALUD	12
3.1.2 FALLAS DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD	12
3.1.3 CURVA DE RENDIMIENTO MARGINAL DECRECIENTE	13
3.2 CONCEPTOS DE EJES DE ANÁLISIS DE SALUD Y SISTEMAS SANITARIOS	13
3.3 TENDENCIAS Y VECTORES HISTÓRICOS DEL SISTEMA SANITARIO	19
3.4 BASES DE APOYO DEL SISTEMA SANITARIO	21
3.4.1 CONCEPTOS DE FRAGMENTACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ARGENTINA...21	
3.4.2 CONCEPTOS DE CRISIS EN LOS PARADIGMAS DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTICA.....24	
3.5 COBERTURA EN "3 D"	26
3.6 CONCEPTOS DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	28
3.7 CONCEPTO DE SINIESTRALIDAD	31
4. DESARROLLO	32
4.1 MODELOS DE DIFERENTES PAÍSES DE COBERTURA DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	32
4.1.1 ARGENTINA	38
4.1.2 URUGUAY.....	53
4.1.3 CHILE.....	62
4.1.4 MÉXICO.....	72
4.1.5 COLOMBIA.....	81
4.2 ANÁLISIS DE SUBSECTORES DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO	89
4.2.1 POBLACIÓN.....	89
4.2.2 POBLACIÓN CUBIERTA POR OBRA SOCIAL PROVINCIAL.....	89
4.2.3 POBLACIÓN CUBIERTA POR OBRAS SOCIALES NACIONALES.....	89
4.2.4 POBLACIÓN CUBIERTA POR INSSJyP (PAMI).....	90

4.3	DESCRIPCIÓN DE LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO: INST. PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD (I.Pro.S.S.)	91
4.3.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES	91
4.3.2	MARCO NORMATIVO	91
4.3.3	DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA	92
4.3.4	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	94
4.3.5	COBERTURA	94
4.3.5.1	COBERTURA POBLACIONAL	95
4.3.5.2	COBERTURA FINANCIERA	95
4.3.6	MODELO DE FINANCIAMIENTO	96
4.3.6.1	INGRESOS	96
4.3.6.2	EGRESOS: MODALIDAD DE PAGO	97
4.3.7	MODELO ASISTENCIAL.....	97
4.3.8	MODELO DE GESTIÓN	98
4.3.9	INFORMACIÓN SANITARIA.....	98
4.4	ANÁLISIS DEL INGRESO DE EMPLEADOS PROVINCIALES Y SU DISTRIBUCIÓN POR PODER	99
4.4.1	ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.....	100
4.4.2	DETERMINACIÓN DE GRUPOS DE ALTO, MEDIANO Y BAJO COSTO DE LA OBRA SOCIAL	101
4.4.3	CANTIDAD DE AFILIADOS Y PORCENTAJES DE CADA GRUPO	101
4.4.4	ANÁLISIS DEL GRUPO DE AFILIADOS DE ALTO COSTO (AAC)	105
4.4.4.1	CANTIDAD Y PORCENTAJE DE AFILIADOS AGRUPADOS POR ENFERMEDAD CUBIERTA	105
4.4.4.2	CANTIDAD Y PORCENTAJE DEL GASTO POR ENFERMEDAD O SERVICIO	106
4.4.4.3	RELACIÓN DE PORCENTAJES DEL GASTO ENTRE AFILIADOS Y GASTOS AGRUPADOS POR ENFERMEDAD O SERVICIO	107
4.5	ANÁLISIS DE COBERTURA DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA OBRA SOCIAL	109
4.5.1	COBERTURA FINANCIERA (ALTO DEL "3 D")	109
4.5.2	COBERTURA POBLACIONAL (ANCHO DEL "3 D")	110
4.5.3	COBERTURA DEL SERVICIO (PROFUNDO DEL "3 D")	112
4.6	MATRIZ DE ANALISIS DE LOS CONFLICTOS EN BASE A LOS MODELOS IMPERANTES CON ORGANIZACIÓN DEL GASTO	113
4.7	RESUMEN DE ANALISIS DE PAÍSES DETALLADOS.....	117

4.8 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS122

4.8.1 PROPUESTA124

5. BIBLIOGRAFÍA..... 126

6. ANEXOS.....129

1.- Introducción:

Las enfermedades catastróficas/alto costo tiene un importante problema para los sistemas de salud en tanto el 1% de la población concentra entre el 25% y el 30% de gasto ejecutado de dicho sistema.

La población con este grupo de enfermedades tiene necesidades que, en general, requieren alta demanda, lo que incentiva un modelo prestacional de oferta con alta incorporación tecnológica, con lógicas de rendimiento de inversión en capital-financiero y no con lógicas de ganancias sanitarias.

El modelo sanitario de Argentina está conformado por diferentes tendencias que conviven en una red de complejidades extrema, que lo hace fragmentado y segmentado, y desarrolló respuestas a la cobertura de este tipo de enfermedades iguales de fragmentadas y segmentadas, generando mayor ineficacia, ineficiencia y sobre todo inequidad.

El caso de análisis, la obra social de la Provincia de Río Negro (Instituto Provincial de Seguridad Social), incorporada dentro de estos modelos y tendencias mundial y nacional, ha replicado una forma de respuesta al problema sin planificación sustentable, es decir, un modelo compuesto por un conjunto de diferentes tendencias, lo que ha provocado una cobertura de la salud sin priorización; de características "todo lo legítimo para aquello que lo demanden". Esta lógica libera el uso y la implementación de "tecnologías", obteniéndose como resultado una baja eficiencia global con incremento de costos (Marracino 1998) quedando la salud como un bien de consumo a merced del mercado, con una asignación del uso y el gasto determinada por la ley de la oferta y demanda con las consecuentes fallas que esto impone.

Cuando existen discursos y evidencias sobre la importancia y el mejor costo-efectividad del primer nivel pero, de hecho, se sigue traccionando el gasto y las organizaciones (administraciones, gestiones y prestadoras) hacia la cobertura del grupo de enfermedades de alto costo, es decir, segundo y tercer nivel, se hace necesario actuar en "doble pinza", esto es, planificar gestiones que establezcan e incentiven las acciones de primer nivel de alto costo efectividad y que regulen o en términos de ATLS en la C del ABC, primero presione con el dedo en la pérdida de sangre para evitar un shock irreversible", en las enfermedades de alto costo/catastróficas. Esto, siguiendo la alegoría, desangrará al sistema ya que cada vez tiene más cantidad de este tipo de enfermedades, por la eficacia y efectividad de los tratamientos aplicados para este tipo de enfermedades y por el envejecimiento poblacional.

El continuo soslayo, o intento de ignorar el problema de fondo de los diferentes sistemas de salud, ha creado un gasto que se expande ante el incremento desmedido de necesidades de salud con una evidente limitación para responder y, que con un sesgo de voluntarismo, se ilusionan que podría ser resuelto con aumento de los recursos, mejoras en la gestión, establecimiento de copagos para evitar el abuso y el despilfarro, entre otras medidas que los diferentes sistemas buscan.

Ante el escenario de un ilimitado crecimiento de la demanda de servicios de salud, el financiamiento de un tercer pagador -vg. el que consume el servicio no lo paga-, la falta de marco racional a las necesidades sanitarias hace que la tensión crezca hasta situaciones de extrema ineficiencia e inequidad, acentuando las brechas sociales estructurales del sistema económico mundial y de la región.

Diferentes países de Latinoamérica han diagramado o están diseñando e implementando instrumentos de priorización en base a diferentes enfoques, como México, Colombia, Chile y Uruguay. Estos Estados realizaron transformaciones de sus sistemas de salud, como la implementación de leyes generales de salud, conjuntos de prestaciones médicas y del sistema de financiamiento. Dentro de estas reformas generales se priorizaron mejoras en la cobertura de la enfermedades catastróficas, donde se estableció claramente qué enfermedades y qué prestaciones estarían bajo cobertura y tipos de fondos específicos para solventarlas. La mayoría de la reformas declaraban aspiraciones de universalidad.

La perspectiva de análisis que plantea que el sistema de salud es un sub mercado dentro del mercado general supone responder las preguntas: ¿Qué se produce?, ¿Cómo se produce? y ¿Para quién?

Estas preguntas las puede responder el mercado, con sus fallas perfectamente estudiadas, o bien, desde la perspectiva de que la salud es un derecho, el Estado puede responder estas preguntas desde una racionalidad enmarcada en la eficiencia, la equidad y la satisfacción de sus habitantes. Muchos Estados han tomado esta iniciativa de diferentes formas y con diferentes resultados en la aplicación de medidas que concreten a la salud como un derecho para el fortalecimiento de ciudadanía.

El trabajo realizado se encuentra dentro de las características de la investigación aplicada. Por este motivo está dentro del tipo estudio de caso.

Este tipo de investigación implica el estudio en profundidad de las características de los modelos de cobertura en los países seleccionados de Latinoamérica y dentro de qué contexto fueron desarrollados, para facilitar su comprensión y determinar las características de aplicabilidad en la provincia de Río Negro.

La estrategia metodológica conducente al logro de los objetivos planteados en el proyecto será de tipo cuantitativo y cualitativo, lo que implica analizar el gasto de las enfermedades que consumen insumos y prácticas de alto costo y establecer qué modelo o qué parte de cada desarrollo en los países analizados se puede aplicar en la provincia.

Con respecto a las fuentes de información, se recurrirá al análisis de registros administrativos actualmente existentes. En efecto, el I.Pro.S.S. recolecta información sobre prestaciones, principalmente con fines administrativo-contables, no usadas con fines de toma de decisión en la gestión. Se recurrirá al análisis de la bibliografía con búsqueda en Internet.

El propósito final de todo estudio de caso es analizar, en profundidad, situaciones del sector salud que tienen frecuente presencia.

En este caso se realiza una ponderación de prevalencia y gasto, además de una base de datos de enfermedades catastróficas, para la construcción de conocimiento, para lograr gestiones que mejoren la cobertura en sus tres dimensiones y, en base a la experiencia de los países analizados, poder determinar el modelo organizativo que se podría aplicar.

2.-Planteamiento del tema:

El tema que se aborda en el presente trabajo es el análisis de las diferentes formas de aseguramiento que poseen las enfermedades denominadas catastróficas, principalmente en algunos países la región latinoamericana, y determinar el impacto de estas enfermedades en el gasto de la obra social de la provincia de Río Negro. A su vez, en función de las experiencias analizadas, evaluar cuáles de los diferentes modelos y/o parte de ellos, podría ser utilizado en la Provincia.

Se parte del conocimiento de que aproximadamente el 1% de la población de un sistema de salud puede llegar a consumir el 25% del gasto total. El 5% de la población total llega a consumir el 40% y solo el 60% restante del gasto es consumido por el 95% de la población.ⁱ

Además del alto costo, las enfermedades tienen la característica de que una vez ocurrida el paciente demandará recursos por arriba del promedio y que el 20% de las personas que más consume es un grupo de personas que se mantendrá requiriéndolos consistentemente por encima del promedio por un período de tiempo prolongado. Este concepto se denomina "reversión lenta a la media".ⁱⁱ

El análisis de este grupo poblacional de alto consumo genera un insumo de conocimiento de las necesidades de la población en este nivel prestacional (3° nivel o 4° nivel como lo denominan algunos autores), para organizar su producción de salud, en la búsqueda de aumentar los rendimientos del sistema y el desempeño organizacional; mejorar los resultados y reducir los costos con la realización de una planificación y gestión más eficiente.

La organización de la información tendría un alto impacto en la gestión general al poder dar una respuesta integral a este segmento de las necesidades/demandas, y planificar respuestas en otra escala teniendo el insumo básico que es la carga de enfermedad y sanitaria.

El presente trabajo de investigación analiza el gasto y cuáles son las diferentes enfermedades catastróficas como también el grado de cobertura que la Obra Social provincial (I.Pro.S.S.) presta a su población.

El propósito de este trabajo es enumerar y analizar el gasto, en función de lo que la literatura define como enfermedades catastróficas en el contexto de la obra social de la provincia de Río Negro y determinar la prevalencia de las patologías, comparándolas con las tasas que describe la literatura.

En términos sanitarios proveerá de la carga de enfermedad y carga sanitaria de las enfermedades catastróficas de la obra social provincial, que significan el 20% de la población de Río Negro.

No obstante el impacto en el gasto, existen otras variables que dan mayor envergadura al problema, tales como el peso administrativo y las demandas judiciales que se dan en el

retraso o negación de autorización de cobertura. Hechos, que junto con el gasto, le provocan a la gestión de la institución bajos rindes de costo-eficiencia en términos de racionalidad económica sanitaria.

Para una puesta en común de las terminologías usadas en el presente trabajo se usará el término de Enfermedad de Alto Costo, dado que Enfermedades Catastróficas implica que son de baja incidencia, además del componente financiero y de riesgo de vida. Hoy, en términos de incidencia y prevalencia por el cambio epidemiológico y demográfico, han adquirido una mayor frecuencia de presentación como el caso de las enfermedades coronarias, reemplazo de rodillas y caderas, tratamiento oncológicos, esclerosis múltiple, VIH-SIDA, diálisis, etc., pero siguen teniendo un sustantivo impacto en la economía familiar (costo directo e indirecto) como en el gasto sanitario, por lo que el concepto económico "Enfermedades Alto Costo" las encuadra mejor.

Por otro lado, las prácticas médicas aplicadas tienen demostrada su aplicación en grupos de pacientes definidos, en términos de eficacia, efectividad y eficiencia social, estableciendo guías de prácticas clínicas en muchos sistemas de cobertura que tienen una limitante en la planificación, la Regla de Rescate. Es importante definir este concepto: "En las sociedades desarrolladas, hay profundamente arraigada una obligación de invertir recursos en salvar la vida/mejorar la salud de personas identificables, siempre que hay una mínima posibilidad de éxito, independientemente del costo que ello suponga. Esta conducta es la que Jonsen ha definido como la regla de rescate y, probablemente, representa el exponente máximo de la controversia entre beneficio individual y colectivo en la organización del sistema sanitario".ⁱⁱⁱ

Volviendo a las enfermedades de alto costo, este concepto determina el gasto de prácticas financiadas por los sistemas como "Enfermedades Catastróficas", y pone en tensión los criterios de eficiencia y equidad al asignar recursos a prácticas que están caídas de la frontera de la efectividad clínica, generando las externalidades negativas a la asignación de recursos a estas prácticas de baja efectividad, en detrimento de aquellas de alta efectividad, pero que no se deben dejar de prestar porque generan tensiones socio políticas de mayor trascendencia. Por ello, se tiene presente para explorar estrategias organizacionales que incorporen este grupo de prestaciones médicas, creando conocimiento del grupo de enfermedades bajo criterios de regla del rescate, con el fin de encontrar un acuerdo entre la concreción de maximización de la salud colectiva y la medicina que intenta sofisticar y extremar el cuidado y la atención de cada persona enferma en particular.

Por ello, en este trabajo se analizarán las prácticas de alto costo con sus tasas de uso, que además de permitir la comparación con otros trabajos, nos ayudará a inferir aquellos casos en los cuales se pasó de la frontera del costo efectividad a la regla del rescate y ponderarlos dentro del total.

El análisis se realizará con la búsqueda desde la asignación del gasto en contaduría o departamentos de insumo como metodología de trabajo debido a la falta de sistematización

de los datos y el desarrollo de sistemas de información para el control de gestión o la toma de decisión en la institución.

Río Negro en 1999 promulgó la Ley N° 3289 que creó el Seguro Provincial de Salud que buscaba organizar el sistema desde el eje financiero, con la intención de resolver la fragmentación y segmentación del sistema. Por las invariancias que presentan las organizaciones, por intereses contrapuestos sobre todo, y por la envergadura de intentar ingresar al cambio a todos los actores del sistema (financiadores, sanatorios, hospitales, médicos públicos y privados, etc.) fue estratégica y tácticamente imposible alinear la heterogeneidad de actores y sus intereses. Dentro de esta ley el artículo 5 define la creación de un fondo específico destinado a las enfermedades catastróficas.

Este análisis puede dar la oportunidad, desde el marco normativo de la ley del Seguro Provincial de Salud, iniciar un aseguramiento de aspiración universal, inicialmente de este grupo de enfermedades y para el grupo poblacional que está cubierto por el sector de salud pública y por la obra social provincial, con una estrategia de cambios parciales radicales como lo plantea O. Rubio.

Objetivo general:

Se analizará el gasto y el grado de cobertura de la Obra Social destinado a la cobertura de las enfermedades catastróficas/enfermedades de alto costo y su tasa de uso e impacto en el presupuesto y se evaluará qué modelo de aseguramiento es aplicable en Río Negro en base a la experiencia internacional.

Objetivos específicos:

1. Analizar la literatura sobre el diseño y desarrollo de los modelos de cobertura de enfermedades catastróficas/alto costo, haciendo foco en países de la región latinoamericana.
2. Analizar la situación de cobertura de atención y financiamiento del sistema sanitario de Río Negro.
3. Describir en general la obra social: financiamiento, datos demográficos básicos, diferentes modalidades contractuales con el subsector público y privado, modelo prestacional, financiero y de gestión.
4. Valorar los ingresos salariales de los afiliados a la Obra Social de cada grupo administrativo, como determinante clave para clasificar el gasto como catastrófico, por su impacto en las finanzas del paciente.
5. Evaluar las prestaciones de mayor costo, individual y agregadas de la obra social agrupadas por prestaciones de alto, mediano y bajo costo y determinar el impacto en el gasto total de la Obra Social.
6. Determinar la cobertura poblacional, financiera y de prestaciones de servicios, en base a las diferentes tasas de uso probables según datos epidemiológicos internacionales/nacionales y los reales de la obra social.
7. Realizar una matriz de análisis de conflicto en base a las tendencias en modelos/paradigmas imperantes y de asignación del gasto.
8. Esquematizar las soluciones en los países analizados.
9. Realizar propuesta en base al cálculo de precio por prestación, con una simulación del monto para dar cobertura a todos los ciudadanos de Río Negro con un Seguro para Enfermedades de Alto Costo.

3. DESARROLLO

3.1. Marco Teórico

Se analizará el concepto de las enfermedades catastróficas que constituye una fracción de los problemas del sistema de salud. Para ponderar la magnitud del tema y sus complejas interrelaciones se analizarán dentro del sistema de salud que los contiene. Estos marcos teóricos no son neutros en las acciones futuras ya que son partes de los modelos o paradigmas reinantes que terminan definiendo el sistema de salud, que da la respuesta social organizada a los problemas y demandas de salud de la población; por todo esto es necesario un análisis que va de lo macro a lo micro.

3.1.2 Conceptos generales usados en economía de la salud:

3.1.3 Fallas del mercado de seguros de salud

El mercado de seguros de salud, desde la perspectiva del rol del Estado, debe regular, intentando corregir, las fallas que presenta el funcionamiento espontáneo del mismo. En el caso del aseguramiento de la salud, las fallas mencionadas son las siguientes:

- ▲ Abuso moral
- ▲ Selección Adversa
- ▲ Entrada selectiva
- ▲ Economías de escala

Abuso Moral (Moral Hazard) oportunismo post contractual:

Es el abuso del asegurado cuyo comportamiento de consumo de cuidado médico en general aumenta por el hecho de no tener que desembolsar el pago del costo total de su tratamiento.

Con frecuencia este abuso está incentivado por los profesionales al indicar tratamientos o exámenes complementarios que no son adecuados para la enfermedad.

Los copagos y coseguros son utilizados para disuadir el sobre consumo así como también se utilizan coberturas limitadas o el monitoreo del gasto permanente orientado a los gastos innecesarios.

Selección adversa oportunismo precontractual:

Se da cuando el cliente oculta información al asegurador, por ejemplo, la preexistencia de enfermedades.

Nace de la asimetría de información entre la aseguradora y los asegurados, es decir, existe una tendencia a que se asegure el que tenga más riesgo de enfermar, y por ende, la prima será más alta ya que el de menor riesgo evitará un gasto mayor al que considera por su riesgo.

Entrada selectiva:

Se produce cuando la compañía de seguros busca asegurar sólo a los clientes de bajo riesgo (sanos, jóvenes y fuertes), que se puede dar en el caso de conocer mejor los riesgos de sus clientes en base a una asimetría de información, inversa a la anterior pudiendo promover el ingreso de clientes jóvenes con primas más baratas versus el desincentivo para el grupo de mayor edad.

Economía de escala:

Los costos promedios declinan en la medida que la producción aumenta.

Los seguros de salud, además de los costos de proveer el servicio sanitario, tienen otros costos (impuestos, comercialización, propaganda, etc.), por lo que la prima tiene costos superiores al cálculo actuarial en función del riesgo, lo que hace que los costos de producción del seguro dependa de la cantidad de asegurados que posean. Es decir, a mayor cantidad, menores costos, mejorando la eficiencia, lo que en estos términos es beneficioso. Por otro lado, esta tendencia puede tender a la concentración del mercado (oligopolio o monopolio).

Ante estas fallas del mercado de salud el Estado puede regular para:

- ▲ Reducir el abuso moral: definir cuáles y cuántas deben ser las prestaciones que deben ser brindadas a la población, denominado Conjunto de Prestaciones de Salud, en base al par necesidad-servicio, evitando de esta manera la sobre utilización y la sobre oferta (por demanda inducida por los profesionales de la salud).
- ▲ Disminuir la selección adversa: los sistemas de seguro colectivos buscan que los individuos compartan solidariamente el riesgo individual (dilución de riesgo) independientemente del que posean.
- ▲ Evitar la entrada selectiva: muchos Estados han incluido cláusulas en sus sistemas regulatorios en las cuales se obliga a las compañías aseguradoras a cubrir, bajo ciertas condiciones, a cualquier persona que lo requiera.
- ▲ Evitar la concentración de oferta que es incentivada por las economías de escala. Los países han generado fondos que subsidian a las entidades más perjudicadas o en la fijación de reglas de competencia diferentes como, por ejemplo, otorgar incentivos a la efectividad sanitaria de los seguros premiando el cumplimiento de metas sanitarias.

3.1.4.- Curva de Rendimiento marginal decreciente:

A medida que un sistema de salud se perfecciona, cada peso adicional invertido en él genera un rendimiento marginal menor en términos de resultados sanitarios. A partir de un determinado nivel de gasto per cápita, el rendimiento marginal de los recursos comienza a decrecer. Se ha demostrado que las mayores conquistas en términos de esperanza de vida se obtienen cuando los gastos per cápita, en salud, se sitúan entre US\$ 30 y US\$ 500. Argentina ya atravesó este punto de inflexión, de manera que debemos orientar muy bien nuestras inversiones para conseguir que se traduzcan en años de vida ganados. ^{iv}

3.2.- Conceptos de ejes de análisis de salud y de Sistemas Sanitarios:

Cuando se refiere a salud están en escena de análisis, al menos, tres dimensiones diferentes:

- ▲ Situación de salud de la población (cantidad y calidad de vida de la población).
- ▲ Políticas de salud (pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud y su definición implica decidir qué rol desempeña el Estado).
- ▲ Sistema de salud (respuesta social organizada a los problemas y demandas de salud de la población).

El primer paso para el análisis del sector salud en un país consiste en identificar las fortalezas y debilidades de estas tres dimensiones centrales. ^v

Cuando se analiza específicamente el sistema de salud, utilizando el esquema de Tobar, se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- ▲ Político o Modelo de Gestión.
- ▲ Económico o Modelo Financiero.
- ▲ Técnico o Modelo de Atención o Asistencial.

Modelo de Gestión: implica cómo se determina y qué prioriza las problemáticas a resolver, como también la lógica en las decisiones que son tomadas por la conducción, considerando dos cuestiones centrales a nivel nacional: valores que guían al sistema y funciones del estado en salud.

Cuadro 1: Ejes que determinan el Modelo Gestión

Valores del Sistema X ejemplo	Participación Estatal en resolución de problemas de salud (Calidad y cantidad)
<ul style="list-style-type: none"> • Privilegio de cobertura • Privilegio de efectividad de acciones (impacto poblacional) 	Roles del Estado en salud (1) <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la población • Proveer directamente servicios • Financiar servicios • Regular el mercado de salud

“(1) Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sectoriales, entre los trabajos que la aplicaron recientemente se pueden citar: González García & Tobar, 1997; Musgrove, 1996. Cita de Tobar (1998).

Modelo de Financiación:

El modelo de financiación, en primera instancia, debe dar respuesta a las siguientes preguntas:

Cuadro 2: Ejes de los Modelos de Financiamiento

¿Cuánto debe gastar en salud un país?	¿De dónde deben provenir los recursos?	¿Cómo asignar los recursos?
Alta preocupación y estudios de la economía de salud. Variables detectadas: 1. Niveles de salud de la población 2. Modelos de sistema de salud 3. Tamaño de la economía	Definidos por los cambios en la economía y la base tributaria: • Contribuciones sociales en base al trabajo Afectadas por los ciclos económicos • Rentas generales • Privado	Específico de cada país. • ¿Cómo transferir de central a local? • ¿Instrumentos de pago de servicios?

Tobar (1998) cita:

"1 Los estudios de este tipo demostraron que la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos sigue la forma de una función exponencial. A partir de un determinado nivel de gasto per cápita se encuentra un punto de inflexión luego del cual el gasto registraría un rendimiento marginal decreciente. (Médici, 1994, Musgrove, 1996, Fuchs, 1974; Jeffrey, 1996, Starfield, 1995; Elola et al., 1995)

2 Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que el nivel de gasto en salud de los países es proporcional al rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total inferior en salud. (Scheffler, 1993; Scheils, et al., 1992.

3 Los estudios que tomaban al tamaño de la economía como variable independiente concluían que los niveles de gasto en salud de un país deberían mantener una relación con su riqueza. Algunos de estos estudios comparativos consideraron países de América Latina (Musgrove, 1996; Suárez, 1995; Médici, 1994)."

Modelo de atención:

Este eje de análisis es netamente técnico: medico-sanitario y determina cómo se organiza y cómo se divide el trabajo médico.

Cuadro 3: Ejes del Modelo de Atención

¿Qué cubrir?	¿A quién cubrir?	¿Cómo prestar?	¿Dónde prestar?
Acciones Prestaciones Servicios	Criterios de elegibilidad Criterios de inclusión	Prestadores públicos y/o privados	Lugares Distribución de oferta

Clasificación de los Sistemas de salud:

En base a los tres componentes de análisis arriba expuestos (Modelos de gestión, financiero y de atención), Tobar (1998) realiza una clasificación de los sistemas en modelos de gestión y de financiamiento

▲ 1) Modelo de gestión: tipos ideales

Se usan para simplificar la realidad y usarlos en términos referenciales ya que puede no existir un modelo puro. Solo las tendencias dominantes harán un sistema predominantemente universalista o asistencialista, por ejemplo.

Cuadro 4: Modelo de Gestión Tipos ideales. Tobar 1998

Sector de Población	Modelo asistencialista	Modelo Seguridad social	Modelo universalista	Modelo seguro privado	Modelo Mixto
Carenciados Desempleados	Recursos fiscales/ donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Recursos fiscales
Trabajador Clase media	Pago directo por servicios	Contribución social basada en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de primas	Contribuciones sociales basadas en los salarios

Sector de Población	Modelo asistencialista	Modelo Seguridad social	Modelo universalista	Modelo seguro privado	Modelo Mixto
Grupo alto ingreso	Pago directo por servicios	Pago directo por servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de primas	Pago directo por los servicios y/o primas
Participación del estado	Concepción liberal clásica la salud como una cuestión individual. Estado mínimo	Estado como regulador y financiador. Bismarkiano	Estado benefactor. Estado organiza, financia y provee Beverige	Ausencia del sector público Estado escasa regulación	

▲ 2) Modelo de financiamiento: Modelo de Evans:

En base a un estudio de diez países, Robert Evans (1981) analizó los subsistemas de financiación, pago y regulación. Tobar (1998) se centró en financiación y pago:

Cuadro 5: Modelo de Evans para el análisis de organización y financiación de los sistemas de salud

Modelo de pago	Modelo de financiación	
	Pública (Obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	No existe	Modelo voluntario de desembolso directo
Desembolso directo con reintegro	Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)	Modelo público de reintegro (a pacientes)
Indirecto por contratos	Modelo de contrato voluntario	Modelo de contrato público
Indirecto con Integración	Modelo de integración vertical voluntario	Modelo de integración vertical público

Esta modelización de los diferentes patrones factibles sirve para analizar los flujos de recursos y servicios, lo que puede dar un esquema de análisis de los impactos que pueden tener las acciones que se quieran llevar a cabo. Por otro lado, al definir la red de flujo de recursos y servicios permite revelar las fallas del mercado de acuerdo al modelo aplicado.

Flujos financieros vinculados al servicio de salud:

De acuerdo a las formas de ingresos (inputs) financieros del sistema de salud y la forma de pago los egresos (outputs) del sistema, se determinarán diferentes diagramas de flujo de servicios y financieros, a saber:

Cuadro 6: Ingreso y Formas de pagos de los servicios de salud

Ingresos Financieros (Inputs)	Forma de pago a proveedores Egresos (outputs)
Pública (obligatoria) <ul style="list-style-type: none"> ▲ Contribuciones: vinculadas al trabajo ▲ Impuestos 	A profesionales "el dinero sigue a la oferta" <ul style="list-style-type: none"> • Salario Productivas o "el dinero sigue al paciente" <ul style="list-style-type: none"> • Acto médico • Capitación
Privada (voluntarias) <ul style="list-style-type: none"> • Prepagas: primas o mensualidades • Pospagas: pago por servicios médicos prestados 	A hospitales: "el dinero sigue a la oferta" <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto global prospectivo Productivas: "el dinero sigue al paciente" <ul style="list-style-type: none"> • Por caso • Por día

De la relación entablada entre los inputs y outputs, Tobar (1998) desarrolla siete diagramas de flujos de financiamiento y servicios: 1: Modelo de seguro voluntario de desembolso directo para atención de salud, 2: Modelo de seguro voluntario con reintegro, 3: Modelo de Seguro Obligatorio con reintegro a los pacientes, 4: Modelo de Seguro Voluntario con contratos asegurador/prestador, 5: Modelo de Seguro Obligatorio con contratos asegurador/prestador, 6: Modelo de Seguro Voluntario con integración entre aseguradores y prestadores, 7: Modelo de Seguro Obligatorio con integración entre seguro y provisión.

Estos despejan las complejidades que presentan los diferentes sistemas de salud y se pueden analizar comparativamente de acuerdo a los flujos de financiamientos y las formas de pagos por los servicios. A partir de estos diagramas podríamos comparar sistemas con modelos iguales o analizar sus diferencias, pudiendo así determinar la eficacia, eficiencia o equidad de cada uno en términos sanitarios.

Organización del Sistema de Salud (Actores y Roles)

En la conjunción de los diferentes actores con sus roles y objetivos a concretar (a veces pueden no estar alineados con la meta de la salud de la población), se determinan flujos de servicios de salud y de recursos (físicos y humanos). Esta red de relaciones se vuelve más compleja en función de la cantidad de actores y cantidad de roles que deben asumir, que identifican:

Cuadro 7. Actores y roles en el sistema de salud

Actores	Roles
Población (usuarios)	1. Usuarios/beneficiarios 2. Contribuyente/aportante
Proveedores: Profesionales Independientes Instituciones	Determinados por los niveles de riesgos que estos asuman en la protección de la salud de la población
Intermediarios	1. Relación de agencia (tercer pagador) 2. Regulación de servicios

El otro nivel de análisis del sistema de salud se produce a partir de la identificación de los subsistemas que los componen, en función de las relaciones entre usuarios, proveedores e intermediarios, con sus flujos de servicios y de financiación.

Cuadro 8: Actores y funciones

Actores similares con roles similares	Diferentes actores con roles diferentes	Combinación de las dos alternativas anteriores
Subsistemas regionales Subsistemas locales	Subsistemas Públicos Subsistemas Seguros sociales: entidades intermedias subsidiadas por el estado para comprar y proveer servicios. Subsistemas Privados: lógica del mercado.	Configura subsistemas regionales y locales mixtos.

3.3.- Tendencias o vectores históricos del sistema sanitario:

El presente tiene una construcción histórica que es importante tener en cuenta, dado que ofrece una dimensión de las tendencias que alinean a los diferentes actores que llevan a reforzarlas y que, al momento de propuestas de cambio, deben ser valoradas.

De este modo, la realidad desarrollada históricamente en las políticas de salud, como lo describe F. Tobar en "Universalismo Básico", pasó por etapas de modelos o paradigmas sanitarios que dominaban:

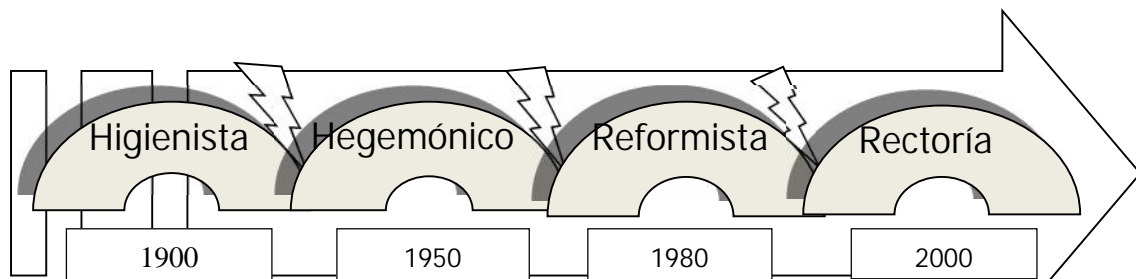
- ⤴ Modelo Higienista: se desarrolló en la primera mitad del siglo XX con una forma organizativa denominada "programas verticales". Se orientaba epidemiológicamente a enfermedades infectocontagiosas (trasmisibles)
- ⤴ Modelo Médico Hegemónico o Curativista: vigente hasta mediados de la segunda mitad del siglo XX. Estaba orientado al envejecimiento de la población y a la transición epidemiológica. Se consolida un esquema de protección diferenciado en: a) sector asalariado formal por las obras sociales, b) sectores de mayores ingresos por las prepagas voluntarias y c) sectores vulnerables, a través de un esquema asistencialista público. Este esquema se construyó como edificaciones diferenciadas y fue denominado "pluralismo fragmentado", lo que hace que hoy los diferentes sectores accedan a distintas tecnologías y confort disponibles. Este modelo mejoró el derecho a la salud pero de una manera ineficiente (por la fragmentación del sistema dando rendimientos decrecientes de las inversiones sanitarias con subsidios cruzados), ineficaz (se tendió a abandonar los objetivos sanitarios, con calidad y capacidad muy heterogénea donde todos hacen de todo) e inefectiva (enfermedades que debían erradicarse aumentaron y las ya erradicadas resurgieron, como chagas, tuberculosis, malaria, etc.)
- ⤴ Modelo Reformista: pertenece a las últimas dos décadas del siglo XX. Las políticas sanitarias buscan separar la provisión del financiamiento e incrementar la competencia, buscando "que el dinero siga a la demanda". Las premisas eran focalizar las acciones y servicios públicos sobre la población no asegurada erosionando el sistema con universalidad de cobertura. En este modelo se redefinen las funciones del Estado con procesos de descentralización que se hacen imperativos. Este esquema que se aplicó a la "desregulación" de las obras sociales, al dejar elegir su aseguradora a los beneficiarios.
- ⤴ OMS incorpora el concepto de "Rectoría": luego de dos décadas, el modelo reformista ingresa en una crisis. Surgió una nueva prioridad: definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud, que requiere exigir al Estado una mayor capacidad para conducir, regular y llevar a cabo funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria, donde se propone recuperar la universalidad como objetivo para construir ciudadanía y alcanzar la equidad.

Estas tendencias históricas, denominadas paradigmas o modelos, conviven conflictivamente como cuatro olas, en tanto que la "4º Ola de Rectoría" choca contra la "2º Ola Hegemónica" y la "3º Ola Reformista".

Esquema 1: Paradigmas o Modelos Sanitarios

Esquema de las Olas

(En base a Alvin Toffler La Tercera Ola)



El esquema intenta desarrollar los modelos sanitarios a lo largo del tiempo, donde pueden observarse las diferentes tendencias o paradigmas de las diferentes épocas. Todos los modelos están presentes en forma paralela en la actualidad. Se encuentran programas verticales del modelo higienista, conductas de gestión hospitalocéntricas del modelo hegemónico, hospitales de autogestión del modelo reformista, etc. Además, estos modelos están atravesados por las diferentes tendencias en la asignación del gasto en salud, que impactan intra modelo. Es decir, al modelo Higienista lo atraviesa el conflicto de asignación del gasto al 1º, 2º y 3º nivel asistencial. Así para cada modelo: Hegemónico, Reformista y de Rectoría. Este fenómeno da una trama de mayor complejidad que requiere de una mirada diferente y multifocal.

La fragmentación, la medicina inversa y el empobrecimiento provocados por la asistencia médica, exigen medidas correctivas de macro gestión. Se requieren, entonces, medidas complejas en un contexto de tres coberturas en salud bien diferenciados como los son grupos poblacionales con cobertura por obra social, prepagas y por el sistema público, con prestaciones y resultados heterogéneos.

3. 4.- Bases de apoyo del sistema sanitario.

3.4.1.- Conceptos de Fragmentación y Segmentación del sistema sanitario de Argentina:

Los sistemas de salud influyen en la utilización de los diferentes recursos a través de la cobertura poblacional del sistema, la organización del mismo y la calidad de sus prestaciones. Los sistemas de Salud, cuanto menos fragmentados estén, permiten una mayor probabilidad de establecer políticas sostenibles en el tiempo.

Dentro de esta tendencia histórica, en el sistema de salud Argentino se consolidó un sistema de financiamiento y atención extremadamente fragmentado estableciéndose dos cortes básicos: geográficos (descentralización provincial) por tipo de cobertura en tres grandes subsectores: público, seguridad social y prepagas, que asumieron misiones diferentes pero con complejas y variadas interrelaciones.

En el sector público se ubica el sistema de atención sanitaria que brinda el Estado a través de hospitales públicos, salas de salud, etc. y es financiado fundamentalmente por el Estado provincial y en menor medida por el nacional (a través de programas focalizados) o municipal, de acuerdo a su jurisdicción.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.^{vi}

Este sistema es financiado a través de recursos fiscales y está destinado a la población de menores recursos, no incluidos dentro de la seguridad social, por no poseer trabajo o contar con trabajo informal.

El subsistema privado está determinado por la presencia de las prepagas, que están destinadas a la población de mayores ingresos. Este sistema llamado de los seguros privados actúa mediante el pago de una prima mensual calculada en base al riesgo y el tipo de servicio al que se pretende acceder. El financiamiento es mediante aportes voluntarios.

Todas las empresas que actúan dentro de este sector están diferenciadas por su carácter empresarial y por el fin de lucro que persiguen. El modelo es un contrato donde se definen los alcances de la cobertura, monto de la cuota y demás condiciones como, por ejemplo carencias, preexistencias, etc.

El subsector de la seguridad social, desarrollado hace más de 50 años, está basado en el concepto de seguro social desarrollado en Alemania en 1830, conocido como el sistema de Bismark. Bajo este modelo surgieron en Argentina todas las obras sociales.

Las principales características de este sistema son:

- Posee cobertura universal obligatoria.
- Es financiado por aportes y contribuciones realizados por los trabajadores y empleadores.
- Los aportes son obligatorios y son administrados por sus propios beneficiarios.
- Benefician al trabajador que realiza el aporte y a su grupo familiar primario.
- Generalmente son financiadores del sistema y no prestadores, aunque en los últimos años muchas obras sociales han incorporado la atención en consultorios propios en distintas especialidades, como también la adquisición o construcción de establecimientos asistenciales como por ejemplo Sanatorios, Clínicas, etc.

Por el entramado de los tres subsectores arriba descriptos, el sistema en Argentina se encuentra fragmentado, lo que implica coberturas dobles, con subsidios cruzados, afiliaciones a más de una Obra Social y, por consiguiente, una mala asignación de recursos que genera una ineficiencia en el gasto e inequidad en la cobertura.

Las Obras Sociales son uno de los principales pilares de la atención de la salud pues la fuerza de trabajo toda se encuentra incluida en este sistema más allá del nivel de ingresos. Sin embargo acentúa un sistema social inequitativo ya que los que poseen ingresos tienen la doble cobertura que da la tenencia de un seguro social y la posibilidad de uso del hospital público, además de la heterogeneidad de servicios asegurados por cada una de ellas (240 nacionales y 24 provinciales).

Dentro del sistema nacional de obras sociales un actor relevante es el denominado PAMI, organismo que cubre a beneficiarios pasivos.

El principio rector de las Obras Sociales es la solidaridad, esto significa que cada trabajador va a financiar al sistema con su aporte y contribución según su remuneración y de esta manera todos reciben el mismo nivel de atención médica en base a la necesidad. Esta solidaridad se establece con una perspectiva vertical desde los que más contribuyen al sistema hacia los que menos lo hacen, como así también desde los sanos hacia los enfermos y también de una perspectiva horizontal que constituye a igual ingreso, igual aporte/contribución y a igual necesidad, igual servicio.

Ahora bien, dentro del sistema de Obras Sociales existen varios subsistemas como son las obras sociales regidas por la Ley N° 23.660 que son las llamadas Obras Sociales Sindicales, la Obras Sociales Provinciales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y por último las Obras Sociales creadas por leyes especiales (Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Poder Judicial, Congreso de la Nación y las de Universidades Nacionales).

Las Obras Sociales regidas por la Ley N° 23.660 tienen en la actualidad más de 280 organizaciones de diferentes formas jurídicas. En cuanto a las provinciales existe una por cada jurisdicción.

Lo descripto en el sector de las obras sociales, esto es, 240 nacionales y 23 provinciales, es lo que se denomina segmentación del fragmento.

La CTA en su trabajo "Salud es distribución justa de la riqueza, autonomía y participación" ^{vii} sostiene que "NO HAY UNIVERSALIDAD SI HAY INEFICIENCIA: la fragmentación y segmentación del sistema sanitario lo hace sumamente ineficiente. El sector público está fragmentado en niveles provinciales y municipales, la seguridad social presenta una gran heterogeneidad según afiliados, recursos financieros y servicios que prestan; y el sector privado es heterogéneo en sí mismo, desregulado y esquivo al control público y acaba teniendo prestaciones y precios abusivos. La falta de regulación, control y coordinación provoca que se dupliquen innecesariamente las inversiones o prestaciones en áreas de mayor rentabilidad en detrimento de las que no lo son; muchas de las cuales acaban siendo asumidas por el sector público. La falta de control del Estado favorece el consumo de alta rentabilidad en los sectores que ofrecen prestaciones de métodos diagnósticos y terapéuticos caros e innecesarios y en el uso abusivo de medicamentos. Esto produce una tendencia a

privilegiar la medicina curativa ante la preventiva y a una sobre oferta de servicios de alta complejidad en detrimento de las prestaciones básicas.”

Esta fragmentación y segmentación del sistema hace de “placa tectónica” en constante reacomodamiento, generando diferentes inestabilidades al conjunto del sistema sanitario por las luchas distributivas de cada fragmento (subsector) y, dentro de ellos, la reasignación del financiamiento y la selección de grupos de menor riesgo.

3.4.2.-Conceptos de crisis en los Paradigmas desde una perspectiva ética.

Al mismo tiempo, los sistemas de salud son sistemas de valores ante todo. Sobre ellos cabalgan diferentes aspectos que terminan no haciendo visible este plexo de valores que le da el sustento. En esta creciente invisibilidad de los valores emergen diferentes intereses como dominantes, donde el fin de una población saludable o salud para todos termina siendo un slogan que no lidera una visión compartida. De esta manera, el hecho de que el mundo mejora la salud general de las personas se transforma en un eufemismo, pues los mayores logros se encuentran concentrados en pocas personas, consolidando una tendencia a las inequidades.

Esta base de valores donde se asientan los modelos también está en crisis y tal vez a ellos debemos mirar como prioridad para poder resolver los diferentes modelos de financiación, gestión o prestación.

Mainetti (2007) en La crisis de la razón médica- introducción a la filosofía de la medicina, habla del concepto de razón médica como teoría, técnica y praxis: un saber qué (ciencia), un saber cómo (arte) y un deber ser (sacerdocio).

Este enunciado podría esquematizarse de la siguiente manera:

Cuadro 9: Concepto de la razón médica

Teoría	Técnica	Praxis
Saber qué	Saber como	Deber Ser
Ciencia	Arte	Sacerdocio

La palabra medicina engloba los tres ejes de análisis:

Cuadro 10: Ejes de análisis

Teoría	Técnica	Praxis
--------	---------	--------

Saber qué	Saber cómo	Deber Ser
Ciencias médicas	Profesión médico	Organización pública

Las instituciones médicas responden, a su vez, a tal esquema:

Teoría	Técnica	Praxis
Saber qué	Saber cómo	Deber Ser
Instituciones Académicas (facultades)	Inst. profesionales Colegios, agremiaciones	Inst. políticas Ministerios

Mainetti (2007) describe cuatro crisis:

1. La crisis de la razón médica
2. La crisis de la razón patológica
3. La crisis de la razón clínica
4. La crisis de la razón terapéutica

Si colocamos estas afirmaciones como base al análisis del esquema de modelos y asignación del gasto, aumenta aún más la complejidad del problema que no se reduce sólo a los diferentes modelos de gestión, financiamiento y prestación.

En el contexto de crisis de la humanidad en general y del modelo capitalista en particular, que hace estragos no sólo en el sistema financiero sino también en el sistema de salud de todos los países, EEUU gasta el 49% de todo el gasto en salud que hace la humanidad global, teniendo el 5% de la población de toda la tierra. Esta otra "burbuja" está a punto de estallar porque es solo sostenible generando mayores transferencias de los países menos desarrollados o, en términos sanitarios, de los más enfermos a los más sanos cerrando un círculo de crecimiento exponencial de la inequidad del sistema global y del salud en particular.

Ante una onda gasto expansiva en salud se hace imprescindible transformar los datos disponibles en información que de capacidad en planificación y evaluación de políticas sustantivas e instrumentales para que la organización diseñe y aplique.

La búsqueda de soluciones será en el camino que Ortún Rubio (2000) describe en "La financiación sanitaria clave de bóveda de las reformas sanitarias". En el citado artículo

señala: “La superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre... Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Lo relevante del acceso al seguro sanitario ha de ser su universalidad con independencia del estado de salud de los individuos aunque no necesariamente con independencia de otros factores individuales. Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento (sería la solución de Coase). Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar ese aseguramiento”.

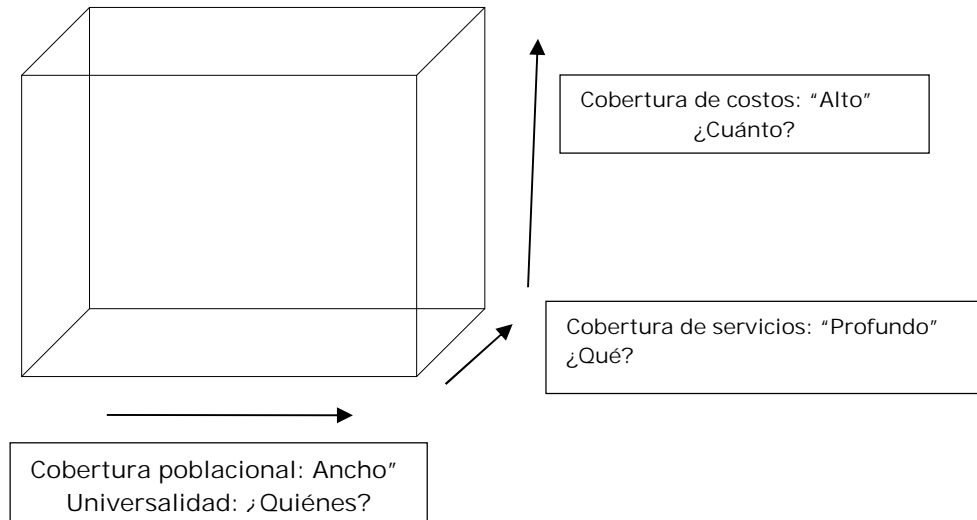
3.5.-Cobertura en “3 D”:

En general, urge extender la cobertura de la asistencia médica. Cada año, un número más elevado de personas y familias se sume en un círculo vicioso de problemas de salud y pobreza ocasionado por la falta de asistencia médica asequible. Esta realidad es más ruinosa en el caso de las enfermedades de alto costo/catastróficas.

Sin embargo, se hace necesario aclarar que la cobertura de un plan de salud no está definida únicamente por los servicios cubiertos o el índice poblacional cubierto por el sistema a analizar. Por ello, Schereyögg (2005) define la cobertura de los planes de beneficios de salud en tres dimensiones (3D):

1. Ancho: se refiere a la cobertura de la población.
2. Profundo: se refiere a la cobertura de servicios.
3. Alto: indica la cobertura de costos. Mide cuánto participa el asegurado con gasto de bolsillo (copagos o cuotas moderadoras) cuando requiere algunos de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

Esquema 2: Tres Dimensiones de Cobertura "3 D"



Fuente: Schreyögg y otros 2005 (CEPAL. Serie financiamiento del desarrollo N° 219)

Todos los sistemas de salud quisieran alcanzar plena cobertura en las tres dimensiones. Esta aspiración se encuentra descrita de manera sintética en los principios fundadores del sistema nacional del Reino Unido: "el sistema ha de ser universal, integral y gratuito en el punto de servicio" ^{viii}

La atención de salud demanda bienes y servicios de amplia variedad y diferente complejidad. Ante esta demanda se conforma una oferta con una morfología muy particular, desarrollándose un complejo proceso histórico-evolutivo con cambios tecnológicos blandos y duros, tipo de división del trabajo, grupos económicos y políticos con diferente poder de presión^{ix}. La oferta se conforma, en un mercado con importantes fallas, como un elemento hegemónico para determinar sus prioridades y dinámica de desarrollo (inversión, incorporación tecnológica, especialidades médicas, etc.) con eje en los médicos, en su doble rol de oferta-demanda generando distorsiones en los complejos sanitarios regionales (hospitales dentro de ellos: jefes que desarrollan servicios por encima de las necesidades; sobre ofertas regionales de especialidades que generan tasas de sobre uso en consultas, exámenes complementarios y medicamentos, etc.) que en ausencia de planificación sobre la asignación del gasto generan inequidades e ineficiencias. Esto colisiona con los criterios de equidad de la Internacional Society for Equity in Health, que considera que equidad, en salud, implica la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas. ^x

Desde este marco conceptual y de acción se observan lógicas de gestión del modelo asistencial que difieren ya que el 1º, 2º y 3º nivel de atención tienen prioridades diferentes.

Sin embargo el día a día muestra constantemente que la “Regla del Rescate” dominante hace priorizar tratamientos de altos costos generando una transferencia de recursos al 3º nivel, provocando un desfinanciamiento del 1º y 2º nivel asistencial, donde la evidencia ha demostrado que existen mayoritariamente acciones de mejor costo-efectividad sanitarias. Esto implica un Modelo Prestacional que, de facto, prioriza financieramente el 3º nivel.

Como lo expresa F. Tobar (2003) “... Durante los noventa, el diagnóstico fue que los sistemas estaban enfermos de ineficiencia. Por otro lado, aunque todos los sistemas son diferentes, la prescripción fue siempre idéntica: “la cura contra la ineficiencia es el mercado”. Entonces, se inyectaron dosis de competencia por todos los orificios. Se buscó que el sector público compita entre sí. El resultado fue que la alta complejidad siempre le ganó a la APS y el primer nivel a la promoción y prevención. Se buscó que el sector público compita con el privado. El resultado fue hospitales “reconvertidos” en empresas nacidas para facturar que fueron distanciándose de sus objetivos de salud pública...”

3.6.- Conceptos de Enfermedades Catastróficas

Las enfermedades denominadas catastróficas son una fuente de creciente preocupación a nivel mundial y regional, sobre todo por su impacto en lo financiero, en calidad prestacional por la insatisfacción del paciente y en lo político cuando existen retrasos en la prestación o coberturas resueltas por procesos judiciales (amparos).

Las enfermedades catastróficas tienen en su definición clásica tres componentes: ^{xi}

1. Componente clínico: dificultad técnica en la resolución, alto riesgo en la recuperación y probabilidad de muerte.
2. Componente económico: desembolso monetario significativo que excede el ingreso familiar por episodio o por período de tiempo en el caso de enfermedades crónicas.
3. Componente epidemiológico: que las define de baja incidencia.

Ahora bien, una definición moderna debe, necesariamente, incorporar como nuevo el siguiente componente:

4. Bajo “costo efectividad” en su tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud define como catastróficas a las enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 30% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado.^{xii}

En Colombia, por ley, las enfermedades ruinosas o catastróficas (ERC) son determinadas por su baja frecuencia, que implican un manejo de alta complejidad técnica, altos costos y una pobre relación de costo-efectividad.^{xiii}

Esta definición incluye lo nombrado anteriormente dentro del concepto de Regla del rescate que tensiona el gasto hacia a sectores de bajo rendimiento de costo efectividad.

A medida que un sistema de salud se perfecciona, cada peso adicional invertido en él genera un rendimiento marginal menor en términos de resultados sanitarios. A partir de un determinado nivel de gasto per cápita, el rendimiento marginal de los recursos comienza a decrecer. Las mayores conquistas en términos de esperanza de vida se obtienen cuando los gastos per cápita se sitúan entre US\$ 30 y US\$ 500. Argentina ya atravesó este punto de inflexión, de manera que debemos orientar muy bien nuestras inversiones para conseguir que se traduzcan en años de vida ganados. Es importante destacar que cuando se planifica en coberturas de este tipo de enfermedades estamos en la curva de rendimiento marginal decreciente.

Estas enfermedades requieren de tratamientos costosos porque la intervención es de muy alto costo (trasplante, cirugía cardíaca, prótesis, medicamentos de alto costo, etc.). Son denominadas enfermedades siniestrosas que se resuelven en el corto plazo o los tratamientos que se requieren son de uso prolongado (SIDA, cáncer, discapacidades producidas por la vejez, secuelas de accidentes cerebro vasculares, diálisis, etc.) agrupadas en enfermedades crónicas.

Las personas que padecen este tipo de enfermedades reciben una protección de prestaciones parciales, en general, de acuerdo a las coberturas que posean. Cuando no son cubiertas por el seguro y existe imposibilidad de pago de bolsillo, el sistema sanitario público con su red hospitalaria se hace cargo en forma parcial ya que en general cubre el evento agudo (IAM, ACV, fractura cadera, cirugía de alta complejidad) y el tratamiento integral continuado se hace financieramente insostenible dado que en general no existe una red de servicios públicos destinada a la rehabilitación, cuidado domiciliario, etc.

Por otro lado, estas enfermedades, por el cambio demográfico, han ido incrementando su prevalencia e incidencia, lo que hace relativo el componente epidemiológico inicialmente usado en la caracterización de estas enfermedades, como así también el componente clínico que ponía énfasis en el riesgo inminente de vida.

En lo económico, una enfermedad catastrófica involucra un desembolso monetario significativo que excede algún umbral considerado normal, ya sea por episodio, por período de tiempo, o en relación con el ingreso familiar. Estas tienen - en general - un fuerte impacto, provocando un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva en el afectado y su grupo familiar.

En algunos países de América Latina como Chile, desde la perspectiva actuarial, se considera a una enfermedad como catastrófica cuando la suma de los copagos que genere sea superior al "deducible". ¿Qué entendemos por deducible? Es la suma de los copagos que

acumula el afiliado para optar a este beneficio. Su monto equivale a treinta veces la cotización pactada en el plan de salud.

El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario integre el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica. Al cabo de un año de esa fecha, se reinicia el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

En caso de que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, que no podrá exceder de un tope definido por PBI per cápita ("UFs" ajustadas por inflación en Chile).

Para MEDICARE es un problema de salud muy grave y costoso que podría presentar riesgo de muerte o causar una incapacitación de por vida. Tan solo el costo de servicios médicos por este tipo de condición grave podría causarle problemas financieros irresolubles.

En México, durante la reforma de salud se estudiaron y analizaron económicamente, previo y durante la reforma, un hogar que gasta más del 30% del dinero disponible (ingreso total menos gasto en necesidades básicas, aproximado por el gasto en alimentos) en gastos médicos enfrenta gastos catastróficos en salud.^{xiv}

Aunque este criterio no se usó para determinar el paquete de servicios a cubrir, sí se convocó a un grupo de expertos sobre una enfermedad y ellos definieron, en base al tiempo que dura la enfermedad, las diferentes etapas del tratamiento y costo económico, lo que se considera una enfermedad catastrófica.

En algunos países europeos el criterio usado para dar la cobertura financiera del 100% son aquellos gastos de bolsillo que en Europa tienen un papel limitado en comparación con América Latina. Europa tiene como destacable que el componente público oscila entre 70% al 90%, con excepción de Portugal, Grecia e Italia que están por debajo.

Si bien existen copagos (para pago de medicamentos, asistencia primaria y secundaria), tienden a ser nominales y van acompañados de medidas de protección de las poblaciones vulnerables.^{xv}

Se incluyen sistemas de exención para enfermos crónicos y establecen techos de gastos anuales de:

▲ Suecia: 200 Euros/año

▲ Bélgica: todos los gastos de grupos vulnerables que superen 371,7 Euro son reembolsados. También hay un sistema de exención fiscal que permite deducir los copagos del ingreso imponible.^{xvi}

En síntesis, las enfermedades catastróficas son definidas, desde el financiamiento, por dos elementos fundamentalmente:

1. Alto costo
2. La certidumbre de que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demandará recursos por encima del promedio.

Esto hace que su financiamiento sea, con certeza, imposible de financiar con el presupuesto familiar sin generar un quebranto, llevando a la vulnerabilidad del desfinanciamiento para cubrir las necesidades básicas de la familia y estos dos criterios son determinantes en el diseño de un sistema sustentable para la cobertura específica de estas enfermedades.

3.7.- Concepto de Siniestralidad:

Es el conjunto de eventos presentados y objeto de cobertura del seguro. Expresa una certeza a diferencia de riesgo que habla de probabilidades de ocurrencia de eventos.

La siniestralidad se conforma de tres variables: frecuencia de uso, razón de uso y los costos promedios de atención de un evento.

La razón de uso corresponde al número de atenciones ocasionadas por el manejo de una patología, en un periodo de tiempo dado con relación a una población de referencia.

La frecuencia de uso establece el promedio de demanda de un servicio por una persona en un periodo de tiempo determinado.

4.- Desarrollo:

Las enfermedades de alto costo/catastróficas tienen una gama muy amplia desde el punto de vista de costo-efectividad, pero el foco del presente trabajo es determinar la cantidad de pacientes que han sido tratados en las diferentes patologías, las cuales requieren de conductas terapéuticas de alto costos y ello impacta en la redistribución colectiva de los escasos recursos que disponen los sistemas de salud a nivel provincial, nacional y mundial. Las personas, bajo el imperio de estas necesidades, pueden tener severos trastornos financieros y económicos con el desasosiego agregado de la enfermedad. Es un área donde las inequidades se hacen perversamente más eficaces: aumentan las tendencias de la medicina como causa de empobrecimiento y de la "medicina inversa" donde el que menos las necesita más las usa.^{xvii}

En un mundo de escasez y en un país de pobreza enorme, es un imperativo ético tener un análisis de aquellas causas de alto gasto para buscar ser más eficientes y equitativos a la vez ya que la inequidad o ineficiencia es un círculo vicioso que genera más inequidad y más ineficiencia en el largo alcance por ser un sistema no sustentable políticamente y/o económicamente.

4.1.- Modelos de diferentes países de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo.^{xviii}

1) Rasgos básicos de los sistemas de salud nacionales:

Los países de Latinoamérica no constituyen un conjunto homogéneo sino que presentan diferencias en cuanto a su estructura demográfica, perfil de salud, renta por habitante, dinero que gastan en el área y en las estructuras institucionales que dan forma a sus sistemas de protección de salud. Estos sistemas tienen orígenes semejantes a nivel estructural.

Todos, sin embargo, debieron enfrentar la realidad de tener problemas estructurales en sus sistemas de salud, lo cual les impuso la necesidad endógena: propias del sistema de salud y exógena: de carácter político, macroeconómico, social, epidemiológico y cultural, para llevar a cabo reformas.^{xix}

A su vez, las diferencias de demandas en salud se integran en un contexto de países que aplicaron modelos económicos y sociales similares, en los años ochenta o noventa, por dictaduras que representaron años de atraso en lo referente a las libertades ciudadanas, a la participación social y a la construcción de ciudadanía. Esto va asociado a un gran empobrecimiento del sector público en términos de la provisión de servicios, especialmente en el sector salud y educación. Tienen en común la gran variación regional dentro de sus

territorios en términos económico-sociales, reflejados en resultados sanitarios que muchas veces quedan ocultos en los indicadores globales de cada país.

A partir de esto podemos afirmar que los problemas más relevantes son:

- a) La inequidad, expresada en la existencia de sistemas públicos mal atendidos, con escasez de recursos, con problemas de cobertura, acceso, calidad y oportunidad de atención, orientados a los segmentos más pobres de la población y sistemas privados que ofrecen mejores condiciones de cobertura, acceso y oportunidad a aquellos que puedan pagarlos, es decir, a los segmentos más pudientes de la población.
- b) La ausencia de marcos regulatorios adecuados y de instituciones capaces de supervisar el cumplimiento de dichas regulaciones.
- c) Las relaciones de poder que se establecen entre las entidades que tienen la responsabilidad de prestar el servicio y grupos de interés político, gremial o económico, incluidos los propios equipos gubernamentales.
- ci) Los costos crecientes del sistema, agravados por los procesos devaluatorios recientes, el incremento de los copagos y por ende el elevado porcentaje de pago directo del bolsillo del usuario, que provocan la auto-exclusión de muchos cotizantes de los sistemas de prepago.
- e) La ausencia de cobertura adecuada para los trabajadores informales.
- f) Las inequidades regionales en el acceso a los sistemas de salud.
- g) La insatisfacción de los ciudadanos respecto del sistema.

En este escenario de crisis los diferentes países enfrentaron reformas desde el 80-90 en adelante para mejorar la expansión de la cobertura pero que fue acompañado por un incremento de las inequidades por el ajuste económico que sufrió toda la región, con repercusión en las condiciones de precarización y exclusión laboral, elemento clave ya que era una de las bases del desarrollo de la seguridad social por medio de las obras sociales.

En esa década se buscó introducir reformas orientadas a mayores niveles de mercado con diferentes resultados.

Aunque se continúa en tendencia de reformas, en Brasil se intenta fortalecer un sistema público único y de cobertura universal de salud, donde el aseguramiento y la provisión no se encuentran diferenciados. Argentina, México, Colombia, Uruguay y Chile buscan fortalecer la capacidad regulatoria del sector público e introducir modificaciones tendientes a mejorar la cobertura y disminuir las diferencias de calidad, acceso y oportunidad de atención en escenarios donde las instituciones privadas son actores estables y poderosos del sistema y donde existe una diferenciación entre los roles de aseguramiento y provisión de servicios de salud. Paraguay, por su parte, se encuentra en un proceso de consolidación institucional tendiente a lograr un sistema único de salud, donde no es posible predecir la dirección que tomará el proceso, debido principalmente a los serios problemas de cobertura que ofrece el sistema y al bajo gasto por persona en salud, lo cual representa un obstáculo para el Estado en términos de la posibilidad de financiamiento del sistema.

Cuadro 11: Datos básicos y demográficos:

	Argentina	Uruguay	Chile	México	Colombia
Mortalidad Infantil (TMI)	12.6	10,5	7,9	18,1	15,9
Expectativas de vida al nacer	77	76	77	76	73
Plena transición demográfica. Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Como el descenso de la fecundidad es reciente, la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aún cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.				X	X
Transición demográfica avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo del orden del 1%.	Pero con largos períodos lo que da semejante a países desarrollados	Pero con largos períodos lo que da semejante a países desarrollados	X		

Estos datos demográficos, más las principales causas de mortalidad, determinan la prioridad de los esfuerzos sanitarios, al determinar la carga de enfermedad, es decir grupos poblacionales con diferentes riesgos, lo que definirá los conjuntos de prestaciones de salud (conjunto de prestaciones de salud) y la forma de aseguramiento para cubrir los costos (impuestos generales o al trabajo, o privados en primas o gastos directos de bolsillo)

Cuadro 12: orden de importancia de problemas de salud en países analizados

Principales problemas de Salud en orden de importancia por país			
Países	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardiaca)	Tumores malignos (tráquea, bronquios y pulmón)	Enfermedades del sistema respiratorio (insuficiencia respiratoria aguda)
Chile	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas	Accidentes y violencias	Trastornos de salud mental
Colombia	Enfermedades crónicas y Degenerativas	Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión sexual
Uruguay	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Accidentes

Fuente: Irma Arriaga.2005.CEPAL Serie Políticas Sociales 114

Esto, a su vez, puede generar diversos arreglos destinados a cubrir dichos costos, tales como el cobro de impuestos generales, impuestos específicos, cotizaciones y gasto directo desde el bolsillo del usuario.

La organización de los sistemas de protección social, tiene similitudes en la región de gran fragmentación. En base a la solidaridad intragrupal de asistencia médica, algunas de estas entidades se organizaron a partir de asociaciones profesionales o grupos de inmigrantes europeos, como ocurrió en Uruguay. Otras se organizaron por ramas de actividad económica, como en Argentina y Chile. En Uruguay estas agrupaciones dieron origen a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En Argentina se originaron las Obras Sociales (OS), en Brasil las Cajas de Asistencia y Previsión Social (CAPS) y en Chile el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que luego se transformaría en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). En México se creó el Instituto Mexicano de Seguridad en Salud (IMSS) o el Instituto de Seguridad Social de los trabajadores del Estado (ISSTE).

Se describen sistemas de salud con problemas similares con fragmentación en las organizaciones de sus respuestas (aseguramientos mixtos), que generan inequidades de diferente calidad y magnitud, de acuerdo al grupo económico o la región a la que pertenezca la población. ^{xx}

Estas diferencias se pueden observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 13: Comparación de PBN, Crecimiento y Gasto total por cápita en América Latina

País	PBN per cápita PPP 2005	Crecimiento % p/cápita del PBI 2004-2005	Mortalidad al 5to año. 2004	Gasto total en Salud per cápita. 2004
Argentina	13.920	8,2	18	1.274,3
Trinidad y Tobago	13.170	6,4		522,6
Chile	11.470	5,2	8	720,3
México	10.300	1,9	28	655,4
Uruguay	9.810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9.680	2,3	13	592,0
Brasil	8.230	0,9	34	519,7
Colombia	7.420	3,6	21	570,0
Panamá	7.310	4,5	24	631,6
Rep. Dominicana	7.150	3,0	32	377,0
Belice	6.740	-0,2	-	338,6
Venezuela	6.440	7,5	19	284,8
Perú	5.830	5,1	29	235,4
El Salvador	5.120	1,0	28	375,4
Paraguay	4.970	0,4	24	326,7
Guatemala	4.410	0,8	45	256,2
Guyana	4.230	-2,9	-	328,9
Jamaica	4.110	1,3	20	223,4
Ecuador	4.070	2,5	26	261,4
Nicaragua	3.650	1,9	38	231,3
Honduras	2.900	2,3	41	197,4
Bolivia	2.740	2,1	69	185,9
Haití	1.840	1,5	117	82,3
Suriman	-	4,5	-	376,3
Bahamas	-	-	-	1.348,6
Barbados	-	-	-	1.150,7

Fuente: World Development Report 2006; World Health Organization. (D. Maceira 2008)

Esto muestra la desigualdad de ingresos en la región por la brecha entre países ricos y pobres. Asimismo, a pesar del crecimiento económico sostenido que ha tenido Argentina y que la coloca en el primer lugar de ingreso per cápita en la región, los términos del indicador de mortalidad infantil en los primeros 5 años distan de ser los mejores.

Cuando se compara a la Argentina con países de semejante ingreso se evidencia que la mortalidad infantil en los primeros 5 años no posee una correlación directa con el ingreso, como tampoco el nivel de inversión o gasto en salud:

Cuadro 14: Comparación de tasa de mortalidad infantil de Argentina con otros países de igual gasto por cápita en salud

País	PBN per cápita PPP 2005	Crecimiento % p/cápita del PBI 2004-2005	Mortalidad al 5to año 2004	Gasto total en Salud per cápita 2004
Rep. Checa	20.140	6,2	4	1.412,4
Portugal	19.730	-0,2	5	1.896,9
Hungría	16.940	4,3	8	1.307,9
Eslovaquia	15.760	5,9	9	1.060,6
Arabia Saudita	14.740	3,9	27	601,1
Omán	14.680	-	13	418,9
Lituania	14.220	8,0	8	843,1
Argentina	13.920	8,2	18	1.274,3
Polonia	13.490	3,3	8	814,1
Letonia	13.480	10,8	12	851,6
Croacia	12.750	4,2	7	916,8
Sudáfrica	12.120	5,6	67	748,0
Chile	11.470	5,2	8	720,3
Rusia	10.640	6,9	21	582,7
Malasia	10.320	3,4	12	412,3
México	10.300	1,9	28	655,4
Uruguay	9.810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9.680	2,3	13	592,0

Fuente: World Development Report 2006; World Health Organization. (D. Maceira 2008)

Argentina tiene un porcentaje similar de mortalidad infantil a Uruguay pero con 38% más de gasto en salud. Con Chile se observa que tiene, no sólo el doble de mortalidad infantil sino que gasta el 43% más por salud.

En estos países y otros de la región se han desarrollado esquemas de aseguramiento social diseñados para toda la población que buscaron homogeneizar las prestaciones y reducir los desembolsos individuales (gasto de bolsillo).

En esta línea se ha publicado literatura sobre el análisis de Risk Pooling en los sistemas de salud, en función de las estructuras de segmentación, pretendiendo evaluar la capacidad de los diferentes mecanismos de aseguramiento de cobertura ante la eventualidad de enfermar, con estrategias de promoción, prevención y financiamiento. Desde esta mirada se consideran aquellos gastos que se vuelven financieramente catastróficos en función de la capacidad de las familias de afrontarlos, complementariamente al criterio sanitario para clasificarlos.

Dentro de este contexto preocupante debido al incremento en el gasto de las enfermedades catastróficas en el mundo, existen diferentes modalidades de soluciones que están de acuerdo al modelo sanitario imperante, los cuales serán descriptos brevemente para poder incluir dentro de ellos la solución para las enfermedades de alto costo/catastróficas:

4.1.1.-Argentina:

La estructuración del sistema de salud de Argentina es resultado de un desarrollo complejo.

Se inicia sin la intervención del estado en la organización del sistema, sin determinar las políticas públicas del sector. La prestación de servicios es por medio de un grupo de prestadores con establecimiento de asistencia pública, mutuales y establecimientos privados. En 1852 se crea el Consejo de Higiene Pública de Buenos Aires por la influencia de los conocimientos sobre la higiene y la medicina que se desarrollaban en la Europa del positivismo. Fueron tomadas varias medidas sobre la salud pública que implicaron la creación del Cuerpo Médico de Buenos Aires y las tres instituciones que lo conformaron: la Facultad, la Academia y el Consejo de Higiene Pública.^{xxi}

En 1891 se crea el Departamento Nacional de Higiene. En base a una mirada epidemiológica se crean las primeras Leyes sanitarias. En este período nace la enseñanza médica con la creación de una Escuela Médica Argentina que ubicaría a la Argentina entre las de mejor nivel de Latinoamérica y el mundo. Esta nueva concepción médica, originada fundamentalmente en la Epidemiología, influyó profundamente en la aparición de las primeras Leyes sanitarias propiciadas por este organismo.

Este período es descrito por Tobar (2002) como Etapa de "la policía médica" dentro de un modelo de estado liberal, dominado por los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora y sanitariamente por el higienismo y la psiquiatría alienista (se aislaba al enfermo). Es decir, el Estado debía cumplir un rol de policía.

El modelo social-asistencial de los '40 lleva a la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1943) y la Secretaría de Salud Pública (1946). Por primera vez se fundamenta la necesidad de la existencia de un ministerio de la salud.

En la década del 40 el sector público comienza a tener un desarrollo integral como prestador, diseño e implementación de políticas para el sector que se ve potenciado por la creación del Ministerio de Salud, la intervención del Estado en la organización, inversión, infraestructura, implementación de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc.^{xxii}

De esta manera, se fomenta desde el Estado la creación de entidades para la seguridad social para la cobertura de la salud de los asalariados, que se afiliarían en forma voluntaria. De esta manera, el sistema empieza a tener otra estructura. Esta etapa es denominada como Estado de Compromiso (porque según algunos autores no siguió un modelo igualitario y universal como lo definía el Estado de Bienestar europeo) en un período de industrialización de crecimiento hacia fuera, donde la demanda de los trabajadores se canaliza en la creación de las obras sociales, y es reemplazado por un Estado desarrollista, orientado a la acumulación de capital en contra del anterior que buscaba la distribución de riquezas, iniciando un proceso de transferencia de la salud a las provincias (descentralización y desburocratización).^{xxiii}

En 1970 se promulga la Ley 18.610 en la búsqueda de la extensión de cobertura poblacional. Se dicta la obligatoriedad de afiliación del trabajador a la obra social de la rama correspondiente de su actividad laboral. Organizacionalmente los sindicatos estaban

agrupados en gremios únicos por rama laboral, lo que consolidó un esquema de trabajadores cautivos a la obra social de su sindicato, que era único por rama laboral. Este cambio da una fortaleza enorme a los gremios en términos de poder político y económico al tener el manejo de esta área. Logran tener una cobertura homogénea interna de cada obra social pero heterogénea entre sí y pasan del 37% en 1967 al 73% en 1980 en términos de porcentaje de cobertura del subsector.

El crecimiento de las obras sociales se convierte en el eje central de desarrollo del sector, con una gran determinación del crecimiento del subsector prestacional privado, lo que genera una disminución de la preponderancia del sector público, quien debía dar la cobertura a la población carenciada sin cobertura. A su vez, presta servicios circunstancialmente a sectores con obra social de menores ingresos, dando la característica de la múltiple cobertura, determinado una de las ineficiencias del sistema.

Por Ley 10.032 se crea el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados con el objetivo de otorgar cobertura de salud y otros servicios sociales a la población de mayor edad, con igual modelo de obligatoriedad y con gran impacto en las provincias.

Desde 1976 se instala un modelo de estado Neoliberal, burocrático-autoritario (Tobar 2002), con desmantelamiento del sistema de servicios sociales por parte del Estado y traspaso al sistema privado.

En 1977 se sanciona el Nomenclador de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Odontológicas que, ante la falta de coordinación y de regulación entre los subsectores, se convierte en el instrumento central de regulación de precios, donde la preferencia es la incorporación tecnológica por sobre el trabajo clínico, potenciada por la política económica del momento, disparando la incorporación no planificada de tecnología de alta complejidad. En el subsector público se suma la descentralización hospitalaria a la falta de coordinación a las provincias y municipios, regida por una concepción financiera que acrecienta las falencias del sistema.

En la década del 80 el sistema de salud argentino, con logros sanitarios en base a un consolidado sistema fragmentado sin coordinación, se volvió progresivamente más inequitativo e ineficiente. El subsector público estaba segmentado en jurisdicciones pertenecientes a Nación, Provincias y Municipios. El subsector de obras sociales poseía más de 300 organizaciones heterogéneas en calidad de cobertura y el subsector privado tenía las mismas características.

En la década del 90 se inicia una Reforma del Sector Salud, con dos ejes centrales: descentralización y provisión pública de servicios de salud y desregulación de las obras sociales.

La descentralización del subsector público produce parte de las falencias actuales porque el mecanismo de transferencia del gasto social está basado en la presión para mejorar la relación financiera a favor de la Nación y en detrimento de las provincias y no se buscó, como es recomendable, la mejora de la eficiencia y equidad del sistema.

En el mismo sentido, la salud pública basa su modelo asistencial en la actividad hospitalaria, que destina la mayor parte de los recursos al segundo nivel de atención, tercer nivel (alta complejidad) y emergencias, lo que generó un incremento desordenado de las camas, medicamentos y aparatología de alta complejidad en perjuicio del primer nivel.

Desde 1991 se inicia la implementación de un modelo de microeconomía, denominado Hospital de Autogestión, en los hospitales principales de las provincias. Se buscaba un recupero financiero de las obras sociales o prepagas que atendía el hospital. Las grandes fallas de este modelo de gestión fueron, por un lado, la falta de adecuación del recurso humano en gerenciamiento y, por otro lado, los beneficiarios de las obras sociales con dificultades financieras de base, por lo que el sistema no es muy efectivo en mejorar la equidad financiera que se buscaba. Esto se ve agravado, porque dichas modificaciones se realizan sobre la base de economías regionales altamente desiguales, con regiones que logran indicadores sanitarios del primer mundo y otras del tercer mundo.

La desregulación de la seguridad social se basó en las leyes 23.660 y 23.661, sancionadas en 1988 que derogaban la ley de Obras Sociales de 1970 y crean el Sistema Nacional de Seguro de Salud.

Sobre la base de una justicia distributiva se desarrollaría una red sanitaria nacional que dé cobertura a toda la población del país.

Los diferentes decretos que las reglamentaron contrariaron este principio (en materia de equidad e integración del sistema en su conjunto) y así, a partir de reformas sucesivas y parciales, se fue definiendo sin globalidad la reforma del sector.

La reforma de obras sociales profundizó la instalación de mecanismos de libre elección pero, como se verá, determinó un giro de 180 grados en su concepción de la equidad (equidad intragrupo o mecánica). El mismo es el resultado de una interpretación bastante especial del marco regulatorio establecido por aquellas leyes, como se verá en esta sección.

En 1993 comenzaron a definirse los rasgos fundamentales de la reforma del sistema. El decreto 9 de ese año constituye un verdadero quiebre en la trayectoria de las reformas con el que se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces. Se instaló la libre elección, en principio restringida a los beneficiarios de las obras sociales, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema. En caso de que el monto de los aportes de un titular no llegara a cubrir el valor de las prestaciones básicas, la ANSSAL sería la responsable de compensar a la obra social. Por lo tanto, este decreto introdujo importantes modificaciones. En primer lugar, el nivel medio de prestaciones de cada obra social pasa a depender de la capacidad de éstas para captar titulares con ingresos elevados y grupos familiares no muy extensos (descreme). En segundo lugar, el criterio redistributivo presente en el Fondo Solidario de Redistribución se desplaza de un mecanismo tendiente a disminuir las desigualdades del sistema en su conjunto, a un mecanismo que asegure un mínimo de

prestaciones para cada grupo familiar. Por último, la doble determinación de los recursos y las prestaciones del sistema no asegura la viabilidad del mismo. Mientras las obligaciones prestacionales están definidas, al menos en el mínimo, los ingresos del sistema varían de acuerdo con los niveles de actividad y de salario medios de la economía.

El nivel de cobertura alcanzado es del orden del 14% de la masa salarial y exceptúan a los beneficiarios de obras sociales de personal de dirección y de personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, etc.

Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes diferenciales de salud. Sobre la base de concebir a los aportes y contribuciones como salario diferido de los trabajadores, se estableció la posibilidad de pactar con el agente de salud sobre estos mismos aportes o sobre la posibilidad de aportes adicionales. Asimismo, ratificó que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee.

El decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al Seguro Nacional de Salud en su totalidad, terminando de definir una "especial" interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661. La extensión de la cobertura "mínima" asegurada (a ser definida por el Ministerio de Salud y Acción Social) a la totalidad de los beneficiarios del sistema se vio contrarrestada con la reducción del universo de beneficiarios. Los autónomos se incorporarían voluntariamente al sistema siempre que pudieran realizar un aporte mínimo equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Por su parte, los carenciados se restringieron a aquellos comprendidos en el Programa de Asistencia a Carenciados y no se fijaron las condiciones de su incorporación. Paralelamente, se tomaron medidas que intentarían definir aspectos necesarios para la instalación de la libre elección.

El hecho de que el mayor traspaso de afiliados se haya dirigido hacia las obras sociales de empresas y la amenaza que representaba la entrada de empresas de medicina privada para el poder sindical argentino impulsó a que el gobierno eliminara, a fines de 1997, a las obras sociales de empresas del régimen de desregulación de las obras sociales.

La opción de libre elección, entonces, quedó restringida en 1998 a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección. De todas maneras, las empresas de medicina prepaga encontraron la forma de acceder al mercado a través de contratos con las mismas obras sociales sindicales. La posibilidad de pactar planes diferenciales de salud entre los beneficiarios y las obras sociales sirvió de medio para que esto ocurriera. A finales de los años noventa existieron fuertes presiones para revertir esta medida y continuar avanzando en el proceso de desregulación del sector con la incorporación, también, de las empresas prepagas. Por otra parte, el gobierno hizo públicos distintos proyectos para incorporar a los contribuyentes autónomos al seguro de salud.

Desde el año 2000 se han sucedido algunos intentos de incrementar el componente redistributivo de las contribuciones sobre el salario que financian las obras sociales, mediante el aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinan al Fondo de Redistribución de Obras Sociales. El decreto 446 del año 2000 dispuso que esos porcentajes fueran variables según el nivel salarial y con independencia del tipo de Trabajo. Provisoriamente, se fijó el valor del módulo en \$20. Al igual que para los activos, la opción de elección es una vez por año y en un lapso de tiempo determinado.

Al mismo tiempo, se decretó la obligación de las obras sociales de pagar a los hospitales de autogestión las prestaciones que sus beneficiarios demanden a estos últimos, la intervención de la ANSSAL en abril de 1993 y el nombramiento de la DGI como agente fiscalizador, recaudador y ejecutor de los aportes y contribuciones de empleados y empleadores.

En abril de 1998 se crea la Superintendencia de Servicios de la Salud. Este organismo se encargará de controlar el sistema de obras sociales absorbiendo entre sus funciones aquellas antes realizadas por la ANSSAL.

Sigue sin definirse el marco regulatorio aplicable al sector de medicina privada y a la incorporación de los trabajadores autónomos.

En el caso de PAMI, se introdujeron importantes modificaciones en su financiamiento. Este se redujo de manera significativa, primero por la transitoria reducción de las contribuciones patronales y, luego, por la caída de la base imponible.

Antes de la devaluación del peso en 2001 se gastaban 720 dólares por persona por año, del cual gran porción es gasto privado en base a preferencias y capacidades de pago de cada individuo. Descontada esta parte, el gasto por habitante se reduce a 388 dólares anuales. Más de la mitad de ese monto está en manos de las obras sociales, que comprende un heterogéneo universo de instituciones "sin fines de lucro" que presentan motivaciones difusas y, hasta hoy, no reguladas. Finalmente, el gasto por persona del sector público (incluyendo todos los niveles de gobierno) alcanza apenas \$157 por año. ^{xxiv}

Como puede observarse, las características del diseño del sistema de salud se fueron definiendo de manera desordenada y sin una articulación por parte del Estado orientada a los objetivos perseguidos, apostando a que la libre elección corregiría las fallas del sistema.

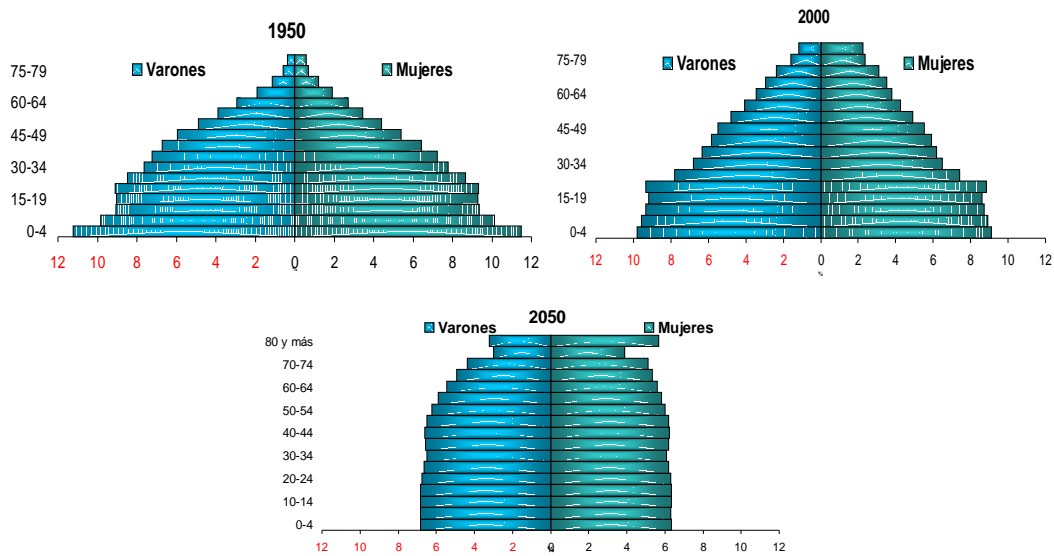
En este marco histórico, el país tiene los siguientes datos:

Perfil demográfico:

- Población Total: 36.260.130 habitantes.
- Predominancia de Población Femenina: 105 mujeres por cada 100 varones.
- Proporción de personas de 65 años y más: 9,9% de la población total (3.587.620 adultos mayores).

- Una pirámide poblacional que migrará de una base ancha a una romboidal con una tendencia proyectada al envejecimiento poblacional.

PIRAMIDES POBLACIONALES



Perfil Epidemiológico

- Enfermedades no transmisibles:

Seis de cada diez muertes ocurren por problemas cardiovasculares, tumores o causas externas (accidentes, suicidios, muertes violentas)

Cuadro 15: Tasa p/cada 100.000 habitantes

Causas	Hombres	Mujeres	Total
Infecciones	72,71	66,03	69,42
Tumores	163,38	134,02	148,50
Cardiovasculares	261,23	238,97	249,88
Causas Externas	79,98	24,54	51,75

Perfil Epidemiológico según estratos sociales:

Enfermedades cardiovasculares: 36,1% en jurisdicciones de más alto nivel económico y en los estratos más bajos ascienden al 24,4%.

Causas Externas: 4,9% en jurisdicciones de más alto nivel económico y en los estratos más bajos ascienden al 9,5%.

Estructura del sistema de salud

En Argentina el sistema de salud está organizado en tres subsectores: público, obras sociales y privado.

Cuadro 16: Subsectores de la salud en Argentina (Tobar 2002)

Subsistema	Destinatarios	Fuentes de financiamiento
Público	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.	Impuestos o recursos fiscales. Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
Seguro social	Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo.	Contribuciones sociales transferidas a las Obras Sociales; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes, por ejemplo, a Universidades o Cuerpos Legislativos.
Privado	Los grupos de mayor ingreso que se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria en el mercado, o contratan seguros privados	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido por pagos directos (desembolsos directos) o de cuotas de seguros voluntarios (primas).

El sistema público de salud brinda sus servicios a través de una red de hospitales y centros ambulatorios. Se calcula que un tercio de la población sólo recibe servicios de salud del sector público.

El subsector de Obras Sociales brinda servicios de salud a un 54 % de la población.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) es parte del subsector de obras sociales, brinda seguros de salud a todos los jubilados y pensionados del país sin distinción de sectores productivos.

Las "Prepagas" y "Mutuales" cubren al 9,2 % de la población.

Actores y roles:

El ser un país federal hace que las provincias tengan un rol clave en las determinaciones.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. ^{xxv}

Los ministerios provinciales cumplen un rol de rectoría, financiamiento y provisión de servicios y tienen a su cargo las funciones de promoción y prevención. Además, operan como prestadores de servicios a través de hospitales y unidades asistenciales del primer, segundo y tercer nivel.

Las Obras Sociales y las Empresas de Medicina Prepaga constituyen el eje asegurador del sistema, que es el que moviliza al sistema en su conjunto porque de él depende el funcionamiento de gran parte de los prestadores privados. En su calidad de aseguradores, tienen a su cargo tres funciones:

- Administrar los recursos del sistema
- Comprar servicios de atención médica
- Proveer los servicios con instituciones propias

De acuerdo con información elaborada por el ANSSAL, estarían cubiertos por obras sociales del régimen de la Ley 22.269, de las cuales las obras sociales sindicales y las de administración mixta (fundamentalmente PAMI) cubrirían el 86% del total. Ese universo incluye 281 entidades, de las cuales 216 son obras sociales sindicales, 24 de personal de dirección, 6 de administración mixta y 35 de diferente naturaleza.

Las prepagas o algún tipo de plan privado de medicina prepaga que pueden dar cobertura integral (con carencias y exclusiones), complementaria de algún seguro obligatorio o prestaciones específicas (emergencias, consulta con médico clínico generalista, odontológicas, etc.) son provistos por un número incierto de empresas (diversas fuentes lo estiman en una brecha que va de 138 a 300 empresas, aunque sólo 70 estarían agrupadas en las cámaras respectivas). Es un heterogéneo universo donde algunas pocas instituciones sin fines de lucro conviven con colegios médicos, intermediarios de diferente tipo y un gran número de entidades que tienen como finalidad la búsqueda de ganancias y actúan al margen de instancias públicas de control y fiscalización. Es difícil obtener información confiable actualizada sobre la población cubierta por los seguros de salud privados.

Prestadores de salud

Según algunos reportes, existen 373 habitantes por médico y 223 habitantes por cama, por encima del promedio de la región. Existe una concentración en las grandes ciudades, lo que da una inequidad distributiva geográfica.

Prestadores Públicos: hospitales provinciales en su mayoría, salas de atención primaria con recurso humano propio, en su mayoría asalariados.

Prestadores Privados: clínicas y sanatorios del sector privado, con médicos contratados por prestación en su mayoría y enfermeros asalariados.

Aseguramiento de Cobertura:

Se estima que la cobertura es:

Cuadro 17: Cobertura por subsector

Público	Obras sociales	Privados Prepagas Mutuales
37,7%	54,2%	8,1%

Un análisis específico arroja los siguientes datos:

Cuadro 18: Cobertura desagregada

Situación	Millones de habitantes	%
Con cobertura de O.S. o Prepaga	22.8	62,3
Con cobertura de Hospital público	13.7	37.7
TOTALES	36.5	100
Obra Social	18.4	50.2
Obra social o prepaga	2.9	7.9
Obra social y prepaga	1.5	4.2
Sólo Hospital público	13.7	37.7

Fuente CEPAL 2003

Esta situación da un promedio de 57,6% de cobertura y de 36,4% sin cobertura explícita en el 2003 y no expone la gravedad de la inequidad en base a lo que se puede observar si se analiza la población sin cobertura (36,3%), basado al quintil de ingreso (de menor a mayor), el porcentaje de cobertura es de 64.9%, 37.9%, 26.0%, 16.3% y 9.08%. Esto varía en 2005 como queda demostrado en el siguiente cuadro:

Cuadro 19 Cobertura por Quintil de Ingreso:

Cobertura	Quintiles de ingresos per cápita familiar					Total
	I	II	III	IV	V	
Sólo Obra social	25,02 %	30,71 %	51,35 %	50,68 %	49,01 %	39,30%
Sólo sistema privado	7,04%	5,25%	12,79 %	13,60 %	25,76 %	11,38%
Obra social y seguro privado	4,87%	4,82%	6,04%	10,23 %	9,39%	6,61%
Sin cobertura formal	63,07 %	59,23 %	29,82 %	25,48 %	15,84 %	42,70%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente. D. Maceira 2008(en base a datos del Ministerio de salud del 2005)

Queda demostrado que se produce un cambio en la cobertura luego de la crisis económica y social que atravesó el país desde 2001 y que se observa un incremento en la falta de cobertura de 5 puntos (de 37,7 a 42,7%) y un notorio incremento en el II quintil, como así también en el quintil de mayor ingreso. Esto objetiva lo que en términos sociales se denominan los nuevos pobres y las tensiones sociales que generan el cambio de clase social a menos, es decir, de una situación económica a otra de peor ingreso.

Cuadro 20: Sin cobertura en 2003 comparado con 2005, por quintil

	I	II	III	IV	V	Total
2003	64,9	37,9	26,0	16,3	9,08	37,7%
2005	63,07	59,23	29,82	25,48	15,84	42,70%

Elaboración propia en base a Informe Cepal 2003 y D. Maceira 2008.

Esta inequidad de cobertura se agrava ya que los gastos directos son mayores en las clases más pobres.

Cuadro 21: Evolución de cobertura de 2003 a 2005

Cobertura	2003	2005
Sólo Obra social	50,2%	39,30%
Sólo sistema privado	-----%	11,38%
Obra social y seguro privado	4,2%	6,61%
Sin cobertura formal	37,7%	42,70%
Total		100%

Elaboración propia en base a Informe Cepal 2003 y D. Maceira 2008

Si afirmamos que alrededor del 43% de la población no tiene seguro de salud y que una parte importante de ella no lo usa o lo hace de manera parcial (por opción o por dificultad de acceso), la población cubierta por el sector público puede superar holgadamente el 50% de la total.

En el sector público los hospitales brindan cobertura universal sobre la base de que su función principal es brindar prestaciones médicas a las personas que no están cubiertas por las obras sociales ni por las empresas de medicina prepaga. De todas maneras, de hecho, se da esta cobertura a pacientes con obra social o prepagas que asisten sin pagar al hospital, configurándose en un subsidio indirecto, incentivado en muchos casos por el doble trabajo de los médicos, en el ámbito público y privado, trasladando la demanda, sobre todo, a los casos más complejos que habitualmente son los de mayor costo.

Financiamiento

El sistema posee tres fuentes de financiamiento:

Obras sociales nacionales ley 23.660 y 23661: Los impuestos sobre el salario (aportes y contribuciones) que a principios de los 90, en general, tenían un ingreso del 14% de la masa salarial, de los cuales 3% eran aportes del trabajador y 6% contribuciones del empleador. En el caso del PAMI provenían del 2% de la masa salarial de parte del empleador y el 3% de los trabajadores activos.

Según la resolución general 2558 del 8 de enero de 2009, la AFIP distribuye entre la Obra Social y el Fondo de Redistribución Solidario (FRS) con el corte de \$2.400 de ingreso de

remuneración bruta mensual, lo que determina el porcentaje de aportes al FRS, según los cuadros siguientes:

Cuadro 22: Aportes de Obras Sociales nacionales generales

Remuneración bruta por mes	FRS	Obras Sociales
< \$2.400 por mes	10%	90%
= o > \$2.4000 por mes	15%	85%

Cuadro 23: Aportes de Obras Sociales del personal de Dirección y Asociaciones Profesionales de empresarios

Remuneración bruta por mes	FRS	Obras Sociales
< \$2.400 por mes	15%	85%
= o > \$2.4000 por mes	20%	80%

El FRS luego compensa a aquellas Obras Sociales que no alcanzan a tener un ingreso igual o superior a \$22 por titular y \$20 por familiar. Además, financia a la Administradora de Programas Especiales (APE) sus programas y a la administración de la Superintendencia de Seguro de Salud y el APE, que es hasta 5% y puede ser ampliado por excepción hasta el 6%.

· Sistema Público: rentas generales por la distribución de los impuestos.

Prepagas o mutuales: El pago directo por parte del afiliado (primas de prepagos o gasto directo de bolsillo)

En este punto es importante describir la composición de los recursos fiscales que en Argentina tiene la siguiente distribución:

Cuadro 24: Composición del financiamiento del gasto en salud

Desembolso Directo	Contribuciones	Recursos fiscales	Primas y cuotas voluntarias
34%	33%	22%	22%

Fuente: Tobar y col 2004

Demuestra la regresividad del gasto dado que el gasto directo de bolsillo (habitualmente no programado) impacta negativamente en las clases más desprotegidas.

Además de analizar la composición del financiamiento, se evalúa cómo se agrupa el gasto de salud de acuerdo al subsector:

Cuadro 25: Porcentaje del financiamiento por sub sector:

Público	Obras sociales	Privados Prepagas Mutuales
23%	34%	43%

Fuente: Tobar, F. y colaboradores. Op. Cit. 2002.

Según el trabajo de Jorge Katz en la década del 80, son los conflictos distributivos entre los mercados instalados y no las necesidades de la población las que determinan el patrón del

gasto y estima que son un 25% para cada uno de los actores en puja: mercado de servicios ambulatorios (médicos), mercado de aseguramiento, mercado de internación y mercado de medicamentos e insumos.

El control del gasto tiene la particularidad de requerir una articulación política muy importante dado el carácter federal del país.

El gasto en salud también queda agrupado según jurisdicción:

Cuadro 26: Porcentaje del gasto en salud según jurisdicción:

Nación:	13.88%
Provincias:	70.00%
Municipios:	16.12%

Fuente: CEPAL 2003 Dirección Nacional de Programación del Gasto Social

Planes de beneficios o conjunto de prestaciones en salud:

No existen en Argentina un conjunto de prestaciones en salud estructurado universal. Se sigue usando como base del sistema el Nomenclador de Prestaciones Médicas. Sí existe en aplicación el Programa Médico Obligatorio (PMO) que regula las prestaciones médicas de las obras sociales nacionales y que se usa como base para las obras sociales provinciales.

El 17 de mayo 1996 se crea el PMO por resolución 284/96 MS y SA, elaborado por una Comisión técnica creada en 1995. En los considerandos de la misma se expresa que todo beneficiario debe tener acceso a un conjunto de prestaciones médicas, privilegiando la prevención y promoción de la salud, el libre acceso, solidario e igualitario. La calidad instrumental del PMO hace factible el control de las prestaciones por parte de las obras sociales, dándole un marco para obligar a ser más eficaces y eficientes desde el punto de vista prestacional y administrativo. Se prevé que debería tener un financiamiento especial de las enfermedades de baja incidencia y alto costo.

De todas maneras en el artículo 3 dicta la obligatoriedad del cumplimiento prestacional por parte de las obras sociales comprendidas y establece que si no pueden cumplir deberán presentar un plan de fusión con uno o más agentes de seguros ante la Administración Nacional de Seguro o, en caso contrario, ésta se encargará de realizarlo para que los beneficiarios accedan al PMO.

En el anexo I dice:

“Se entiende por PMO el régimen de Asistencia Obligatorio para todas las obras sociales del Sistema de las leyes Nros. 23.660/23.661, es decir, que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes (y todas las Obras Sociales que adhieran al mismo) deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. No podrán establecerse períodos de carencia, ni coseguros o copagos, fuera de lo expresamente indicado en este PMO”

El Programa Médico Obligatorio (PMO) conforma un paquete básico de prestaciones de asistencia en prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico obligatorio para las obras sociales y empresas de medicina pre-paga. Su contenido era puntual, la cobertura contempla los programas generales de atención primaria a través de médicos de cabecera,

atención secundaria y prestaciones complejas. El monto fijado para el PMO corresponde a la suma de \$40 mensuales por afiliado titular que incluye al grupo familiar independientemente de la cantidad de miembros. La compensación para las Obras Sociales era automática a través del A.P.E. para aquellas entidades de menores ingresos, reintegrándose la diferencia a la obra social, cuando el monto de la contribución de sus aportantes no alcanzaba a cubrir la suma estipulada. Las autoridades sindicales siguieron conservando una significativa cuota para el manejo discrecional de dichos fondos. Y no obstante el sistema de protección acordado por el gobierno, los agentes de salud manifestaron su disconformidad y, ante la ampliación del PMO en el 2005, se preguntaban quién iba a financiar los agregados que se efectuaban y que proyectaba un incremento del 15% de los costos. En resumen, en los últimos cinco años el ingreso per cápita de las obras sociales pasó de 24 pesos en setiembre de 2001 a 58 pesos en el mismo mes de 2006, es decir, un incremento de 139%. Sin embargo, la consulta médica apenas se ajustó un 25%.

Fortalezas y debilidades del sistema de salud de Argentina:

Fortalezas

- Alta Capacidad Tecnológica Instalada.
- Capacitación de los Recursos Humanos.
- Ocupación en el Sector Salud: comprende entre el 5 y 6% de la Población Económicamente activa.

Debilidades

- Heterogeneidad y fragmentación (24 sistemas públicos provinciales, 281 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales y entre 138 a 300 prepagas.)
- Desfinanciación.
- Subsidios cruzados.
- Debilidad de la atención primaria.
- Debilidad de mecanismos de regulación para adquisición de tecnología.
- Falta de coordinación y articulación.
- Ineficacia de mecanismos solidarios (Fondo de redistribución de obras sociales.)

Enfermedades de Alto Costo:

No existe un fondo único o programa nacional que específicamente ofrezca una respuesta homogénea en calidad a los pacientes. Existe la experiencia de la Administración de Programas Especiales, que cubre ciertas prácticas, medicamentos, etc. de las obras sociales nacionales.

La Administración de Programas Especiales (APE) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Su principal objetivo es la implementación y administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución afectados presupuestariamente a programas especiales de salud, para la cobertura de patologías de baja incidencia y alto impacto económico, así como otras

de largo tratamiento, destinado a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, conforme a la Ley 23661.

Misión: Asegurar a todos los beneficiarios del Sistema del Seguro de Salud el acceso a prestaciones de alto impacto económico, administrando en forma equitativa y justa los fondos provenientes del aporte solidario de las Obras Sociales.

El objetivo del organismo radica en satisfacer, en tiempo y forma, los pedidos de los Agentes del Seguro de Salud a fin de financiar la cobertura de prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia y/o de carácter crónico.

Asimismo, complementa su objetivo con el desarrollo e implementación de programas de detección y/o prevención de patologías de alto impacto económico y aquellas que, por sus características, demanden una atención prolongada en el tiempo.

Es responsabilidad del Organismo realizar controles sobre la documentación aportada por los Agentes del Seguro de Salud, previo al pago de Reintegros. De la misma manera, en el caso de los Subsidios, una vez entregado el monto acordado para cubrir la prestación médica se verificará si el gasto rendido por el Agente del Seguro de Salud se corresponde con el Subsidio otorgado. Mediante esta función de control la APE completa sus objetivos institucionales.

Financiamientos:

Se instituyen a través del Fondo de Redistribución Solidaria (FRS) que administra la SSS.

Distribución de los fondos por tipo de cobertura:

Tipo de Prestación	2001	2002	2003	2004	2008 (*)
Alta Complejidad	4.397.652,48	19.055.852,13	28.587.035,78	52.905.893,86	125.200.000,00
Discapacidad	13.235.150,80	30.219.638,97	38.647.444,71	43.401.878,23	169.498.691,02
Drogadependencia	818.147,78	2.098.652,52	2.152.014,77	2.235.118,87	10.356.461,19
HIV-SIDA	17.577.402,00	43.951.993,87	57.818.583,56	91.098.433,90	146.800.000,00
Medicación	5.993.463,13	14.209.876,84	70.952.028,98	121.392.755,15	254.400.000,00
Trasplantes	3.513.813,13	12.122.951,57	10.992.884,41	13.636.981,09	56.320.000,00
Otros	68.667,00	2.152.410,33	2.937.996,36	6.705.291,88	42.880.000,00
TOTAL	45.604.296,32	123.811.376,23	212.087.988,57	331.376.352,98	800.000.000,00

2008 (estimaciones)

Población bajo cobertura (2006)	18.400.000,00	Valor Individual Anual	43,48
		Valor Individual Mensual	3,623188406

El valor estimado de \$43,48 por afiliado bajo cobertura es un valor importante para realizar estimaciones.

Porcentajes:

Tipo de Prestación	2001	2002	2003	2004	2008
Alta Complejidad	9,64%	15,39%	13,48%	15,97%	15,65%
Discapacidad	29,02%	24,41%	18,22%	13,10%	21,19%
Drogadependencia	1,79%	1,70%	1,01%	0,67%	1,29%
HIV-SIDA	38,54%	35,50%	27,26%	27,49%	18,35%
Medicación	13,14%	11,48%	33,45%	36,63%	31,80%
Trasplantes	7,71%	9,79%	5,18%	4,12%	7,04%
Otros	0,15%	1,74%	1,39%	2,02%	5,36%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Estos cuadros de análisis demuestran que el 87% del gasto está concentrado en la prestación de Medicación (alto costo) 31,80%, Discapacidad 21,19%, HIV-SIDA 18,35% y alta complejidad 8% prótesis (traumatológicas y cardiovasculares).

Conjunto de Prestaciones de Salud o Paquetes de beneficios:

Las prestaciones que cubre el APE se pueden agrupar en ocho grandes grupos prestacionales, que a su vez incluyen subgrupos internos:

1. Menú prestacional:
2. Alta complejidad: prótesis traumatológicas y cardiovasculares
3. Discapacidad
4. Drogadependencia
5. HIV-SIDA
6. Implante Coclear
7. Medicación de Alto Costo: drogas inmunosupresoras pos trasplante, enfermedad fibroquística, hormona de crecimiento, enfermedad de Gaucher, tratamiento Esclerosis múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica, fenilcetonuria, infección estafilococo meticilino resistente, factor estimulante de colonia, tumores productores de somastostatina, tratamiento de reemplazo enzimas para enfermedad de Fabry, psoriasis en placa moderada a severo.
8. Trasplante

Conceptos importantes del APE:

- No es un reaseguro. Actúa reconociendo los gastos con una lógica de subsidios discrecionales, en forma de composición del gasto de las obras sociales.
- Modalidad de reconocimiento del gasto por: reembolsos, franquicias y topes o módulos (paquetes de prestaciones).
- La responsabilidad de la prestación nunca deja de ser de la obra social, que el APE puede reconocer o no.
- Tiene cobertura explícita para una determinada cantidad de prestaciones y por montos parciales, definidos discrecionalmente por la APE, analizando caso por caso.
- La APE puede pagar otros gastos catastróficos si dispone de recursos.

Lo descrito anteriormente hace de la APE un sistema no estructurado y discrecional, determinando una cierta posibilidad de cambios no planificados.

Conclusiones:

Argentina tiene un "sistema" de salud que es una argamasa de tendencias internacionales, aplicadas en coyunturas locales, en su mayoría de características exógenas (económicas, sociales, políticas, etc.) al sistema de salud. Permanecieron en funcionamiento con sus lógicas contradictorias, que provee un sistema ineficaz, ineficiente, inefectivo e inequitativo. Esto da resultados sanitarios muy heterogéneos dependiendo la región que se analice, demostrando una inequidad severa cuando se comparan estas regiones, NOA vs CABA o NOA vs. Patagonia.

Tiene en silencio y fuera de la agenda política nacional la definición de una Ley General de Salud que defina cómo producir salud y determinar los alcances de cada subsector y de los

roles que deberá asumir cada actor histórico como así también la creación necesaria de nuevos actores institucionales con la fortaleza técnico-profesional y política, semejante al NICE (Instituto Nacional para la Salud y excelencia Clínica) que determine el conjunto de prestaciones médicas que darán respuesta a la carga de enfermedad nacional y dé la sustentabilidad de cualquier reforma que implique la mejora del ejercicio de los derechos.

Para las enfermedades de alto costo posee las fortalezas de un complejo medico-sanitario ya instalado y con capacidades de gestión y asistencial que pueden ser utilizadas dentro de un sistema nacional. Cuenta con actores relevantes agrupados en PAMI, APE (todas las obras sociales) y la COSPRA (Confederación de Obras Sociales de las provincias de Argentina) que en su conjunto cubren aproximadamente el 60% de la población, que, si se le agrega al COFESA (Comisión Federal de Salud), se alcanza el 98% de la población, lo que da un escenario no tan disperso de discusión y acuerdos.

Tiene abundante experiencia e información sanitaria acumulada en la APE que puede ser utilizada como base institucional que coordine un Fondo Federal dependiente directamente del Ministerio de Salud. Sin embargo deberá estar alineada, con la fortaleza de una ley general de salud con todos los subsistemas, fragmentos y segmentos para evitar que el Fondo de Enfermedades implique otra lógica (de planificación, gestión y control) y otro conflicto distributivo más.

4.1.2.-Uruguay:

El sistema de salud del Uruguay tiene una estructura que se mantiene casi intacta desde hace más de 50 años. Está constituido por:

1- Subsector público para la clase de menores recursos, constituido por las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud Pública (MSP, que presta sus servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE), el Banco de Previsión Social, la Universidad de la República (Hospital de Clínicas), los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior (Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policial respectivamente), las Intendencias Municipales y otras entidades públicas y entes autónomos.

2- Subsistema privado para la población de ingresos medios y altos, constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, instituciones de seguro de pre-pago que brindan una atención integral), las empresas que brindan seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE, que son empresas públicas o privadas que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagos a través del Fondo Nacional de Recursos), los sanatorios y clínicas privados, y las residencias para ancianos.

Según el Censo Nacional de 1996 el 33,7% del total de la población está cubierto por los servicios del MSP; el 46,6% por las IAMC; el 4,2% por la Sanidad Militar; el 1,8% por Sanidad Policial y un 1,2% por otros agentes. Existe un 11,7% de la población sin cobertura formal.

Cuenta con 12.775 médicos y 2.903 enfermeras, 6200 camas para agudos y 2.300 para crónicos. ^{xxvi}

Tiene una estructura del gasto distribuida en: 50% recurso humano, 29% compra de materiales, 15% en medicamentos, 9% en contratos a terceros y un 3% en inversiones.

En el sector público tienen una tasa de consulta de 3,8 cada 1000 habitantes, con un promedio de estadía de 15 días y 20% de cesáreas y en privado de 5,8 de consultas, estadía de 4,5 días y cesáreas entre 30% a 40%.

En 2000 desde el Ministerio de Salud se elabora un documento "Política Nacional de Salud para el Período Quinquenal" que ponía como ejes de acción: interacción del individuo con el medio, la responsabilidad compartida, la salud como inversión, la ética y humanización de la atención a la salud, la equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y cobertura universal, accesibilidad y atención integral. Establece como estrategias el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública, reorganización interna de la Dirección General de la Salud, el desarrollo de una política nacional de medicamentos, Listado Medicamentos Esenciales: LIME, para reparticiones públicas, el desarrollo de un programa de garantía de calidad y acreditación de servicios de salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la racionalización del uso de la medicina altamente especializada, la integración del MERCOSUR en el sector salud y el afianzamiento de los servicios de salud del Ministerio y los de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Este proceso de reforma del sector salud en el Uruguay está centrado en su financiamiento, en especial el financiamiento del subsector privado y en el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud Pública y la desconcentración de las actividades de sus servicios. Gran parte de estas actividades tienen el apoyo financiero del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de préstamos.

El paquete de reformas está orientado a enfrentar los principales problemas políticos y/o sociales que impactan en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud, entre los cuales estarían con gran ponderación, la estructura etaria de la población (12,8 % del total de la población tiene 65 años o más de edad), el alto costo de la atención a la salud y la centralización del MSP. Es decir, estas reformas están orientadas a mejorar la eficiencia, eficacia y racionalizar el gasto buscando una atención de calidad.

Roles y Responsabilidades:

Sub sector público	Subsector Privado
<ul style="list-style-type: none"> · Ministerio de Salud Pública · Sanidad de la Fuerzas Armadas · Sanidad Policial · Hosp. de Clínicas U. de la República · Banco de Previsión Social · Fondo Nacional de Recursos · Gobiernos departamentales · Entes autónomos · Servicios descentralizados 	<ul style="list-style-type: none"> · Instituciones de Asistencia Médica Colectiva · Sanatorios privados · Emergencias móviles · Clínicas médicas · Seguros parciales · Seguros integrales · Empresas privadas de diagnóstico y tratamiento

Sector Público

El Ministerio de Salud Pública (MSP), creado por Ley Orgánica de Salud Pública en 1934 aún vigente, es el responsable de normalizar, evaluar, desarrollar programas preventivos, administrar sus servicios asistenciales y fiscalizar la atención de la salud en todo el país. Es responsable de la asistencia, vigilancia y establecimiento de normas.

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) fue creada en 1987 de acuerdo a la ley orgánica 15903 a fin de ejercer "la administración de los establecimientos de atención médica del MSP "(Art. 267). De esta manera, se separa la función normativa de la asistencial del MSP. En el marco de dicha ley, con el propósito de comenzar la descentralización, se creó el marco normativo para transferir a los gobiernos departamentales e instituciones del sector privado la administración o uso de establecimientos asistenciales propios. Sin embargo, actualmente la ASSE sigue fuertemente centralizada con la mayor cantidad de efectores asistenciales, con una red 65 hospitales, los cuales tienen uno de cabecera (referencial) por cada uno de los 19 departamentos políticos en los que se divide el país. Cuenta con experiencias piloto exitosas de descentralización hospitalaria en proceso, iniciadas en 1999 buscando mejorar la eficiencia en la gerencia de los mismos.

El Banco de Previsión Social (BPS) es un ente autónomo del Estado incluido en la Constitución de 1968, actualmente vigente, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como atención al embarazo y a la infancia y posee un hospital de 160 camas en Montevideo. Todos los trabajadores dependientes de la actividad privada tienen derecho al Seguro por Enfermedad (ocupacionales y accidentes de trabajo) prestado a través de dichas instituciones y contratadas por el BPS.

La Universidad de la República, a través de su Hospital Universitario (512 camas), brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Es un servicio público y general para pacientes agudos. Sus funciones son la docencia, investigación y la prestación de servicios de salud. Su organización depende del Consejo Directivo Central de la Universidad. Posee todos los niveles de complejidad.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, cuenta con un Hospital Central de 450 camas. La Sanidad Policial, que depende del Ministerio de Interior, posee un hospital de 70 camas. Ambas instituciones cubren al personal en actividad y en retiro, y a los pensionistas y sus familiares.

Las Intendencias Municipales brindan atención ambulatoria de primer nivel de complejidad a la población general. Entre otras funciones, las Intendencias actúan como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP.

No existe una entidad que coordine a todas las instituciones públicas de salud.

Sector Privado.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), 50 en el país, son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país en el año 2000 ^{xxvii}.

Son organizaciones independientes y competitivas entre sí. Pueden adoptar alguna de las siguientes tres formas jurídicas (Ley 15.181 del 21 de agosto de 1981 que define las prestaciones que se deben brindar, las inversiones a realizar, los requisitos mínimos para su funcionamiento, etc. Esta ley no rige para los seguros parciales que tienen un marco regulatorio menos estricto):

a) Asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica (son conocidas como “mutualistas” y las primeras en el país tienen casi un siglo y medio de existencia). Son 7 del total.

b) Cooperativas de profesionales que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa. Son la mayoría de las IAMC.

c) Servicios de asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y sus familiares.

El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas y del Ministerio de Trabajo, ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales. Las IAMC están distribuidas en todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento del país.

La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior -FEMI-, Unión de la Mutualidad del Uruguay -UMU- y el Plenario de IAMC). Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se relacionan con el subsector público sobre todo a través de la compra y venta de servicios.

También existen otras coordinaciones en temas relacionados con la promoción y prevención de enfermedades a través de comisiones ad hoc. En la última década el modelo predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC, si bien hubo una tendencia creciente a la aparición de instituciones de “asistencia médica particular” que son seguros de salud comerciales.

Las instituciones de asistencia médica particular (los llamados seguros parciales de salud) son empresas con fines de lucro que brindan una atención específica (por ejemplo: de emergencia, odontológica, de policlínicas, etc.) y hay unas 68 en el país.

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE): Son empresas públicas o privadas que realizan algunos de los procedimientos pagados por el Fondo Nacional de Recursos.^{xxviii}

Financiamiento:

El peso relativo del Estado en el sector salud es diferente si se considera el gasto que realiza en su papel de proveedor de servicios o si se considera su papel como agente financiador. En este último caso hay que tener en cuenta que además de financiar el gasto que realiza en su carácter de prestador casi en un 100%, se debe incluir su papel como agente financiador en lo que hace a las afiliaciones al sistema IAMC a través del BPS, y en lo que hace al financiamiento del gasto en medicina altamente especializada a través del FNR. Si esto se tiene en cuenta, la participación del Estado en el sector salud aumenta sustancialmente.

La principal fuente de ingresos del Sector Público es constituida por los impuestos, que representan un 88% del total de las fuentes de ingresos. La principal fuente de financiamiento del sector privado está constituida por las cuotas y los precios (copagos o

tasas moderadoras), tal como puede observarse en el siguiente cuadro, que muestra los tres mecanismos principales, superpuestos, de financiamiento del sector salud:

	Impuestos	Precios (bolsillo directo)	Prepagas	Proventos	Total
Público	25,2%	2,5%		0,9%	28,6%
Privado		29,3%	42,1%		71,4%

Agrupado por fuente de ingreso:

- a) pre-pago voluntario de cuotas (42,1%)
- b) precios, que incluye medicamentos, órdenes y tickets (IAMC) (31,8%)
- c) impuestos (25,2%)

Al considerar la participación del Estado como agente financiador, su intervención aumenta en forma significativa en relación a la que tiene como agente prestador. Como prestador el Estado representa un 27%, en tanto que como financiador representa un 47,1%.

La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impuestos directos (en torno al 88 % del presupuesto total del MSP) y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3%), lo que demuestra una baja recuperación de costos del sector público.

El BPS tiene como principal fuente de financiamiento las retenciones de las contribuciones de los empleados y de los empleadores (aproximadamente un 90 % del total del financiamiento). También recibe fondos del presupuesto quinquenal del gobierno (10%).

El hospital de Clínicas de la Universidad de la República, las intendencias municipales, la Sanidad de Fuerzas Armadas y Policial se subvencionan a través del presupuesto nacional.

En cuanto al sector privado, predomina la fuente de financiamiento a través de las cuotas de pre-pago por parte de la población afiliada (59 %). Gran parte de este aporte se realiza a través de transferencia de fondos de la Seguridad Social. Le siguen los precios abonados por la población que se pagan a los seguros parciales, a las farmacias externas, a las casas de salud y residenciales y a la asistencia estrictamente privada, y los pagos por órdenes y tickets por parte de la población afiliada a las Mutualistas. Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92 % del sector privado. Las cuotas de afiliación a las IAMC se encuentran controladas por el Poder Ejecutivo.

Las IMAC tienen su principal fuente de financiamiento en las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998). Estas cuotas pueden ser de tres tipos: i) de pago individual, ii) de pago por convenio colectivo, o iii) de pago por la Seguridad Social por un seguro obligatorio que suscribe a los trabajadores de empresas privadas a la IAMC de su elección, con una cobertura integral de salud, pero que no incluye a los dependientes. Otras fuentes de financiamiento son los copagos para la utilización de servicios de los afiliados (11 % del total), los ingresos por la venta de servicios y otros (14% del total).^{xxix}

Aseguramiento

Si bien existe una institución de Registro Único de Cobertura Formal (RUFA), creada por decreto, que obliga a las instituciones del país a remitir la información, no existen fuentes de información confiables, existiendo sólo datos relevantes de las IAMC´s, debido a que las poblaciones de la Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales son cerradas.

Población por principal cobertura de salud según área geográfica
Año 1996

	Montevideo	Interior	Total país
MSP salud pública	20,8%	43,8	34,0%
IAMC salud mutual	60,1%	37,3%	47,0%
Sanidad Militar	4,7%	3,9%	4,2%
Sanidad Policial	2,1%	1,6%	1,8%
Otros	1,4%	1,0%	1,2%
Sin cobertura	10,9%	12,4%	11,8
Total	1005	100%	100%

Fuente: Censo de Población y Viviendas 1996 Copiado de Oreskes

El Ministerio Público, siguiendo la Constitución de la República (art. 44) "el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes", tiene tres tipos coberturas que se clasifican en base a carnets otorgados que permiten el uso de sus servicios:

- i) el carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobrarán los servicios prestados;
- ii) el carné bonificado de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos;
- iii) el carné materno infantil, para embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita y;
- iv) el carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

Los trabajadores de la actividad privada se afilian a las IAMC a través del Banco de Previsión Social y por medio de un copago entre el trabajador y el empresario.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) (creado en 1979) cubre financieramente el 100% de la población de varios procedimientos considerados de alta tecnología o de alto costo (litotricia, diálisis renales, cirugía cardíaca, prótesis de cadera, de rodilla, grandes quemados, etc.) y son realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada, que pueden ser públicos o privados. ^{xxx}

Planes de beneficios

No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que se debe brindar al afiliado por el monto de la cuota.

Se está trabajando en un Conjunto de Prestaciones en Salud.

Prestadores de Servicio

Primer Nivel: Existe libre elección de proveedores público o privados con alguna excepción de algunos grupos que poseen sus propios servicios (Fuerzas Armadas, Policía). Los desempleados se atienden en el MSP mientras que los jubilados se atienden según su capacidad de pago en el MSP o las diferentes instituciones del sector privado.

Segundo Nivel: en base a las instituciones del ASSE y las del privados según corresponda.

Existe cobertura múltiple por los sistemas públicos y privados de atención integral. Además de las que brindan atención integral, existe un conjunto de empresas privadas, un total de 64, que ofrecen seguros parciales de salud, de emergencia, de atención ambulatoria, odontológica, etc., dando una cobertura del 30-35%, que puede ser que genere cobertura doble.

Referencia y contrarreferencia:

En cuanto a la forma de relacionamiento dentro del sector público, no existe un mecanismo formal de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, tanto en el ámbito institucional (MSP) como con otros efectores del primer nivel del subsector público. La ley de creación de ASSE permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados. En el interior del país es frecuente la venta y compra de servicios entre ASSE y el subsector privado.

Acceso diferencial a la medicina altamente especializada

En este país el modelo de cobertura para EAC para toda la población (3,2 millones de personas) por medio del Fondo Nacional de Recursos (FNR) es financiado por parte de las cuotas de pago de las Instituciones Atención Médica Colectivas, mutualidades, del pago de cuotas de los seguros parciales de cobertura total y de rentas generales que el Estado recauda de diferentes impuestos (juegos de azar y un cargo en las llamadas a los números 0900).^{xxxi}

Una de las fortalezas de la creación del FNR es resolver el acceso a toda la población, independientemente de su nivel de ingreso a la medicina altamente especializada. A través de un pago por afiliado del sistema mutual y un pago por carnet de asistencia de salud pública todos tienen ese derecho.

La tasa de uso por cada subsector de cada procedimiento es:

	IAMC %	MSP%	Total%
Diálisis	59,1	49,9	100%
DPCA	56,4	43,6	100%
T. Renales	46,9	53,1	100%
Quemados	19,6	80,4	100%
Marcapasos	74,5	25,9	100%
Litotricias	83,5	16,5	100%
P. Rodilla	83,6	16,4	100%
P. cadera	74,5	25,5	100%
TMO	73,0	27,0	100%
Hemodinámica	73,4	26,6	100%
Angioplastia	79,3	20,7	100%

C. Cardíacas	72,6	27,4	100%
Cardiodesfibrilador	80,6	19,4	100%

Fuente: Fondo Nacional de Recursos

Sin embargo, hay que relacionar estos datos con la cantidad de pacientes que atiende cada subsector ya que el MSP produce el 27%.

Según estudios del FNR, si se toma en cuenta el conjunto de las técnicas que forman parte de la cobertura del FNR se obtiene como resultado un gasto en promedio, por cada beneficiario del sistema IAMC, un 37,6% más de lo que se gasta en los beneficiarios del MSP.

Los objetivos del Fondo Nacional de Recursos son los siguientes:

- Permitir el acceso equitativo de toda la población del país a un conjunto de técnicas médicas de alta especialización, asegurando su financiamiento.
- Evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, controlando los procesos y los resultados de los actos financiados
- Mejorar la eficiencia del sistema mediante la aplicación de metodologías de análisis de costos.
- Administrar la atención de pacientes en el exterior en los casos en que ese extremo se justifique, de acuerdo a los criterios establecidos en el marco normativo aplicable.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los uruguayos y abatir la demanda de tratamientos, mediante la aplicación de programas preventivos y la difusión de hábitos saludables.
- Apoyar el desarrollo y el conocimiento de la medicina basada en evidencias mediante actividades de capacitación, aporte de estudios, evaluaciones y guías para la práctica clínica.

Beneficiarios:

Constituye toda persona que acredite su residencia en el país, que posea Carné de Asistencia otorgado por la ASSE (usuario del sistema público), ser beneficiario del fondo Nacional de Salud (Seguridad social) o ser afiliado a una institución de Asistencia Médica o Seguro Integral como aportante individual.

El FONASA (Fondo Nacional de Salud), por su parte, se encarga de hacer los aportes mensuales al Fondo Nacional de Recursos. Para quienes son afiliados a instituciones de asistencia o seguros privados, corresponde a los mismos verter los aportes. El Ministerio de Economía y Finanzas asume el costo de los procedimientos que se realizan a los pacientes que se atienden en servicios estatales.

Prestadores:

Son las Instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE) que son de libre elección por parte del usuario. Están altamente reguladas por el Estado desde su complejo criterio de calidad (estructura, recursos, procesos y resultados)

Financiamiento:

Parte del 100% del financiamiento público proviene de 2 puntos del 25,2% de los impuestos destinados a salud.

El Fondo Nacional de Recursos recibe los recursos que vuelcan diversas instituciones:

El aporte del Estado para cubrir la atención de los habitantes con cobertura a través del Ministerio de Salud Pública – ASSE.

El aporte de los Entes autónomos, Servicios Descentralizados y Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo.

El aporte del Fondo Nacional de Salud (FONASA) por todas las personas que tienen cobertura de salud a través de la Seguridad Social.

El aporte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que transfieren el aporte mensual de sus afiliados individuales.

El valor actualizado del aporte mensual por persona figura en este mismo sitio web.

El producido de impuestos que se aplican a determinados juegos de azar previstos especialmente por la ley.

Por su parte, el Fondo Nacional de Recursos paga mensualmente a los Institutos de Medicina Altamente Especializada por los actos médicos que realizaron, en base a una tabla de aranceles que se ajusta periódicamente. Estos valores también están disponibles en el sitio web del FNR.

Conjunto de beneficios:

Se cubren ciertas intervenciones de alta complejidad con alto componente de tecnología de capital, como lo son: 1) Colocación de prótesis de cadera y rodilla, 2) Estudios hemodinámicos, angioplastias y valvuloplastias, 3) Cirugía cardiovascular, 4) Implantes de marcapasos, cardiodesfibriladores, 5) Implantes Coclear, 6) Trasplantes, 7) Litotricias extracorpóreas y percutáneas, 8) Grandes quemados 9) Hemodiálisis 10) Medicamentos Oncológicos para mieloma múltiple, cáncer colon-rectal, cáncer de SNC, leucemia, cáncer de riñón, cáncer de mama y 11) Medicamentos especiales para artritis reumatoidea, citomegalovirus, toxina botulínica, tratamiento para cese tabáquico, DBT, esclerosis múltiple, hepatitis C, fibrosis quística y Enfermedad de Parkinson.

Tiene la característica de ser un seguro parcial ya que cubre el componente del gasto por única vez y no los gastos incurridos posteriormente. Pero tiene la fortaleza de tener protocolizado las indicaciones y usos de cada técnica o medicamento (guideline). Además tiene especificado qué centro está habilitado para proveerlas, lo que define las reglas y controla la oferta que regulan la sobre prestación, provocada por la demanda inducida que tiene el mercado sanitario como falla, que puede estar acentuado con la presencia de un fondo común que financia las prestaciones de toda la población. Aunque ha tenido en sus inicios las consecuencias de todo modelo de pago por prestación, se ha ido regulando cada vez más alcanzando una interesante universalidad en la cobertura.

Conclusiones:

Uruguay, país unitario, posee un sistema de salud consolidado en más de 50 años de existencia con dos grandes actores prestacionales que cubren al 81% de la población: el Ministerio de Salud Pública, vía Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), cubre el 34% y el privado a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Hoy se encuentra en transformaciones, dentro de las del Estado en general, ya que aspiran al control de gestión por resultados y en desarrollo del conjunto de prestaciones médicas que todo el sistema debe tener y proporcionar o procurar, lo que le da mayor fortaleza organizacional y de planificación, gestión y control, con resultados sanitarios semejantes a Argentina con una mayor eficiencia.

Tienen un sistema específico de cobertura para las enfermedades de alto costo/catastróficas, de cobertura universal, con un fondo solidario denominado Fondo de Recursos financiado por el presupuesto nacional, aportes de patronal y trabajadores, con prestadores Instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE) que son de libre elección por parte del usuario. Están altamente reguladas por el Estado desde su complejo criterio de calidad (estructura, recursos, procesos y resultados), además de poseer el listado de las prestaciones que cubren, posee claramente determinadas las indicaciones de cada prestación.

Se instituye como un modelo a analizar por el hecho de tener un Fondo universal, instituciones prestadoras específicas, conjunto de prestaciones médicas y guías claras. Es decir, está bien definido qué presta, quién y cuándo lo hace y cómo se financia.

Posee características diferenciales desde su historicidad y de la conformación de los grandes actores y divisiones políticas (unitario) que no son semejantes a Argentina, pero que para un modelo provincial sí se pueden usar.

4.1.3.- Chile:

La experiencia de Chile, en lo referente a las reformas del sector salud, sirvió como base a las diferentes transformaciones llevadas en la región de Latinoamérica.

4.1.3.1.-Evolución del sistema de salud

Desde 1980 la Constitución de Chile garantiza y además, a partir de la Ley 18.469, regula el derecho constitucional a la protección de la salud de todos los ciudadanos, en base a un plan de conjuntos de prestaciones de salud (AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas) y lo realiza con un sistema mixto de protección a la salud formado por un segmento en el sector público y otro en el sector privado, tanto para el aseguramiento como para la provisión.^{xxxii}

En 1980, bajo la dictadura militar, se realizan profundos cambios en el sistema de salud de Chile orientados a crear y consolidar un mercado privado de seguros y proveedores de salud y a descentralizar el sistema público de salud, teniendo como principales objetivos: a) integralidad y unidad de mando y administración del sistema, b) principio de la solidaridad,

c) principio de la gratuidad y d) la visión del Estado como gran proveedor de prestaciones de salud.^{xxxiii}

Se enmarca dentro de la concepción ideológica que en ese momento aspiraba a un rol del Estado en términos de no prestador y no financiador de servicios, lo cual fue limitado por la resistencia interna de un grupo principalmente de profesionales médicos.

La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de las Administradoras de Salud Previsional (ISAPRES) y de la Superintendencia de ISAPRES son el eje central de la reforma al poner al sector privado como actor relevante, donde antes solo estaba el Estado, diagramando un sistema mixto de seguros de salud mencionado.

Estas dos instituciones, por un lado FONASA, de carácter público, con lógica de seguridad social, asegurando solidariamente y en forma de reparto sin discriminación, y por otro lado ISAPRES, privada, funcionan en la lógica de las compañías de seguros generales, esto es, con fines de lucro, planes de carácter individual y primas ajustadas por riesgo, conformándose así el sistema.

De todas maneras la regulación de las privadas por el ISAPRES surge 10 años después de la creación de las aseguradoras privadas y con los subsidios que el gobierno militar destinó para garantizar la continuidad del sistema. Esto hace suponer que la concepción que se tenía del sistema no era la de una competencia regulada, sino que el FONASA diera la cobertura al sector más pobre.

En la década de los ´90, con el advenimiento de los gobiernos democráticos, se buscó detener este modelo con el fortalecimiento de la red pública de salud con mayor intensidad en el segundo gobierno democrático. Se encontraban orientados, según la época que se vivía, e influenciados por el Banco Mundial y el BID al modelo de financiamiento y focalizado en las reformas del sector público y en el FONASA, debido a las diferentes posiciones dentro de la coalición gobernante, que limitaba las acciones al confrontar diferentes intereses internos.

Por estas razones la reforma de Salud de Chile del ´90 se centró en aspectos relativos a la gestión y el financiamiento de los servicios y prestaciones de salud al interior del sector público (recuperación desde 1990 a 1994, modernización desde 1994 a 2000), con un rezago evidente en el desarrollo de aspectos sanitarios -aún reconociendo los profundos cambios epidemiológicos operados en la población del país durante los últimos 20 años- y sin abordar los temas concernientes al sector privado. En el marco de esa reforma se realizaron esfuerzos exitosos en el ámbito de la cobertura de salud por parte del seguro público, reflejados principalmente en los siguientes hitos:

- El aumento porcentual de la cobertura para los grupos de cotizantes de menores recursos, llegando a ofrecer cobertura del 100% (es decir, copago 0) para algunas prestaciones específicas como lo son los medicamentos recetados gratuitos (Mideplan, Casen).
- El establecimiento de un Seguro Catastrófico para los beneficiarios del seguro público, destinado a cubrir el 100% de los costos derivados del tratamiento de las enfermedades catastróficas más prevalentes en el país (cáncer cérvico-uterino; cáncer de mama; cáncer de próstata; enfermedad coronaria; insuficiencia renal; trasplante de riñón, hígado y corazón; trasplante de médula ósea para los niños menores de 16 años afectados de leucemia)

- El establecimiento de un Programa especial orientado a otorgar cobertura del 100% frente a problemas de salud frecuentes en los mayores de 65 años, incluyendo la adquisición y colocación de prótesis.
- El lanzamiento en 1998 de la Carta de Derechos del Beneficiario, donde se da a conocer públicamente el marco de derechos y deberes de los usuarios del seguro público y de la red pública de salud, que se transforma en el eje central de la reforma actualizada como AUGE.^{xxxiv}

4.1.3.2.- Estructura del sistema de salud:

Actores

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), subsistema público, está integrado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y organismos dependientes: Servicios de Salud (SS), Fondo Nacional de Salud (FONASA), Instituto de Salud Pública (ISP), la Superintendencia de Seguridad Previsional (ISAPRES) y los centros de Atención Primaria de salud, de administración municipal.

Roles:

El Ministerio garantiza el derecho constitucional mediante la formulación de políticas de salud y supervisión de los organismos integrantes del sistema.

Los Servicios de salud (SS) son los que prestan los servicios de promoción, prevención y recuperación de salud.

El FONASA recauda, administra y distribuye los recursos fiscales y los provenientes de la cotización obligatoria (7% del ingreso imponible, que se destina al seguro público o privado, según lo escoja el usuario) y financia las prestaciones reconocidas por el SNSS a través de contratos con los distintos prestadores privados. En el seguro público la prima que se cobra no depende del costo esperado y cubre enfermedades preexistentes.

Las Instituciones de la Previsión Social (ISAPRES) y las instituciones (con y sin fines de lucro) conforman el sector privado. La ISAPRES con su modalidad de aseguradoras abiertas (afiliados de cualquier procedencia) o cerradas (afiliados de una misma empresa) administran y proveen salud en función de sus propias normas.

La Superintendencia de las ISAPRES registra y fiscaliza (jurídica y financieramente) a las instituciones de salud previsional y resuelve las controversias de estas con los afiliados. La desregulación imperante en el sistema ha producido un incremento de oferta de planes, que tienen exclusiones, restricciones de acceso y límites de cobertura, lo que ha obligado a una revisión con redefinición de estos para que garanticen un conjunto básico de beneficios de salud igualitariamente a todas las ISAPRES.

Financiamiento:

En 2004 existían tres fuentes principales para el financiamiento de la salud en Chile, a saber: aportes fiscales (32,1%), cotizaciones obligatorias a la seguridad social (37,5%) y gastos de bolsillo (30,4%), incluidos los seguros privados no obligatorios. El aporte fiscal ha aumentado en alrededor de 30% —en términos reales— entre 2000 y 2005, lo que indica que las reformas de salud difícilmente podrán reducir las brechas de equidad sin utilizar recursos del presupuesto público.

		2004
Público:		
Aporte Directo	32,1%	32,1%
<ul style="list-style-type: none"> • fiscal 30,6% • municipal: 1,6% 		
Aportes indirectos:	37,5%	
<ul style="list-style-type: none"> • Cotizaciones de seguro público 16,7% • Cotizaciones de seguro privado 2% 		
Privado:		30,4%
<ul style="list-style-type: none"> • Cotizaciones voluntarias: 6,7% • Copagos por prestaciones privadas: 9,5% • Otros pagos: 2,1% • Medicamentos: 12,1% 		

Fuente: R. Urriola (34) y estimaciones del autor para 2004.

Diferencia de distribución de recursos entre FONASA e ISAPRES 2004

Ingresos por Beneficiarios	Orígenes del financiamiento
FONASA US\$ 200	<ol style="list-style-type: none"> 1. 48% aportes públicos directos 2. 42% cotizaciones 3. 8% copagos 4. 2% otros ingresos
ISAPRES US\$ 495	<ol style="list-style-type: none"> 1. 71% cotizaciones obligatorias 2. 26% cotizaciones voluntarias adicionales 3. 3% aportes empleadores

Aseguramiento:

Los chilenos pueden elegir el seguro y el proveedor (prestador) de servicios por dos vías de acceso de atención médica:

- FONASA: seguro público. Modalidad Atención Institucional. Cubre a toda la población que no opte por cobertura por el ISAPRE.

- ISAPRE: aseguradoras privadas, ofrecen planes voluntarios, con paquetes y primas libremente definidos. De precios altos, cubren sólo el 20% de la población

Los asalariados que cotizan en la seguridad social pueden optar para dirigir su aporte a una ISAPRE (y pagar el remanente que exista en el precio de la prima del plan que haya elegido) o quedarse en el FONASA, donde pueden optar por atenderse en el régimen institucional (efectores públicos) o por el régimen de libre elección (efectores privados).

El FONASA condiciona la atención al copago en función del ingreso. Los afiliados que eligieron el FONASA Modalidad Libre Elección pueden optar por prestadores públicos o privados, pagando un copago en función de sus ingresos. El valor de las prestaciones está determinado por una tarifa que aprueban los Ministerios de Salud y Economía a proposición del FONASA. La proporción de aporte del FONASA es en función de ese valor y está fijada en función del ingreso, que lo determina el Ministerio de Salud y Economía. La diferencia entre el valor de la prestación y el aporte del FONASA constituye la contribución del afiliado.

En la Modalidad de Atención Institucional del FONASA las contribuciones de copagos son de 10% a 20% más económicas, dependiendo también de sus ingresos.

En general, los sectores de mayores ingresos eligen la Modalidad Libre Elección y como proveedor al subsector privado. Un menor porcentaje de la Modalidad Libre Elección elige los hospitales ya que son más caros.

El subsistema público es de reparto y favorece la solidaridad. Están los pobres y los que migran por tener alto riesgo en salud ya que existe la posibilidad de cambiarse de una ISAPRES al FONASA para recibir atención en los hospitales del Sistema Nacional de Salud cuando tienen enfermedades de alto costo, incentivando la compra de planes económicos con baja cobertura en los planes.

Cobertura Poblacional:

En 2005, el sistema chileno de seguros de salud mixto, público y privado cubrió a 88% de la población distribuida de la siguiente manera: 68,6% por el seguro público, es decir, el FONASA; 16,8% por las aseguradoras privadas, es decir, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y 2,6% por los seguros públicos de salud de las Fuerzas Armadas.

Los chilenos sin cobertura son una de las mayores preocupaciones y se están diseñando respuestas. Uno de los casos es el de los trabajadores temporarios que, con remuneraciones diarias, tienen acceso a cobertura por un año luego de acreditar 60 días de cotizaciones en el FONASA.

La cobertura que da el FONASA en base a los ingresos es:

Categoría	Descripción	% población
FONASA A	Carentes de recursos	34,3%

FONASA B	Perciben menos de un salario vital. En 2005 US\$ 210	31%
FONASA C	Perciben de un salario vital a uno y medio. En 2005 US\$ 210	16,9%
FONASA D	Perciben más un salario vital. En 2005 US\$ 210	17,8%

Conjunto de prestaciones o planes de beneficios (“profundo” de cobertura “3 D”):

El sistema de salud público nacional otorga a todos los chilenos universalidad formal de acceso a la atención de salud. No hay exclusión para las personas inscritas en el seguro público por ninguna condición, sea étnica, de ingresos, de sexo u otra. Sin embargo, en la realidad, la exclusión se produce por vía de las listas de espera, por la menor calidad, aparente o real, de las prestaciones y por los requisitos financieros necesarios, especialmente para solventar intervenciones complejas quirúrgicas o catastróficas. En otras palabras, la oportunidad, la calidad y el financiamiento son las variables de ajuste que restringen el acceso real a las prestaciones.

Chile, intentado eliminar los ajustes espurios, implementó un programa que fue denominado Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas de Salud (GES) que consiste en explicitar taxativamente los derechos de las personas, independientemente de su cobertura con referente a un paquete de priorización o jerarquización. En base al peso sobre la carga de enfermedad del país, seleccionaron 57 problemas de salud definidos por patologías que las componen, el acceso (que personas tienen derecho), la oportunidad (si en un tiempo definido el sistema público no resuelve se derivará al privado para resolver y se le pagará con fondos públicos en caso de los FONASA), protección financiera (aranceles referenciales y copagos). Estos deberían tener un tratamiento correcto como políticas de Estado. Se inició con una meta de cobertura de 17 enfermedades, pasaron a 25 en 2002, alcanzando las 57 identificadas como prioritarias en 2006. Los ciudadanos tienen derecho a reclamar ante la Justicia si la entidad responsable de su salud, sea esta pública (el FONASA) o privada (una ISAPRE), no brinda el acceso a los tratamientos tal como han sido definidos en el Plan.

Cobertura financiera del seguro médico público (“alto” de cobertura “3 D”):

Criterios generales: En Chile, el seguro médico público otorga cobertura financiera según el tramo de ingreso del cotizante o beneficiario. Las personas y sus familiares a cargo en el tramo A, correspondiente a carentes de recursos, tienen acceso gratuito. Las del tramo B (con ingresos inferiores al mínimo vital) tienen también copago cero; las del tramo C (al menos ingresos iguales a un mínimo vital pero inferior a 1,5 veces ese valor) tienen copago equivalente a 10% del valor de las prestaciones; y las del tramo D (ingresos superiores al anterior) copagan 20%. Cabe señalar que existe una garantía financiera adicional tal que los

cotizantes de los grupos D y C con más de tres familiares a cargo son trasladados a los grupos C y B, respectivamente. No obstante, hay varias excepciones a estas reglas de copago. Un ejemplo es el grupo 27 del arancel de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), compuesto especialmente por atenciones odontológicas en las que los copagos son 30% para el grupo B; 50% para el grupo C; y 80% para el grupo D. Tampoco se cumple la regla general en gran parte de las atenciones de consulta de especialidades en la Modalidad de Libre Elección (con prestadores privados) cuando los copagos superan dichos valores.

Cobertura financiera del plan AUGE. Por su parte, el plan AUGE establece protección financiera explícita universal para todos los asegurados, tanto por empresas privadas como por el seguro público. La contribución del afiliado por prestación o grupo de prestaciones no deberá exceder un máximo de 20% del valor determinado en un arancel de referencia del régimen, con las reducciones que contempla FONASA para los grupos A, B y C. Uno de los factores más importantes de protección social quedó plasmado en el artículo 5 de la Ley 19.966 que define la cobertura financiera adicional como el financiamiento de 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud que superen el deducible. (Éste es la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.) Específicamente, el deducible equivale a 29 cotizaciones mensuales legales o pactadas. A modo de referencia, para personas con ingresos estables y permanentes durante un año en el grupo D, el pago máximo no debe superar 25% del ingreso.

Con anterioridad a la implementación del plan AUGE en 2005, existían programas especiales del FONASA con cobertura financiera adicional, que se han integrado gradual o parcialmente al AUGE:

El seguro catastrófico:

Este seguro funciona desde 1999 y cubre 100% del financiamiento de la atención de enfermedades complejas y de alto costo tales como el cáncer, cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales. En el transcurso de 1999 a 2004, como se indica en el cuadro, se acogieron a este beneficio alrededor de 200.000 personas (cerca de 2% de los asegurados por FONASA).

Beneficiarios del seguro catastrófico. Datos de FONASA 1999–2004

Área de atención	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cardiocirugía	2 730	2 933	3 377	4 267	7 745	9 710
Neurocirugía	1 787	1 952	2 257	3 355	6 052	10 210
Trasplante renal	233	248	218	225	221	236
Trasplante hepático	24	27	27	26	26	36
Diálisis peritoneal	45	55	61	64	72	91
Radioterapia	4 492	4 499	4 758	5 096	4 568	7 848
Antineoplásicas	104	82	103	956	944	1 172
Inmunosupresores	1 281	1 418	1 639	1 793	2 111	2 145

Escoliosis	251	205	212	263	277	425
Fisuras palatinas	428	595	740	941	1 008	1 427
Quemaduras graves	196	271	218	218	212	221
Politraumatismos	88	87	86	82	52	68
Cuidados paliativos	4 065	5 662	5 772	6 583	1 142	12 898
Hemodiálisis	63	802	823	1 229	1 779	2 549
Trasplante médula	4	11	15	18	18	20
QT* cáncer de mama	193	518	756	1 169	1 546	1 830
Sida	0	0	1 657	3 308	4 038	5 700
QT* cervicouterino	0	0	0	626	469	602
Vitrectomía	0	0	0	740	818	858
Fibrosis quística	0	0	0	225	280	292
Cirugía cáncer preinvasor e invasor del cuello uterino	0	0	0	0	7 902	8 104
Total	15.984	19.365	22 719	31 184	51 566	66 442

*QT: quimioterapia

El resto de los programas especiales^{xxxv} consistían en:

Programa Adulto Mayor: aumenta la cobertura financiera de aquellas dolencias que afectan con mayor frecuencia a este segmento. Está orientado a mejorar la funcionalidad de los adultos mayores. Incluye financiamiento para órtesis y prótesis que mejoran su calidad de vida. El Programa ha sido implementado en la MAI para mayores de 65 años, pero en marzo de 2006 se amplió a los mayores de 60 años y en la Modalidad de Libre Elección para mayores de 55 años. En 2005, 62. 973 personas se beneficiaron con este Programa. Entre los beneficios especiales que pueden obtener los afiliados de este Programa para mayores, aún atendándose con prestadores privados, se destacan:

- Bonificación de lentes ópticos y audifonos (100%)
- Atención integral de enfermería a domicilio (50%de cobertura)
- Atención integral de enfermería en centros del adulto mayor (50% de cobertura)

Programa Oportunidad en la Atención: desde 1996, este programa procura complementar la capacidad de oferta del sector público recurriendo al sector privado, reduciendo las listas de espera y fijando bonificaciones adicionales para prestaciones, generalmente quirúrgicas. En 2005 hubo 32.871 beneficiarios.

Atenciones de urgencia: desde 1999, esas atenciones fueron beneficiadas con la disposición legal que "prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma

dicha atención" (Ley 18.459). En el mismo cuerpo legal se establece que estas atenciones podrán ser bonificadas, al menos en 60% y hasta 90%.

Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS): los beneficiarios de este programa destinado a los detenidos y víctimas de la represión entre 1973 y 1990 y sus familias (aproximadamente 160.000 personas hasta 2005) acceden automáticamente al grupo A de FONASA y, por lo tanto, también tienen un copago igual a cero.

Las aseguradoras privadas en 2000 conformaron un esquema de reaseguro voluntario para cubrir las enfermedades catastróficas de sus propios afiliados, es decir, por aquellos que paguen un monto mensual complementario. Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) cubre al 85% de los afiliados al sistema, lo que implica una cobertura del 15% de la población chilena. Se atiende cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades congénitas, enfermedades perinatales, insuficiencia renal crónica, enfermedades pulmonares, trasplantes, quemaduras graves, enfermedades neurológicas, con topes y franquicias dentro de los cuales el CAEC empieza a operar. Como regla se cubre la porción del gasto que supere el monto de aproximadamente 8,5 salarios mínimos con tope de 18 salarios mínimos.

Existen mecanismos que incentivan la inequidad ya que está permitido migrar de cualquier ISAPRES al FONASA ante la existencia de una enfermedad de alto costo y por la selección adversa y restricción de usos impuesta por las aseguradoras privadas. Como es el caso de un trabajador del grupo de alto ingresos (Grupo E) que debe pagar el 100% de la atención en un hospital público pero, como existe la posibilidad de cotizar durante un mes, una vez que se haya enfermado, declarando un ingreso muy bajo (categoría C o D), puede pagar el 25% o 50% respectivamente.

Sólo los tiempos de espera y calidad de prestaciones incentivan para que los chilenos de mayor ingreso compren seguros privados.

Este factor hace que se incrementen los gastos del FONASA.

Conclusiones:

En 1980, Chile, país unitario, desarrolla la reforma que marcó tendencia en la región teniendo como actor primordial al sector privado. Se crean tres instituciones que organizarán el sistema: el Fondo Nacional de Salud, FONASA, con lógicas de seguridad social, solidaria y sin discriminación, las Administradoras de ISAPRES, con lógicas de seguros privados generales, con primas ajustadas al riesgo individual, en busca de lucro y la Superintendencia de las Instituciones de Salud Previsional,. Además, crea el primer conjunto de prestaciones médicas (AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas) que se debería proveer a los ciudadanos para disminuir la carga de enfermedad que poseía el país. Fueron 10 años de orientación notoria a un sistema de aseguramiento en salud al sector privado.

En 1990, con el ingreso de la democracia, se busca recuperar y modernizar al sector público. Se realizaron esfuerzos exitosos en el ámbito de la cobertura de salud por parte del seguro público, reflejados principalmente en los siguientes hitos: el aumento porcentual de la cobertura para los grupos de cotizantes de menores recursos, cobertura del 100% frente a problemas de salud frecuentes en los mayores de 65 años, incluyendo la adquisición y colocación de prótesis, el lanzamiento en 1998 de la Carta de Derechos del Beneficiario, donde da a conocer públicamente el marco de derechos y deberes de los usuarios del seguro público y de la red pública de salud, que se transforma en el eje central de la reforma actualizada como AUGE.^{xxxvi}. Esto implica una fuerte apuesta al empowerment del ciudadano ya que en una sociedad de la información esto tendrá un gran impacto positivo, evitando que se tome cualquier información o asesoría como valedera de uso en salud.

Uno de los factores más importantes de protección social quedó plasmado en el artículo 5 de la Ley 19.966 que define la cobertura financiera adicional como el financiamiento de 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud que superen el deducible (es la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional). Específicamente, el deducible equivale a 29 cotizaciones mensuales legales o pactadas. A modo de referencia, para personas con ingresos estables y permanentes durante un año en el grupo D, el pago máximo no debe superar 25% del ingreso.

En 1999 se crea el Seguro Catastrófico para los beneficiarios del seguro público, destinado a cubrir el 100% de los costos derivados del tratamiento de las enfermedades catastróficas más prevalentes en el país (cáncer cérvico-uterino; cáncer de mama; cáncer de próstata; enfermedad coronaria; insuficiencia renal; trasplante de riñón, hígado y corazón; trasplante de médula ósea para los niños menores de 16 años afectados de leucemia)

En 2000 las aseguradoras privadas, en el mismo sentido que el sector público, conformaron un esquema de reaseguro voluntario para cubrir las enfermedades catastróficas de sus propios afiliados, es decir, por aquellos que paguen un monto mensual complementario. Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), que cubre al 85% de los afiliados al sistema, lo que implica una cobertura del 15% de la población chilena. Se atiende cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades congénitas, enfermedades perinatales, insuficiencia renal crónica, enfermedades pulmonares, trasplantes, quemaduras graves, enfermedades neurológicas. Con topes y franquicias dentro de los cuales el CAEC empieza a operar. Como regla se cubre la porción del gasto que supere el monto de aproximadamente 8,5 salarios mínimos con tope de 18 salarios mínimos.

En resumen, se observa cómo los dos grandes actores del sistema, FONASA e ISAPRES con un área institucional que gira en función de ellos, están unidos por el AUGE quienes, a su vez, fueron eficientes en resolver la mayoría de los problemas sanitarios, con un costo de inequidad en la oportunidad y calidad del servicio, que se busca resolver con la Carta de Derechos del Beneficiario (empowerment).

4.1.4 México:

México presentó un sistema de salud que progresó en base a tres generaciones de reformas:

- 1° generación (1943): creación de la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).
- 2° generación (1983): orientada a la descentralización, cobertura de atención primaria a la salud y el reconocimiento constitucional a la protección de la salud, con programas focalizados en poblaciones rurales con escaso acceso a servicios de salud y urbanos pobres, sumado a la creación en 1990 con el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).
- 3° generación (Fines del ´90): fundado en las corrientes internacionales orientada a la reorganización horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestaciones. Fortaleció financieramente el IMSS y una reforma legislativa, con la creación de programas de bienestar social con incentivos y de programas de prestaciones básicas con educación (Oportunidades 2001). La inequidad y la segmentación del sistema se enfrenta en 2003 con la reforma de la Ley General de Salud (LGS) orientada a proteger financieramente a las poblaciones sin seguridad social y crea un conjunto de servicios esenciales de salud y un conjunto de gastos mayores (catastróficos). La oferta de los conjuntos de prestaciones del Seguro Popular de Salud (SP) se inicia como plan piloto en 5 estados en 2001 y luego se amplía progresivamente al resto del país y supera en conjuntos de intervenciones en su forma de integración al PAC y al de Oportunidades del 2001.^{xxxvii}

En la reforma de principios de 2000, México hace frente a una profunda reforma enfocada a la población no cubierta por la seguridad social, con eje central en proporcionar un aseguramiento universal.

Se transcribirá a U. Guiedion y otros (2009), que en los títulos describe las distintas estrategias usadas en el diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios:

- “Alineando viejas y nuevas estructuras de financiamiento”
- “Haciéndole frente a la fragmentación del sistema: homologación en vez de unificación”
- “Haciéndole frente a la descentralización: armonizando el esquema de aseguramiento con la descentralización”
- “antecedentes del paquete del Seguro Popular: construcción sobre la experiencia acumulada”

Estas citas describen sintéticamente todo el proceso de las reformas llevadas a cabo para lograr un sistema universal con equidad y eficiencia, desde una gestión basada en utilizar las diferentes instituciones y experiencias para evitar iniciar desde un continuo comenzar de cero y poner en valor lo hecho en forma incremental.

Aseguramiento:

La reforma se inicia con la introducción del Seguro popular de Salud (SP) como una oferta de aseguramiento público voluntaria para la población sin acceso a la cobertura de seguridad social. Busca disminuir la inequidad en la asignación del gasto: hacia 2002 la seguridad social tenía un gasto 2,3 veces mayor que el gasto público; al año 2007 esta diferencia era de 1,7 veces, por lo que la definición del contenido del paquete básico y su costo fue una herramienta para mejorar la equidad financiera.

En 2004 se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) por la reforma de la Ley General de Salud (2003). Tiene como instrumento operativo al SP y es coordinado por la Federación (nivel nacional: son 31 estados más el Distrito Federal) y operado por los estados.

México cuenta con los siguientes aseguramientos:

- Seguro Popular de salud (SP): cubre el 26% de la población mexicana en 2008 con la meta de cubrir el 50% de la población para 2010.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS): cubre el 46% población mexicana. Implica la cobertura médica de trabajadores asalariados privados y sus familias (trabajadores formales de la economía).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE): cubre a los trabajadores del sector público y sus familias. Abarca la cobertura del 10% de la población mexicana.
- Otros esquemas: Cubren el 2% de la población. Incluyen: Ejército Mexicano (SEDEMA), Armada Mexicana (SEMAR), Trabajadores de la Industria Petrolera (PEMEX).
- No asegurada. "Población abierta": abarca el 14% de la población. Es atendida por los proveedores de la Secretaría de Seguridad Social en Salud y los Servicios estatales de salud.

En el largo plazo, la meta de Protección Social en Salud (SPSS), por medio del Seguro Popular de Salud (SP), es universalizar el esquema de protección social en salud, buscando uniformar los tres principales seguros de salud: Seguro Popular (SP), Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Estratégicamente se diseñó y ajustó el conjunto de beneficios del SP para que fuera el ordenador del sistema a nivel nacional y regional, que actuará como un vector hacia la cobertura universal. Definida como una alternativa de cautela, comparativamente, si se hubiese buscado una reforma ("big bang") creando un nuevo sistema de salud con paquetes de beneficios únicos y con cambios organizacionales radicales. Además, se impuso un plazo

de siete años para ir incorporando progresivamente a la población sin seguridad social y una ampliación paulatina del plan de beneficios, desde una perspectiva de estrechez presupuestaria.

Planes de Beneficios:

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) definió tres conjuntos de prestaciones médicas (paquetes de atención médica)^{xxxviii}:

- Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO): son un conjunto de prestaciones básicas de servicios para toda la población y se otorga separado del SP.
- Catálogo Universal de Servicios esenciales de Salud (CAUSES): conjunto de servicios esenciales.
- Paquete del Fondo de Protección contra gastos catastróficos (FPGC): conjunto de atención de alta complejidad y alto costo.

El primer informe en México sobre carga de enfermedad y consideraciones sobre costo-efectividad fue realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) en 1994, basado en el informe del Banco Mundial: Informe de desarrollo Mundial. Sobre la base del informe de Funsalud, la Secretaría de Salud, dentro de su Programa de Reforma 1995-2000, determinó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que operó desde 1996. Este incluía 13 grupos de acciones dirigidas a las familias rurales pobres con 34 intervenciones de atención médica de 34 US\$ de valor per cápita. Luego cambió de nombre, de PROGRESA a Oportunidades, y se orienta a familias de bajo recursos, por lo que se priorizaron para su ingreso en el SP, llegando al 30,6% (2,8 millones) las familias de Oportunidades que ingresaron al SP en 2008.

Dado que el PAC era de escasa cobertura en la dimensión profunda (inclusión de servicios), el CAUSES fue una forma de ampliar esta cobertura ya que se determinó en base a los servicios que se venían dando en los diferentes hospitales y, adicionalmente, se detectó que existían gastos en hogares no asegurados, que eran empobrecedores y catastróficos, causados por los servicios médicos en intervenciones de alta complejidad y costo, pero de baja frecuencia de presentación (incidencia). Esto llevó a la puja de la financiación de las intervenciones, quedando que las esenciales fueran financiadas a través de una cápita enviada a los estados, mientras las prácticas de alto costo (catastróficas) fueran enviadas directamente a los prestadores mediante pago por prestación. De esta manera, se evitó la resistencia presentada por los intereses de los prestadores que no querían asumir el riesgo que implica administrar una cápita orientada a este segmento del mercado de la salud.

Con esta experiencia se tomó el camino de diseñar dos tipos de conjuntos de prestaciones (paquetes), uno esencial (CAUSES) y otro de enfermedades catastróficas (FPGC), quedando en el medio un grupo de enfermedades no cubiertas al inicio del SP pero que, dentro del incrementalismo planteado, se irían incorporando en el futuro.

Financiamiento:

El mecanismo financiero es muy complejo porque para evitar duplicar recursos se usaron viejas y nuevas fuentes de financiamiento.

El CAUSES y FPGC están financiados principalmente por recursos públicos de la Federación (nacional) y de los Estados (31 más DF) y una contribución de los afiliados en base a una escala móvil de acuerdo al ingreso familiar, exceptuado el 20% de la población más pobre.

En 2008, el gasto del CAUSES fue de 123 US\$ por cápita anual.

El gasto del FPGC: se estima en 13 US\$. Es más difícil determinar por la existencia de cobertura de costos marginales de las intervenciones (variables) ya que las Instituciones prestadoras de alta complejidad reciben su propio presupuesto para cubrir sus costos fijos, además de no tener una población patentemente definida. El FPGC es financiado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que es el órgano técnico, operativo y administrativo del Seguro Popular (SP).

Los componentes del financiamiento del SP son tres: Aportaciones Federales, Aportaciones Solidarias Estatales y Cuota Familiar.

Aportaciones federales: tiene el peso de contener el 83% de las aportaciones totales del sistema. Asimismo, posee dos componentes:

- Cuota Social: por cada familia beneficiaria que equivale al 15% de un salario mínimo general vigente, ajustado con actualizaciones periódicas en base a la inflación (en 2008 era de 210 U\$S).
- Aportación Solidaria Federal: por cada familia, que es en promedio 1,5 veces el monto de la Cuota Social, aumentando en los estados más pobres (por fórmula establecida). En 2008 era de 315 US\$., de los cuales muchos están incluidos en los programas contenidos en el CAUSES, en una forma conocida como alineación de recursos.

Aportaciones Solidarias Estatales (semejante a provinciales en Argentina): es la misma para todos los estados y se fijó en la mitad de la Cuota Social. En 2008 era de 105 US\$, siendo el 16% de las aportaciones totales.

Cuota Familiar: de las familias afiliadas y según nivel de ingresos, el pago de esta cuota fue diseñado como sustituto del pago de cuotas de recuperación al momento de demandar la atención. Son recaudadas directamente por los gobiernos estatales (provinciales) para financiar medicamentos, equipos e insumos necesarios para prestar el CAUSES. Los objetivos de esta Cuota Familiar son: crear cultura de corresponsabilidad, crear cultura de pago, fomentar cultura de medicina preventiva, por lo que no le dieron una importancia relevante como financiador del sistema. Las familias que aportan están dentro del régimen contributivo y las que no tienen capacidad contributiva están dentro del régimen no contributivo que

tienen definiciones explícitas (pobres de deciles I, II y III, beneficiarios de programas de lucha contra la pobreza, residentes de localidades rurales de alta marginalidad y otros). En 2008 era 15 de las aportaciones totales.

Aplicación de los recursos:

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) transfiere los recursos de acuerdo a las familias afiliadas que financian:

- 89% para financiamiento de los servicios dentro del CAUSES
- 8% para financiamiento de los servicios del FPGC
- 3% para financiar el fondo de Previsión Presupuestal, destinado para el desarrollo de infraestructura médica de atención primaria y especialidad básica en zonas de mayor marginación social sobre demanda dentro del CAUSES, establecimiento de garantías de paga ante eventual incumplimiento entre estados con convenios de reciprocidad/colaboración. El mayor destino es el del Plan Maestro de infraestructura: construcción, ampliación, mejoramiento y modernización de la infraestructura pública de salud.^{xxxix}

Prestación de Servicios:

Los servicios son provistos por medio de prestadores públicos, fundamentalmente en la atención primaria y segundo nivel, que son administrados por los gobiernos estatales, existiendo algunas instituciones de tercer nivel financiadas y dirigidas por la Secretaría de Salud Federal.

Es decir, en México se utilizó en los procesos de descentralización realizados en las reformas de 2° generación llevadas a cabo en 1983, donde se delegaban competencias y recursos a los niveles sub nacionales de gobierno.

Transición:

Se estableció un período de siete años para llegar a 2010 con una cobertura de aseguramiento universal.

Se ampliaron las descripciones de los paquetes de beneficios que regula el Sistema de Protección Social en Salud. Estas son:

Catálogo de Servicios de Salud de la Comunidad (CASSCO):

1. Descripción: acciones relacionadas con campañas de auto cuidado y estilo de vida saludable, prevención de riesgos para la población a nivel nacional, vigilancia epidemiológica, atención en casos de desastres o urgencias epidemiológicas y protección contra riesgos sanitarios.
2. Población Objetivo: Toda la población.

3. Financiamiento: recursos fiscales federales.
4. Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y Estados.

Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES):

1. Descripción: conjunto de intervenciones médicas a las que tiene derecho el afiliado al Seguro Popular de Salud (SP), cuya finalidad es la prevención, detección y curación de enfermedades y el suministro de medicamentos.
2. Población Objetivo: auto-empleados, desempleados y sus familias.
3. Financiamiento: recursos fiscales federales y estatales, aportaciones de los beneficiarios.
4. Responsable: Estados.

Paquete del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCG) ^{xl}

1. Descripción: Conjunto de enfermedades de alto costo y alta complejidad que pueden causar gastos catastróficos para las familias involucradas.
2. Población Objetivo: auto-empleados, desempleados y sus familias.
3. Financiamiento: recursos fiscales federales y estatales, aportaciones de los beneficiarios y aportaciones adicionales de tercera instancia.
4. Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en salud (CNPSS).

Seguro Médico para una Nueva Generación:

1. Descripción: conjunto de 100 intervenciones de primer y segundo nivel incluidas en el CAUSES, 43 atenciones incluidas en el FPCG, 108 padecimientos que afectan a los niños menores de cinco años y complementan los incluidos en el CAUSES y FPCG, estudios de laboratorio y acciones preventivas (vacuna antineumocócica).
2. Población Objetivo: Niños menores de 5 años nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 sin seguridad social.
3. Financiamiento: recursos fiscales federales y estatales.
4. Responsable: CNPSS/Estados.

Prestaciones del Instituto Mexicano de Seguridad Social:

1. Descripción: Prestaciones de asistencia médica, quirúrgicas y farmacéuticas, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación (no existe un catálogo de intervenciones o padecimientos). Adicionalmente, se ofrecen las

prestaciones de i) invalidez y vida (pensión por viudez, orfandad o muerte), ii) retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y iii) guarderías y prestaciones sociales.

2. Población Objetivo: empleados privados y sus familias.
3. Financiamiento: recursos fiscales federales y estatales, aportaciones patronales y empleados.
4. Responsable: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)

Prestaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado:

1. Descripción: prestaciones de asistencia médica preventiva, atención médica de maternidad y rehabilitación física y mental (existe un catálogo pero incluye tanto servicios muy específicos como categorías muy genéricas). Adicionalmente. se ofrecen prestaciones laborales (sociales) similares a las prestaciones del IMSS.
2. Población Objetivo: empleados públicos y sus familiares.
3. Financiamiento: recursos fiscales federales, aportaciones patronales y del empleado.
4. Responsable: Instituto de Seguridad Social y salud de Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Seguros Médicos Privados (gastos mayores e integrales):

1. Descripción: pólizas voluntarias con diferentes niveles de cobertura.
2. Población Objetivo: Población con capacidad de pago.
3. Financiamiento: primas ajustadas por riesgo.
4. Responsable: aseguradoras privadas.

Atención a población no asegurada o para servicios no incluidos en el CAUSES/FPCG:

1. Descripción: No existe un catálogo explícito de beneficios. Para la prestación de estos servicios se aplica un tabulador de cuotas de recuperación que consta de 6 niveles que se asignan de acuerdo al status socioeconómico del paciente.
2. Población Objetivo: Población no asegurada / afiliados al SP.
3. Financiamiento: recursos fiscales / cuotas de recuperación.
4. Responsable: Estados.

Cada paquete tiene definidos en su mayoría los criterios y órganos decisivos para la priorización de las diferentes prestaciones que serán incluidas en cada paquete. En algunos casos están señaladas en la Ley General de Salud, que en el caso del FPCG define el objetivo

del fondo (“...apoyar financiamiento en la atención principalmente de beneficiarios del SPSSS que sufran enfermedades de alto costo de la que provocan gastos catastróficos...”) pero no el paquete de servicios. Sin embargo existe un catalogo de enfermedades cubiertas con un Protocolo de Atención Médica, desarrollado por el Consejo de Salubridad General, el cual se usa para estimar su costo promedio, porque están estandarizados medicamentos, laboratorio y personal necesarios para el tratamiento.

Criterios y órganos decisivos del FPCG:

La Ley General de Salubridad define al Consejo de Salubridad General (órgano interinstitucional en el cual participan todas las principales instituciones del sector salud del país) como el órgano designado a la definición de las enfermedades, tratamientos, medicamentos y materiales asociados que generan gastos catastróficos, en base a los siguientes criterios:

- a. Efectividad y costo: las intervenciones y medicamentos propuestos para gastos catastróficos deben ser costo-efectivos.
- b. Peso de la enfermedad: este criterio mide las pérdidas de salud, debidas tanto a la mortalidad prematura como a discapacidad en sus diferentes grados, con datos de mortalidad por causas y grupos de edad, la mortalidad hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, las causas de egreso hospitalario, el número de casos registrados de la enfermedad y la discapacidad producida por enfermedad.
- c. Seguridad y eficacia: los medicamentos e intervenciones propuestas deben ser clínicamente probadas. No se aceptan en fase investigativa.
- d. Aceptabilidad social: se considera el daño a la salud del beneficiario afectado, como la repercusión social y familiar, especialmente cuando afectan a grupos vulnerables de niños menores de 5 años, mujeres en periodo de gestación y lactancia, adultos mayores de sesenta y cuatro años y personas con discapacidad.
- e. Adherencia a normas éticas profesionales: se consideran los antecedentes ético-médicos de las intervenciones propuestas y no se incluirán ninguna de aquellas que se aparten del código de ética.
- f. Evolución de la enfermedad: en la definición de los gastos catastróficos, se deberán identificar las fases o etapas en que pueden encontrarse las enfermedades, así como los eventos que pueden producir altos costos en su atención.

El CSG define el grupo de las enfermedades catastróficas y es la CNPSS quien propone su inclusión en el catálogo de enfermedades cubiertas por el FPCG. Luego se definen las tarifas aplicables y se someten a la autorización del Comité Técnico del Fideicomiso (órgano interinstitucional de carácter técnico de salud y hacienda) quien determinará el monto del recurso y el número de casos anuales aprobados por enfermedad.

Quedaron 60 enfermedades divididas en 9 categorías generales, incluidas en el FPCG, muchas con criterios técnicos y otras por razones políticas.^{xli}

Conclusión:

México, país federal, desarrolló varias generaciones de reformas desde 1943 hasta la última desde 1994 a la primera década de 2000, cuyos rasgos generales son:

- J La promulgación, en 2003, de la Ley general de Salud, que buscó combatir la inequidad y la segmentación del sistema, orientada a proteger financieramente a las poblaciones sin seguridad social y creando un conjunto de servicios esenciales de salud y un conjunto de gastos mayores (catastróficos).
- J Las principales aseguradoras son: Seguro Popular para población pobre o de escasos recursos, que da el 26% de cobertura en 2008, aspira al 50% para 2010. El Instituto Mexicano de Seguridad Social para trabajadores asalariados y sus familias que son el 46% de la población mexicana y por último el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado que cubre trabajadores estatales que representan el 10% de la población mexicana.
- J También se determinan los actores institucionales políticos, técnicos y de financiación: Sistema de Protección Social y Salud (SPSS), Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que es el órgano técnico, operativo y administrativo del Seguro Popular (SP), Consejo Salubridad general (interinstitucional) y el Comité Técnico de Fideicomiso (hacienda y salud).
- J Para lograr una homologación de las prestaciones se crean los conjuntos de prestaciones denominados Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO), conjunto de prestaciones básicas de servicios para toda la población que se otorga separado del SP, Catálogo Universal de Servicios esenciales de Salud (CAUSES), conjunto de servicios esenciales y el Paquete del Fondo de Protección contra gastos catastróficos (FPGC), conjunto de atención de alta complejidad y alto costo.

Las enfermedades de alto costo o catastróficas fueron definidas, dentro de las reformas generales, con el Paquete del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCG), con organismos, técnicos, administrativos, financiadores y políticos específicos.

Con esta historia y dentro de la realidad socioeconómica de este país, es importante la experiencia integral desarrollada que se hizo con un marco legal definido, con órganos profesionales sólidos y valiéndose de las experiencias en función, con los conjuntos prestacionales delimitados, buscando alinear lo viejo con las nuevas metas. Debe ser uno de los países con seguimiento para analizar los resultados y experiencias imitables.

4.1.5.- Colombia:

En la década de los 90, tres procesos en particular modificaron sustancialmente en Colombia la estructura de su Sistema Nacional de Salud creado en 1975. En primer lugar llega la descentralización política y administrativa del país que tuvo un directo impacto sobre el sector salud (la Ley 10 de 1990 introdujo un nuevo arreglo de competencias y responsabilidades entre el nivel nacional y los entes territoriales). Luego, fortalecida por la nueva Constitución Política Nacional de 1991, llega la descentralización fiscal (Ley 60 de 1993) que obliga a importantes transferencias de recursos de los Ingresos corrientes de la Nación hacia departamentos y municipios y, finalmente, se llevó a cabo la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud iniciada en diciembre de 1993 con la aprobación de la Ley 100. Dicha ley, junto con sus normas reglamentarias, constituye al actual sistema de salud colombiano. Se realiza en base al Estudio sectorial de salud realizado entre 1988-1989 por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, convocando a un amplio grupo de expertos para definir una imagen objetiva del sector salud, la cual planteó un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales que garantizara el derecho a la salud con énfasis en la promoción y prevención, acciones coherentes entre las necesidades municipales, la gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales.^{xiii}

En el artículo 162 de la Ley 100 se estableció la obligatoriedad para reasegurar las coberturas de las enfermedades de alto costo y evitar la selección de riesgo por parte de las aseguradoras (EPS Empresas promotoras de Salud y ARS) y la selección entre grupos de alto y bajo ingreso mediante un sistema novedoso: " el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de alto costo" (sistema comparable al holandés de tipo estatal para estas enfermedades, que costaban en ese momento US\$ 10.000 por año por persona) sin restricciones de preexistencia, sin exclusiones contractuales y sin copago al menos excesivos, por lo que se pensó que la mejor manera de manejar los fondos de reaseguro era mediante el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para responder por las enfermedades de alto costo.

La promulgación de la Ley 100 se efectúa a través de un proceso que buscó disminuir la brecha de dos posiciones extremas:

- Grupo de defensa del sistema vigente en el país, conservando los principios de solidaridad, integralidad y universalidad. Se encontraba representado por el Instituto de Seguros Sociales y de los sindicatos oficiales.
- Grupo de defensa de principios de libre elección de los usuarios y libre competencia entre oferentes, como mecanismo para alcanzar la eficiencia y calidad de prestación de servicios.^{xliii}

En la Ley 100 el Congreso logra un acuerdo institucional que determina:

Principios fundamentales:

- Universalidad: garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- Integralidad: desde promoción, prevención, curación a rehabilitación. Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.
- Descentralización y participación: mayor responsabilidad local sobre financiamiento y dirección.
- Concertación: necesidad de alcanzar equilibrio sostenible entre diferentes actores del sistema (aseguradores, prestadores, usuarios y reguladores).
- Obligatoriedad: ningún colombiano puede renunciar a participar del sistema de aseguramiento y solidaridad.
- Solidaridad: el más sano y rico aporta más para los más pobres y enfermos, como así también intergeneracional.
- Libre elección de aseguradoras y prestadores.
- Gradualidad: reconoce la imposibilidad de un funcionamiento a pleno e inmediato de todos los mecanismos del nuevo sistema.
- Eficacia y calidad: obtenida mediante una competencia regulada.

Roles y responsabilidades:

- Roles de dirección y regulación: Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS: conformada por 14 miembros de gobierno, hospitales, aseguradores, sindicatos, usuarios, etc.). A nivel local o regional están los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Todas estas determinan las variables más importantes del desarrollo del aseguramiento, no el mercado.
- Aseguramiento: Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo y Administradoras del Régimen Solidario (ARS) del régimen del mismo nombre. Son las que manejan el riesgo en salud y la administración de la prestación de los servicios de salud. Pueden ser de naturaleza pública, privada o comunitaria. Se les paga una cápita (Unidad de Pago por Capitación-UPC: que se ajusta por riesgo dándole mayor valor a menores de 5 años, mujeres en edad fértil, ancianos y poblaciones rurales alejadas,) por afiliado, como si fuera una prima de un seguro, por lo cual deben garantizar la prestación completa del plan de beneficios ordenado por Ley.
- Prestación de Servicios: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que son los hospitales públicos, clínicas privadas y otros oferentes.

Planes de Beneficios:

El Plan Obligatorio de Salud (POS) es un plan único de beneficios para todos los colombianos. Se desarrolló en base a la carga de enfermedad del país, a un análisis de costos y efectividad de las intervenciones disponibles (servicios, procedimientos e insumos) cubriendo el proceso salud enfermedad (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y todos los niveles de complejidad. Es de cubrimiento básico, mínimo universal y obligatorio, permitiendo la coexistencia de planes complementarios (beneficios y comodidades extras) que voluntariamente quieran comprar.

Este plan tiene períodos de carencia para lograr que tengan semanas mínimas de cotización (máximo 2 años) pero no existe la posibilidad de usar el concepto de preexistencia para disminuir la “entrada selectiva”.

El plan de beneficios es revisado y aprobado por el CNSSS, que luego analiza la UPC que deberá reconocer las EPSs por cada afiliado, buscando un equilibrio entre prima y póliza del seguro.

Estos beneficios deben ser ofrecidos por las aseguradoras (EPS y ARS) incluyendo los servicios asistenciales con una determinada calidad prestacional y de hotelería, reguladas por el CNSSS.

El Plan de Atención Básica, dentro de la Ley 100, incluye aquellas intervenciones de interés de salud pública (vacunas, saneamiento ambiental, control de vectores) que es definido y desarrollado por el Ministerio de Salud y el CNSSS y ejecutado por los Gobiernos Departamentales.

La Ley también crea una cuenta especial para el manejo de recursos especiales destinados a la atención de la salud en situaciones de catástrofes naturales y sociales, como también los accidentes de tránsito (existe un seguro obligatorio nacional para financiarlo).

Enfermedades Ruinosas o Catastróficas (ERC): las EPS están obligadas a tomar un reaseguro que, junto con el ajuste de riesgo en la UPC, constituyen acciones que buscan disminuir la entrada selectiva y ajustar la financiación de las intervenciones de alta tecnología.

Transiciones:

Se gestionó el cambio en tres ejes dado que la implementación del nuevo modelo tenía sus limitaciones financieras e institucionales:

Transición en la Cobertura del Aseguramiento: los colombianos con capacidad de pago ingresarían rápidamente. Los de menor capacidad de pago se irían incorporando progresivamente en función de la existencia de financiación, mientras tanto se deberían seguir atendiendo en los servicios públicos o privados en la forma tradicional.

Transición en los Subsidios de la Oferta a la Demanda: en el caso de los colombianos más pobres, al pagar por capitación (UPC) se fue retirando el pago a la oferta hospitalaria pública. Esto obligó a los hospitales a empezar a vender sus servicios a las EPS y ARC.

Transición en el plan de Beneficios: en el caso del Régimen subsidiado para los más pobres, el Estado recortó la dimensión de cantidad de servicios (“profundidad” en “cobertura 3 D”) por la limitación de recursos y con el fin de ampliar la dimensión de mayor cobertura población (el “ancho” de la “cobertura 3 D”). El POS-S incluyó aproximadamente el 50% de las intervenciones del POS-C, las cuales estaban orientadas a los de servicios de atención básica (sobre todo materno infantil) y de alto costo con la meta de igualar los planes POS-S y POS-C en el año 2000, independiente de la capacidad de pago.

Financiamiento:

El sistema de financiamiento es complejo y tiene como eje el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y fuentes financieras de descentralización (municipales y rentas cedidas).

El FOSYGA cumple el rol de instrumento administrativo-financiero conformando un sistema de competencia regulada con cuatro subcuentas:

- Compensación: recauda los excedentes y/o compensa los déficits de las EPS al recibir las cotizaciones y descontar las UPC.
- Solidaridad: co-financia el régimen subsidiado con recursos del régimen contributivo y del Estado.
- Prevención y Promoción: garantiza estos programas entre los afiliados del sistema.
- Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito: cubre los eventos por catástrofes naturales y sociales y accidentes de tránsito.

Las bases financieras están en un aporte obligatorio del 12% del salario que debe hacer todo colombiano asalariado o con capacidad de pago, del cual el 8% es asumido por el empleador y el 4% por el empleado.

La base de cotización del 12% tiene un máximo de 20 salarios mínimos mensuales.

Los independientes que reporten ingresos iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales deben asumir el 12% de la cotización, quedando cubiertos el cotizante y su familia.

Los 12 puntos (12%) del régimen contributivo, se dividen en 11 puntos que ingresan a la subcuenta de compensación y 1 punto a la subcuenta solidaridad que financia en gran medida el costo del régimen subsidiado, generando una solidaridad de los que más tienen con los más pobres.

Los desempleados y sin ingresos suficientes se deben asegurar en el Régimen Subsidiado previa encuesta en el sistema de identificación de Beneficiarios (SISBEN).

En el régimen subsidiado, el 45% de su financiamiento proviene del régimen contributivo, subcuenta solidaridad, y con un punto que debería aportar el Gobierno Nacional (en default).

Sin embargo, existen estimaciones de que el 70% de la financiación de este régimen y el 30% son recursos del FOSYGA.

Conjunto de Prestaciones de Salud:

Plan de Intervenciones colectivas (PIC):

1. Descripción: intervenciones, actividades, procedimientos, de promoción de salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgos dirigidos a la comunidad.
2. Población Objetivo: toda la población.
3. Financiamiento: recursos fiscales.
4. Responsable: municipios/ departamentos.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S): (Unidad Pago Capitado aproximado de 105 US\$).

1. Descripción: conjunto de servicios de atención en salud a los que tienen derecho al régimen subsidiado con finalidad en la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades y el suministro de medicamentos para el afiliado.
2. Población Objetivo: Población sin capacidad de pago.
3. Financiamiento: recursos fiscales nacionales y locales y aporte parafiscal de solidaridad.
4. Responsable: 47 Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C) (Unidad Pago Capitada de 182 US\$)

1. Descripción: conjunto de servicios de atención en salud a los que tienen derecho al régimen contributivo, con finalidad en la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y el reconocimiento económico de incapacidades y licencias de maternidad.
2. Población Objetivo: Población con capacidad de pago.
3. Financiamiento: aporte parafiscal (12,5% del salario, 11% para régimen contributivo y 1,5% para régimen subsidiado).
4. Responsable: 22 Entidades Promotoras de Salud (EPS).

ATEP: Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

1. Descripción: cobertura de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo con asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica; hospitalización,

odontología, suministro de medicamentos, y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; prótesis y órtesis. Rehabilitación física. Traslado para el cumplimiento del tratamiento.

2. Población Objetivo: asalariados formales.
3. Financiamiento: aportes parafiscales que dependen del riesgo laboral y varía entre 0,52% y 6,96% del salario.
4. Responsable: Aseguradoras de Riesgo Profesionales (ARP).

Pólizas de Salud, planes de medicina prepagas:

1. Descripción: planes o pólizas voluntarias con diferentes niveles de cobertura y con primas ajustadas por riesgo.
2. Población Objetivo: Población con capacidad de pago.
3. Financiamiento: primas ajustadas por riesgo.
4. Responsable: aseguradoras y entidades de medicina prepaga.

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)

1. Descripción: cubre la atención integral (hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios, diagnóstico y rehabilitación que requiere el paciente víctima de accidente de tránsito).
2. Población Objetivo: toda la población.
3. Financiamiento: con pago anual de todos los propietarios de vehículos.
4. Responsable: aseguradoras SOAT.

Atención de Población sin capacidad de pago no afiliada o para servicios no incluidos en el POS-S:

1. Descripción: no existe plan explícito de beneficios pero la red pública está encargada de cubrir a la población pobre sin aseguramiento y de prestar servicios no incluidos en el POS-S.
2. Población Objetivo: Población sin capacidad de pago.
3. Financiamiento: recursos fiscales.
4. Responsable: municipios y departamentos.

Cobertura de Enfermedades de Alto Costo:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia en diciembre de 2001, en función de una desviación en el perfil epidemiológico de las enfermedades de alto costo, buscó diseñar mecanismos de redistribución de riesgo entre la ARS y EPS para evitar la selección de riesgo, en base a cuatro componentes: implementación de mecanismos de redistribución de riesgo, control de selección de riesgo, ajustes del modelo de atención y procedimientos de Vigilancia epidemiológicas para eventos de cuarto nivel. En base a estos criterios, en 2003 se distribuyeron en número proporcional los afiliados a las ARS y EPS con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en diálisis para que existiera un homogéneo nivel de riesgo.

Conjunto de Prestaciones de Salud (profundo de cobertura 3D):

Las prestaciones para la atención de enfermedades de alto costo prevalentes son: Radioterapia y quimioterapia de cáncer, diálisis renal, trasplante (riñón, corazón, hígado, cornea y médula), tratamiento del SIDA, tratamiento quirúrgico de enfermedades de corazón y sistema nervioso central, tratamiento quirúrgico de enfermedades de origen genético y congénito, tratamiento quirúrgico de trauma mayor, terapia en UTI, reemplazos de articulaciones y atención del gran quemado.

Condiciones de cobertura y de aseguramiento:

Existe un esquema diferencial de cobertura entre régimen subsidiado y el contributivo. Para el subsidiado se ofrece cobertura plena desde el mismo momento de afiliación. El régimen contributivo exige el cumplimiento de un período mínimo de cotización: son 100 semanas de las que 26, por lo menos, deben haber sido cotizadas en el último año o la cobertura parcial del evento en proporción al tiempo cotizado al sistema. En ambos regímenes estos eventos están excluidos del pago de copago o cuotas moderadoras.

Financiamiento:

Reaseguros en eventos de alto costo:

Todas la ARS y EPS están obligadas a tomar un reaseguro. Estos son variados pero en todos se mantiene el pago de prima, con coberturas delimitadas y esquemas diferenciales para la aplicación de deducibles mediante el cual las EPS/ARS transfieren parte del riesgo al asegurador. Los efectos financieros y la decisión de optar por uno u otro de los esquemas deducibles dependen de la siniestralidad presentada frente a modelos probabilísticos predeterminados.

Conclusiones:

Colombia, es un país organizado en forma de república unitaria con centralización política y descentralización administrativa. Tiene un sistema de salud desde 1945. Durante 1990 el estado realizó importantes reformas, orientadas a la descentralización. Esto impactó en el sistema de salud, que tiene los siguientes puntos relevantes:

- J En base al Estudio sectorial de salud realizado entre 1988-1989 por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, convocando a un amplio grupo de expertos para definir una imagen objetiva del sector salud
- J En el 1993 se promulga la Ley 100, que determina la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, que junto con sus normas reglamentarias constituye al actual sistema de salud colombiano.
- J Principios de la ley 100: un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales que garantizará el derecho a la salud, con énfasis en la promoción y prevención, acciones coherentes entre las necesidades municipales, la gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales.
- J Conjunto de prestaciones médicas: el Programa Obligatorio de Salud (POS) subsidiado para la población sin ingresos y contributivo para población con ingresos.
- J Institución con función de dirección y regulación: se crean las distintas instituciones que comprenden el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS: conformada por 14 miembros de gobierno, hospitales, aseguradores, sindicatos, usuarios, etc.)
- J Institución a cargo del financiamiento y administración realizada por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- J Entidades aseguradoras: lo proveen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo y Administradoras del Régimen Solidario (ARS) del régimen del mismo nombre. Son las que manejan el riesgo en salud y la administración de la prestación de los servicios de salud. Pueden ser de naturaleza pública, privada o comunitaria. Se les paga una cápita (Unidad de Pago por Capitación-UPC que se ajusta por riesgo dándoles mayor valor a menores de 5 años, mujeres en edad fértil, ancianos y poblaciones rurales alejadas) por afiliado, como si fuera una prima de un seguro, por lo cual deben garantizar la prestación completa del plan de beneficios ordenado por Ley. La prestación de Servicios es otorgada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que son los hospitales públicos, clínicas privadas y otros oferentes.
- J Por otro lado, enfrentado el riesgo de las enfermedades de alto costo, Colombia crea una fortaleza ya que dentro Ley 100 en el artículo 162 establece la obligatoriedad para reasegurar las coberturas de las enfermedades de alto costo y evitar la selección de riesgo por parte de las aseguradoras (EPS Empresas promotoras de Salud y ARS) y selección entre grupos de alto y bajo ingreso mediante un sistema novedoso “el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de alto costo” sin restricciones de preexistencia, sin exclusiones contractuales y sin copago al menos excesivos, por lo que se pensó que la mejor manera de manejar los fondos de reaseguro era mediante el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para responder por las enfermedades de alto costo.

Configura un proceso de siete puntos relevantes desde lo teórico: sólido y robusto en términos de alineación de actores con funciones específicas orientados a resolver las enfermedades de la población y no sólo las “enfermedades” de sistema. Dentro de ellas las enfermedades de alto costo tienen como novedad el modelo de reaseguro obligatorio, regulación estricta para evitar la selección de riesgo, mecanismos de redistribución de riesgo, ajustes al modelo de atención y procedimientos de vigilancia epidemiológica.

Como el mexicano, es un sistema que se deberá tomar en cuenta para extrapolar experiencias teóricas y de gestión de cambio y evaluar los resultados de estas reformas en los próximos años.

4.2. Análisis de Subsectores de la Provincia de Río Negro.

4.2.1.- Población:

En las estimaciones de población, registradas en el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (Indec) en el documento: Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, serie análisis demográfico, la Provincia de Río Negro, tendría en el año 2010 la siguiente cantidad de población:

Mujeres	Varones	Totales
301.932	301.829	602.575

4.2.2. Población Cubierta por Obra Social Provincial:

En 2009, la población bajo cobertura por la obra social I.Pro.S.S. es de 141.353.

4.2.3. Población Cubierta por Obras Sociales nacionales:

Río Negro posee, según los datos actualizados de www.sssalud.gov.ar/index/index.php?opc=poblacion de la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación, la siguiente cantidad de beneficiarios cubiertos por obras sociales nacionales en la provincia:

Provincia	Cantidad de Titulares	Cantidad de Familiares	Totales de Beneficiarios
RIO NEGRO	184.973	120.226	305.199

4.2.4.- Población cubierta por INSSJyP (PAMI):

Según información provista por la Unidad de Gestión provincial de PAMI, la cantidad de afiliados bajo cobertura de esta obra social es de 61.000 afiliados.

Con estos datos se obtendría el siguiente cuadro de resultados de cobertura poblacional:

Aseguramiento en el sistema de salud de Río Negro

• Salud Pública (sin cobertura)	77.023.-	12,78%
• Obra social provincial (I.Pro.S.S.)	141.353.-	23,46%
• PAMI	61.000.-	10,12%
• Obra Social Nacionales	305.199.-	50,65%
• Prepagos /privadas	18.000.-	2,99%

Estas cifras, comparativamente con los datos de la CEPAL 2003, demuestran una diferencia con los nacionales, tal vez determinados por las diferencias sociales de los años analizados:

Se estima que la cobertura es:

Subsector	CEPAL 2003	Río Negro
Público	37,7%	12,78%
Obras Sociales	54,2%	84,23%
Privado: Prepagas/Mutuales	8,1%	2,99%

Estos datos pueden estar sesgados por la doble cobertura que existe en el sistema, por lo que se podría estimar que el 30% de la población tiene doble aseguramiento (cobertura) ya que el total de la población bajo cobertura de obras sociales y prepagas es: 525.666 (87,22%). Si restamos el 30% estimado como doble cobertura de esta población arroja un resultado de 367.896 habitantes, es decir, el 61% de la población de Río Negro tendría una cobertura de obra social o prepaga y el 39% estaría cubierto sólo por el sistema público. Este resultado es semejante a los porcentajes arriba citados (CEPAL 2003) de 62,3% con cobertura y 38,7% cubiertos por el sistema público. Estos datos son también semejantes a los usados por Tobar (2003) que refiere una cobertura por obras sociales/prepagas de 62,3% y cobertura por sistema público del 37,6% en el año 1999.

Dicho análisis permite enmarcar futuras investigaciones debido a la asignación de dobles recursos para diseñar estrategias de reasignación del financiamiento más eficientes y equitativas.

4.3.-Descripción de la Obra Social de la Provincia de Río Negro: Instituto provincial del seguro de Salud (I.Pro.S.S.)

4.3.1.-Características Generales:

El I.Pro.S.S. es la Obra Social de los empleados públicos provinciales rionegrinos, tanto activos como pasivos, creado con el objeto de "organizar y administrar un seguro integral de salud, formando parte y ejecutando en su materia las acciones sanitarias que globalmente establezca el Poder Ejecutivo, brindando cobertura a sus afiliados obligatorios y a todo ciudadano que voluntariamente adhiera al sistema, en forma grupal o individual".

El Instituto Provincial del Seguro de Salud de Río Negro fue creado en la década del 70, al igual que otras obras sociales provinciales, para brindar cobertura de atención médica a los empleados de la Administración Pública rionegrina, basando su actual existencia y capacidad jurídica en las leyes provinciales 2753/94, 2794/94 y los respectivos Decretos Reglamentarios N° 839/94 y 1231/94, con características de ente autárquico. En este marco se establece la afiliación obligatoria de todos los agentes públicos, sean provinciales, municipales, activos y pasivos.

De manera que el I.Pro.S.S. tiene características de un seguro predominantemente obligatorio o compulsivo, de base solidaria, financiado con aportes y contribuciones, que comparte características con otras Obras Sociales Provinciales (OSP). Es predominantemente obligatorio ya que un porcentaje menor de sus afiliados lo son por opción, no perteneciendo al sector público, comportándose en este caso como entidad prepaga o seguro voluntario.

El concepto de seguro integral de salud adquiere gran importancia porque habitualmente este tipo de instituciones actúa en los hechos como un seguro de enfermedad cuya cobertura básica corresponde a lo que técnicamente se describe como atención médica.

Surge con el objetivo de construir un seguro de salud donde las acciones de promoción y prevención estén decididamente integradas con las de curación y rehabilitación.

Esta decisión política implica no sólo considerar al I.Pro.S.S. como un organizador y administrador de servicios, sino, por su naturaleza y dimensión, como un instrumento central de la política sanitaria del Estado, integrando al sector salud, coordinando sus servicios con los del sector público y privado y la seguridad social.

Posee una planta de personal permanente de 282 agentes, 127 de planta temporaria y 21 funcionarios.

4.3.2.-Marco Normativo

El Instituto es una entidad autárquica con individualidad financiera cuya actividad se encuentra enmarcada en lo establecido en las Leyes Provinciales N° 2753/94 y 2794/94 modificada en 2008.

Su administración es responsabilidad de una Junta de Administración integrada por un Presidente y dos vocales Gubernamentales que representan a la Secretaría de Estado de Salud Pública, ambos designados en forma directa por el Poder Ejecutivo, más tres vocales gremiales designados por el Poder Ejecutivo a propuesta de los afiliados obligatorios.

Los afiliados al I.Pro.S.S. se dividen en obligatorios (directos e indirectos) y voluntarios (directos e indirectos). En la primera categoría (obligados directos) se incluyen todos los magistrados, funcionarios, empleados, obreros y personal permanente y no permanente de los tres poderes del Estado, entidades autárquicas y descentralizadas y municipalidades, incluyendo los Jubilados y Pensionados de la ex- Caja de Previsión de la Provincia de Río

Negro (actualmente transferida a la Nación pero que mantienen su cobertura de salud bajo la órbita de la OSP, reemplazando el aporte patronal con un descuento compulsivo de mayor cuantía que el original).

Los obligatorios indirectos son los integrantes del grupo familiar primario de dichos afiliados (cónyuge e hijos) con diversas extensiones de cobertura.

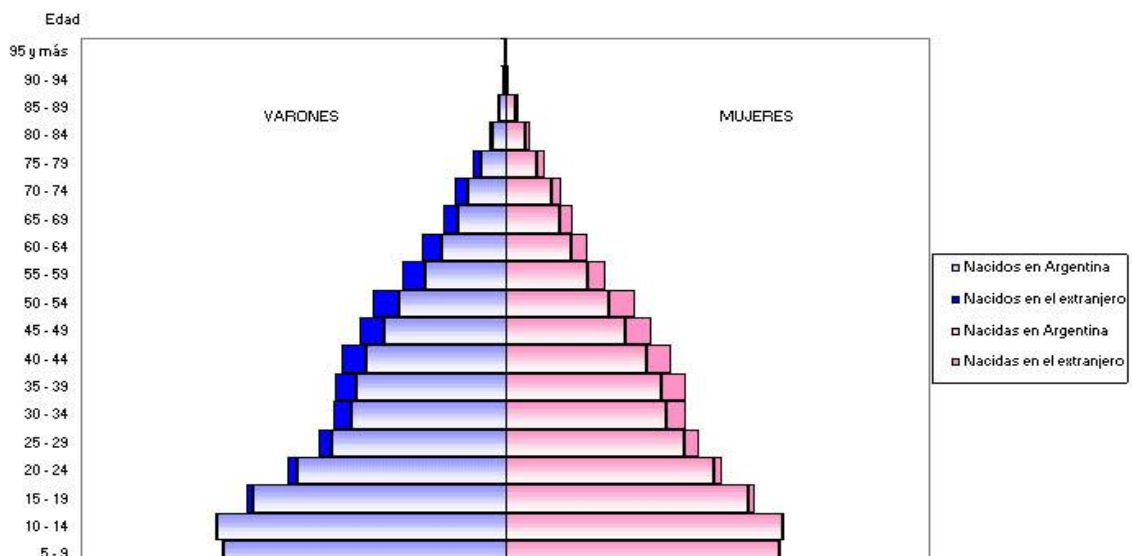
En la categoría de voluntarios se incluye a toda persona que opte por su incorporación al Instituto abonando las cuotas fijadas por el art. 23 de la ley 2753 y sus posteriores modificatorias. Respecto de los voluntarios indirectos la novedad es la inclusión, con cargo, de los ascendientes directos en primer grado y otros familiares hasta el primer grado de consanguinidad.

4.3.3.-Descripción Demográfica

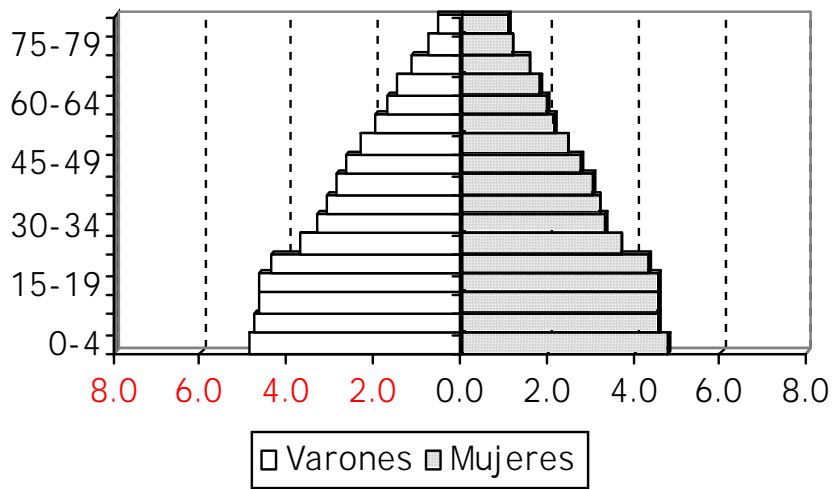
La distribución de la población cubierta según franja etárea demuestra que un 30,12% es menor de 16 años, entre 16 y 60 años es el 62,44% y un 7,44% es mayor de 64 años.

Se observa una población feminizada en el cuadro de análisis demográfico. Como se observa en la pirámide demográfica, se trata de una población joven, lo que le confiere el característico formato de base ancha, a predominio del grupo de 10 a 20 con disminución notoria en menores de 10 años. También llama la atención que desde los 20 a los 55 años tiene un leve efecto romboidal, casi parejo, semejando una pirámide de país industrial, donde predominarán las enfermedades de tipo crónico. En principio, es de esperar, de una población tan importante como joven, una pauta de consumo por debajo de los standards habituales encontrados en el sistema de Obras Sociales Nacionales.

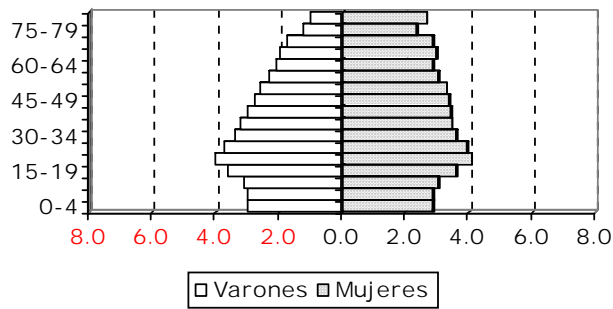
Gráfico 2.2. Provincia de Río Negro. Población: estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento. Año 2001



República Argentina



Ciudad de Buenos Aires

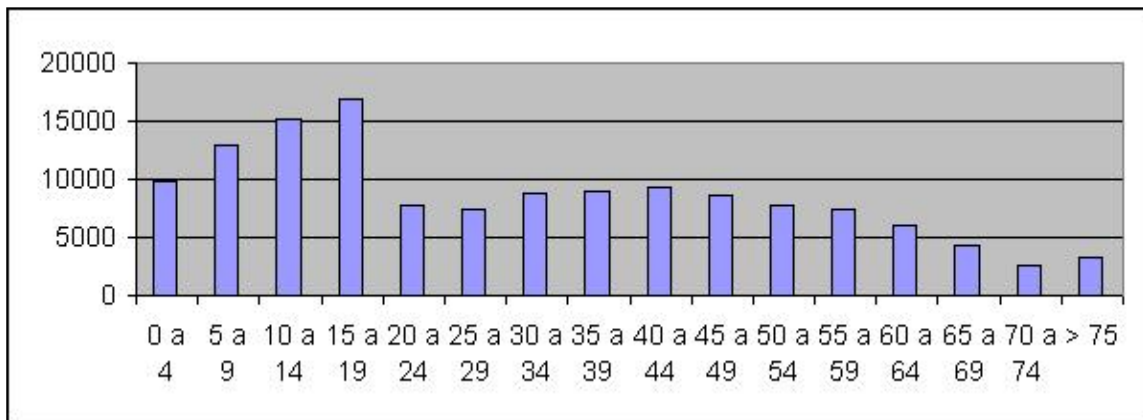


Comparativamente, la pirámide poblacional de la obra social se asemeja más a la de la Ciudad de Buenos Aires que a la de la provincia. De todas maneras, la pirámide poblacional del país es notoriamente de base ancha.

En la comparación con la estructura porcentual por edad de la población provincial se observa, entre los beneficiarios del I.Pro.S.S., un ligero predominio de la población de entre 15 y 64 años y de mayores de 65 años con disminución en el segmento de menores de 14 años. Este dato, sumado a la feminización, da una tendencia al envejecimiento de población afiliada a la obra social.

Estructura porcentual de la población por grupos de edad:

Grupos de edad	% Total provincia	% Población I.Pro.S.S.
0-14 años	35,4	27,68
15-64 años	59,3	64,91
65 años o mas	5,3	7,41



4.3.4.-Distribución Geográfica

Aproximadamente el 90% de los beneficiarios residen en Río Negro. El resto se distribuye en Carmen de Patagones (donde reside un número importante de empleados públicos con ocupación en Viedma, ciudad separada por el Río Negro), Bahía Blanca, La Plata y Capital Federal, donde residen jubilados o estudiantes. La mayor cantidad de afiliados se distribuyen en las cuatro localidades que más población concentran (Viedma, Gral. Roca, Cipolletti y Bariloche), concentrándose en la capital provincial el 22 % del padrón, a pesar de poseer sólo el 8,5% de los habitantes. En Viedma la relación habitantes/beneficiarios es de 1,45.

Las proporciones guardan directa relación con la importancia relativa en cada localidad del empleo público. Así, la relación observada en Viedma y San Javier (aglomerado suburbano de aquella) son comparables con las localidades de Pilcaniyeu, Valcheta, Sierra Colorada y Ñorquinco, todas localizadas en la Región Sur de la provincia y con menos de 3.500 habitantes.

4.3.5.-Cobertura

4.3.5.1.- Cobertura Poblacional

De acuerdo a la última actualización censal se estima que el 23,46% se encuentra cubierto por la obra social provincial sobre un total de población de la provincia estimada en 602.575 habitantes.

Esta cobertura poblacional (ancho del 3 D) determina que es casi el 50% de la población de Río Negro, lo que hace una oportunidad de crear un sistema de aseguramiento homogéneo, si se ensamblan a éste los afiliados a la obra social provincial (I.Pro.S.S.) y los ciudadanos sin cobertura explícita.

4.3.5.2.- Cobertura Financiera:

Primer Nivel de Atención:

- Cobertura: 80% con copago del 20%. Cápita por convenio con Federación Médica y por prestación en Zona Atlántica.
- Planes especiales: seguro obligatorio materno infantil I y II cobertura 100%. Atención a la embarazada, parto y control del niño hasta 24 meses.

Internación Clínica y Quirúrgica:

- Cobertura: según nomenclador nacional de prestaciones médicas con copago de 25\$ en concepto de derecho a internación.
- Descartables: 100% cobertura.

Alta Complejidad:

- Cirugía cardiovascular periférica y central, fertilización asistida, by-pass gástrico, Cámara gama, radioterapia, litotricia extracorpórea, RNM, hemodiálisis, derivaciones extraprovinciales: cobertura 100%

Medicamentos Ambulatorios:

- Según banda terapéutica: 50% ambulatorio general, 70% Plan enfermedades crónicas (HTA, EPOC, dislipemias, etc.) y sector pasivo, 100% planes SOMI I, SOMI II, DBT (con materiales descartables)
- Planes especiales con provisión de la obra social: oncológicos, SIDA, Esclerosis múltiple, hemofilia, fibrosis quística, hormona de crecimiento, artritis reumatoidea, miastenia gravis, hepatitis B y C: 100% cobertura.

Odontología:

- Cobertura 70%, Copago del 30%.
- Prótesis dentarias a mayores de 65 años: 70%.

Laboratorio:

- Cobertura 80% más 20% de coseguro.

Resoluciones Específicas de cobertura según patologías y excepciones:

- 26 normas que regulan excepciones y patologías específicas que requieren de coberturas especiales con 100% de cobertura (oncológicos quimioterapia y radioterapia, medicamentos especiales: VIH, tratamiento de Esclerosis múltiple, hemofilia, Fibrosis Quística, monoclonales, etc.)

Prestaciones no cubiertas por la obra social:

- Cirugía plástica no reparadora, cosmetología, prácticas o internaciones experimentales, accidentes laborales, material descartable de uso ambulatorio, gastos por afiliados autoderivados y prestaciones fuera del país.

4.3.6.-Modelo de Financiamiento:

4.3.6.1.-Ingresos:

Impuestos al trabajo:

Los ingresos del I.Pro.S.S. están constituidos por aportes personales de afiliados obligatorios activos y pasivos, contribuciones patronales, cuotas de adherentes, coseguros y otros ingresos provenientes de convenios especiales. Los aportes personales de los agentes públicos provinciales o municipales representan el 4% (anterior 3,5%) del total de las remuneraciones, cualquiera fuera su concepto, excluidas las asignaciones familiares. Este aporte no podrá ser inferior a \$40 (pesos cuarenta). La legislación contempla además un aporte adicional del 1% por cada ascendiente directo primario que se incorpore y un aporte del 2% por cada hijo estudiante mayor de edad.

La contribución del Estado Provincial o Municipal representa el 7% (antes 5%) del total de las remuneraciones abonadas a sus agentes o empleados cualquiera sea su concepto, excluidas las asignaciones familiares. Esta contribución no podrá ser inferior a \$60 (pesos sesenta).

Los agentes en pasividad aportan un 7% (antes 6,5%) del total de sus remuneraciones.

Subsidio de rentas generales:

En función del déficit presupuestario, el Estado provincial aporta \$22.000.0000 para el presupuesto de 2009, lo que significa aproximadamente el 11% del total.

Recupero por coseguros y copagos.

Si bien el porcentaje de recupero es oscilante, se puede asumir que, de acuerdo a las prestaciones analizadas, existe un impacto en los ingresos totales de la obra social del 10%.

4.3.6.2.- Egresos: Modalidad de pago

Hasta marzo de 1997, el I.Pro.S.S. sostuvo históricamente una modalidad de pago por prestaciones. Desde este punto de vista, y hasta la implementación del actual modelo capitado, podría definirse al esquema de contratación que históricamente se mantuvo con los

prestadores como un sistema abierto (o indirecto), con pago directo, arancelado según nomenclador; en casos como en Viedma se ha vuelto a este sistema por prestación.

A este esquema básico se fueron sumando algunas modificaciones significativas en función de las crisis recurrentes ya referidas. Entre ellas deben contabilizarse algunos módulos perfectos e imperfectos, así como la introducción de "techos" financieros o montos máximos de facturación en algunos rubros prestacionales: consultas, internación, imágenes y otras prácticas ambulatorias. Por otro lado, se fueron implementando restricciones al padrón de prestadores y a la incorporación de tecnología avanzada, de hecho, sobre la limitación de la oferta.

4.3.7.-Modelo asistencial:

No se ha elaborado un modelo asistencial definido, se ha diseñado en base a la oferta regional que se constituyó a partir de tres modalidades prestadoras principales: a) de servicios públicos-provinciales organizados en áreas programas, con una red de hospitales de complejidad creciente, b) modalidad corporativa a través de los diferentes colegios, federaciones de médicos, odontólogos y especialidades agrupadas que presta el 70-80% de los servicios y c) modalidad por agrupamientos empresarios como es el caso de prestadores sanatoriales de la zona atlántica.

Otra modalidad de menor envergadura es la propia, con la prestación de servicios médicos que se efectúa a través de tres policonsultorios propios de la obra social localizados en Viedma, Bariloche y El Bolsón.

Modalidad Corporativa: relación contractual

La oferta de prestaciones médicas de la provincia está concentrada en 15 colegios médicos, los cuales se organizan en una Federación Provincial. Las Clínicas y Sanatorios privados se agrupan en una Federación que integra la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA). Se estiman en 1000 los médicos federados, 130 los bioquímicos agrupados en el Colegio respectivo y 250 odontólogos que integran la Federación Odontológica. Como casi la totalidad de la oferta privada, estos profesionales residen y ejercen su actividad en las ciudades de mayor número de habitantes.

El subsector privado ha modelado su esquema prestador, justamente, en función de este modelo financiador: el Instituto constituye en promedio el 60-70% de su facturación. Desde hace un tiempo la introducción de un sistema capitado para la atención de los afiliados al PAMI ha condicionado la reformulación de este perfil por parte de los propios prestadores que, además, lo administran. Un modelo similar ha sido adoptado en la actualidad por el I.Pro.S.S.

Ha concentrado gran parte de la tecnología "pesada" existente, especialmente en el diagnóstico por imágenes y buena parte del recurso humano especializado.

El subsector privado cuenta con el 41% (821) de las camas totales provinciales (2001) que se concentran en las poblaciones de mayor densidad demográfica e integra el 60% de las instituciones existentes (Sanatorios y Clínicas, Laboratorios, Centros de Atención Médica u Odontológica, Centros de Diagnóstico, etc.). No existen efectores privados en poblaciones pequeñas ni parajes, donde es exclusiva la presencia del sector público.

En términos generales, el pago por prestación ha demostrado la enorme capacidad de adaptación de la oferta, en términos de compensar precios por cantidad y en modificar el perfil prestacional en función de la disponibilidad tecnológica. Esto se ha hecho en forma independiente de las características epidemiológicas de la demanda.

Modalidad de servicios públicos: Vínculos y Pagos a Hospitales

En la provincia funcionan 38 hospitales que se encuentran distribuidos en 5 zonas sanitarias (Andina, Oeste I, Oeste II, Valle Medio y Atlántica) y posee 4 hospitales cabecera de complejidad 6 con un sistema progresivo de derivación.

La relación con los hospitales públicos se da bajo la normativa de hospitales de gestión descentralizada. Para este fin se organizó dentro de cada hospital un área de Fondo de Obras Sociales (FOS) quien se encarga de realizar el seguimiento y facturación del afiliado dentro del hospital.

El sistema de cobro está centralizado a nivel provincial y lo gerencia la UPCN, que realiza los cobros con las obras sociales nacionales, que en muchos casos se llega a débito por Superintendencia. Con la Obra social provincial no existe mecanismo de cobro por Superintendencia Nacional y dependen del flujo financiero de la obra social. En el año 2007 se generó una deuda de \$8.000.000 en todo el año.

4.3.8.-Modelo de Gestión:

No existe un modelo explícito de definición de priorización sanitaria que determine la toma de decisiones desde la conducción.

En general, domina la toma de decisiones coyunturales en función de las presiones de los diferentes actores. Habitualmente predominan las diferentes corporaciones del sector privado que se constituyeron en el escenario del mercado sanitario de Río Negro, lo que hace que en la gestión predomina la categoría financiamiento de servicios de salud, casi excluyentemente, en detrimento de las otras funciones recomendables para la resolución de los problemas de salud de la población, como son: informar a la población, proveer directamente servicios y regular los servicios de salud ^{xliv}.

4.3.9.- Información sanitaria:

No existe análisis de datos. Algunos datos que se pudieron obtener son de baja calidad y otros son estimaciones, en base a la población y datos de la Encuesta de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, para tener una estimación de la carga que poseía la obra social de enfermedades no transmisibles prevalentes que son hoy el 55% de la causa de mortalidad y se proyecta al 75% para el año 2015. Esto determinará parte importante de la carga sanitaria del gasto a financiar.

Estimación de factores de riesgo y de carga de Enfermedades No Trasmisibles en afiliados de 18 años o mayores, grupo etáreo en la obra social lpross que representa el 63%, del total.

82.353 habitantes (estimados)

Factor de Riesgo Enfermedades No Transmisibles	Porcentaje	Cantidad de Afiliados estimados
• Obesidad	17,3%	14.247
• Exceso de peso	50,6%	41.671
• Sedentarismo	54,6%	44.965
• HTA	37,4%	30.800
• DBT	15%	12.353
• Colesterol	31%	25.694
• Tabaquismo	36,4%	29.977

Internaciones: 6000 por año aproximadamente.

Derivaciones a Bs. As.: 1200 por año.

Consultas: 4,9 cada 1000 afiliados.

Cesáreas: 59%.

4.4.- Análisis del Ingreso de empleados provinciales y su distribución por Poder:

La variable ingreso es la que determina la capacidad de pago del afiliado que enfrente una enfermedad. Esto determina también la catástrofe del gasto, por lo que su análisis no dará el parámetro para determinar, en función de parámetros internacionales, agrupaciones de afiliados en función del gasto.

Por ello se analizará en primer lugar por poder y el promedio de cada uno de ellos:

Descripción de cantidad de empleados por Poder del Estado y Promedio Ingreso

Agrupamientos	Cantidad	Detalles	Promedio Ingreso Neto Teórico mensual
Poder Ejecutivo	39.261		3.520
Poder Judicial	1.449		8.050
Poder Legislativo	871		6.575
Organismos Control	150	Tribunal Cuentas	11.700
		Fiscalía	9.900
		Def. del Pueblo	8.800
			10.133

Total	41.731		
-------	--------	--	--

Cantidad de agentes agrupados por Poder Provincial:

Agrupamientos	Cantidad Agentes	% Agentes	Masa salarial mensual	% masa salarial
Poder Ejecutivo	39.261	94,08%	138.198.720	87,96%
Poder Judicial	1.449	3,47%	11.664.450	7,42%
Poder Legislativo	871	2,09%	5.726.825	3,65%
Organismos de Control	150	0,36%	1.519.950	0,97%
Total	41.731		157.109.945	100,00%

Posee algunas particularidades que son propias del esquema distributivo de un país con un coeficiente de Gini de 0,442, con una mejora con respecto al 2004 que era de 0,513 (J. Colina 2010) que consisten en:

El 6% de los empleados del estado concentran el 12% de la masa salarial. El Poder Judicial, que posee el 3,47% de los empleados, concentra el 7,42% de la masa salarial.

En el Poder Judicial aproximadamente 50 agentes ganan más de \$25.000 por mes, de los cuales tres están entre \$37.000 a \$40.000 por mes, semejante a los ingresos de los tres integrantes del tribunal de Cuentas (entre \$27.000 y \$33.000).

En el Poder Legislativo el Vicegobernador tiene un ingreso de \$21.500 y el resto de los legisladores, en base a su antigüedad, varía entre \$ 16.000 y \$20.000.

Dentro del Poder Ejecutivo existen diferencias grupales importantes en los ingresos mensuales promedios: docentes de \$2.600, Salud Pública \$4.970, Policía \$3.800, Turismo \$3.650 y Ministerio de Familia \$2.600.

Es decir, el ingreso medio de bolsillo de los trabajadores provinciales es determinado por el Poder Ejecutivo ya que son el 94% de los empleados, con un rango que va entre \$2.600 a \$4.970 por mes.

Si tomamos el sueldo neto menor, de \$3.520, podemos calcular el aporte y contribución que cotiza en el instituto cada trabajador provincial, lo cual en promedio mensual es de aproximadamente \$422 por mes.

4.5.- Enfermedades de Alto Costo

4.5.1.- Determinación de grupos de alto, mediano y bajo costo de la obra social:

El análisis de las enfermedades tratadas en el I.Pro.S.S. fue realizado en tres bandas de consumos, de acuerdo al acumulado del gasto anual, en relación al nivel de ingreso de la familia ya que son los que se constituyen en mecanismo de autoselección, pudiendo limitar las chances de afrontar las necesidades de salud.^{xlv}

Para determinar los diferentes grupos de consumo de afiliados de acuerdo al consumo se realizó la siguiente metodología:

J Se determinaron los cortes entre bajo, mediano y alto costo, en relación a la media de los ingresos de los empleados provinciales, a los cuales se realizó una simulación en función de las diferentes posturas tomadas en las experiencias de los países latinoamericanos.

Método usado para determinar el corte financiero que determina a las enfermedades catastróficas o alto costo:

País y método	Monto determinado para Ipross
Chile: desde la perspectiva actual, se considera a una enfermedad como catastrófica cuando la suma de los copagos que genere sea superior al "deducible". ¿Qué es el deducible? Es la suma de los copagos que acumula el afiliado para optar a este beneficio. Su monto equivale a treinta veces la cotización pactada en el plan de salud.	$\$422 \times 30 =$ $\$12.660.-$
OMS: define como catastróficas a las enfermedades cuyo tratamiento genere un costo directo igual o superior al 30% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado. (Tobar-2010- ¿Qué aprendimos de las reformas de salud?)	$\$3.520 \times 12 = \$42.240 \times \text{año}$ $30\% = 12.672.-$ <p>(Se asume que el ingreso del hogar es sólo del afiliado de la obra social)</p>

A partir de estos criterios:

1. Se tomaron los cortes en función de los modelos de Chile y la OMS, que determinó el monto de la capacidad de pago de bolsillo de nuestros afiliados de la Obra Social (entre \$12.660 y \$12.672). Se estableció el corte del deducible y/o el costo directo igual o superior al 30% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado de \$12.000 por año.

2. Se determinó, en función los criterios de Suecia donde usan para dar cobertura financiera del 100% el gasto de bolsillo, igual o mayor a 200 euros (aproximadamente

\$1.058) por año, como corte entre mediano y bajo costo el gasto que sea igual o superior a \$1.000 por año.

Se obtiene el siguiente cuadro de valores:

1. Afiliados Alto Costo (AAC): más de \$12.000 por año.
2. Afiliado Mediano Costo (AMC): entre \$1.000 a \$12.000 por año.
3. Afiliado Bajo Costo (ABC): menos de \$1.000 por año.

4.5.2.- Cantidad de afiliados y porcentaje en cada grupo:

Se agrupó a los afiliados, utilizando estos valores, en base al gasto incurrido por la Obra Social, dando el siguiente cuadro en cantidad de afiliados, gasto anual promedio del grupo y gasto total anual de cada grupo:

Grupo	Afiliados	Consumo Anual Promedio	Costo Total
Alto Costo	1.945	\$31.481.-	\$61.230.545.-
Mediano Costo	14.000	\$5.859.-	\$82.026.000.-
Bajo Costo	115.625	\$417.-	\$48.215.625.-
Otros: administrativos y sin analizar			\$32.943.063.-
Total			224.415.233.-

En términos porcentuales queda determinado el siguiente cuadro:

Grupo	% de Afiliados Totales (141.353 afiliados)	% del Gasto Total
Alto Costo	1,4%	27%
Mediano Costo	10 %	37%
Bajo Costo	82%	21%
Otros (administrativos, sueldos, info no confiable)		15%

Como se citó, aproximadamente el 1% de la población de un sistema de salud puede llegar a consumir el 25% del gasto total, el 5% de la población total llega a consumir el 40% y sólo el 60% restante del gasto es consumido por el 95% de la población.^{xlvi}

Esto demuestra una tendencia semejante a las descritas en la literatura internacional. En el caso de la obra social se observa que el segundo escalón de concentración se da en un 10% de la población que gasta el 37%, es decir que si se agregan los dos escalones observados en la obra social, el 11% de la población bajo cobertura determina el 64% del gasto de la obra social I.Pro.S.S. En términos absolutos 16.000 afiliados consumen \$143.256.545- por año.

El siguiente cuadro compara estos datos:

Concentración del Gasto por porcentaje de afiliados; comparación con literatura:

I.Pro.S.S.		Beebe J 1988	
% Afiliados	% Gastos	%Población	%Gasto
1,4%	27%	1%	25%
10%	37%	4%	15%
82%	21%	95%	60%

Se hace notorio que el gasto está concentrado en el 2° y 3° nivel quedando sólo un 21% del gasto total en prestaciones de bajo costo, donde habitualmente están las prácticas de mayor costo-efectividad.

Si analizamos las enfermedades por los insumos o prácticas consumidas tenemos el siguiente cuadro:

Afiliados Alto Costo

Prestación	Afiliados consumidores	Gasto Promedio Afiliado/Año	Gasto Total por Grupo Prestacional
Prótesis Totales	347	13.317	9.241.630
HIV-SIDA	84	90.047	7.563.983
Oncológicos	561	12.572	7.055.893
Discapacidad	570	14.066	8.017.755
Hemodiálisis	109	56.939	6.206.318
Artritis Reumatoidea	56	102.083	5.716.672
Esclerosis Múltiple	25	224.950	5.623.784
Hemofilia	8	410.358	3.282.863

Postrasplantes	45	64.042	2.881.916
Hormona Crecimiento	14	125.712	1.759.962
CV By-Pass Coronarios	56	26.629	1.491.240
CV Angioplastías con Stent y 50% Stent liberador de drogas	49	24.686	1.209.596
Trasplante	14	71.861	1.006.058
Hepatitis B y C	7	24.627	172.389
Total Afiliados Alto Costo	1945		
Promedio Afiliado Alto Costo		\$31.481	
Gasto Total AAC			\$61.230.059

Afiliados Mediano Costo

Prestación	Afiliados consumidores	Gasto Promedio Afiliado	Gasto por Grupo Prestacional
Diabetes	1.856	5.875	10.904.784
Epilepsia	355	8.574	3.043.836
Plan Crónicos	2.564	1.192	3.056.964
Alta Complejidad Cámara Gamma	1.416	1.254	1.777.021
Miastenia Gravis	9	8.832	79.491
2° Nivel Clínica/Sanatorios	6.600	8.781	57.955.955
Derivación Bs. As.	1.200	5.169	6.203.122
Cantidad AMC	14.000		
Promedio Gasto de AMC		\$5.859.-	
Gasto Total			\$83.021.173.-

Afiliados Bajo Costo

Prestaciones	Afiliados consumidores	Costo por afiliado	Costo por Grupo Prestacional
1° Nivel	84.559	306	25.887.852
Alta Complejidad RNM	3.322	552	1.833.839
Farmacia Plan Ambulatorio (50%)	25717	732	18.839.632
Farmacia Plan Materno	808	904	730.596
Farmacia Plan Infantil	1.219	780	950.220
Total Afiliados Bajo Costo	115.625		

Gasto Promedio ABC		\$417.-	
Gasto Total ABC			\$48.242.139.-

En el caso de los afiliados de alto costo (AAC) el promedio es de \$31.481 por afiliado por año, que está por arriba de la capacidad de pago si es por única vez (prótesis, etc.) del 95% de los afiliados del I.Pro.S.S. y del 100% en el caso de un gasto anual de esta característica en enfermedades crónicas, como son la mayoría de este grupo.

En términos de dólares serían aproximadamente US\$7.970, lo cual no está muy lejos de lo estipulado como corte en Colombia que eran US\$10.000 o más por persona por año ^{xlvii} para ser considerada una enfermedad de alto costo (catastrófica o ruinosa) que debería ser cubierta por el sistema. El uso de este criterio en Colombia determinaba una fuerte barrera de acceso. En Río Negro no tendría significado intentar un análisis desde este corte financiero como piso para determinar sólo aquellas enfermedades con costo igual o superior a ésta porque reduciría enormemente el ancho y profundidad de la cobertura.

4.5.3.- Análisis del grupo de Afiliados de Alto Costo (AAC)

4.5.3.1.- Cantidad y porcentaje de afiliados agrupados por enfermedad cubierta:

En el peso porcentual de cantidad afiliado de cada grupo de enfermedad-prestación de AAC, se obtuvo el siguiente cuadro:

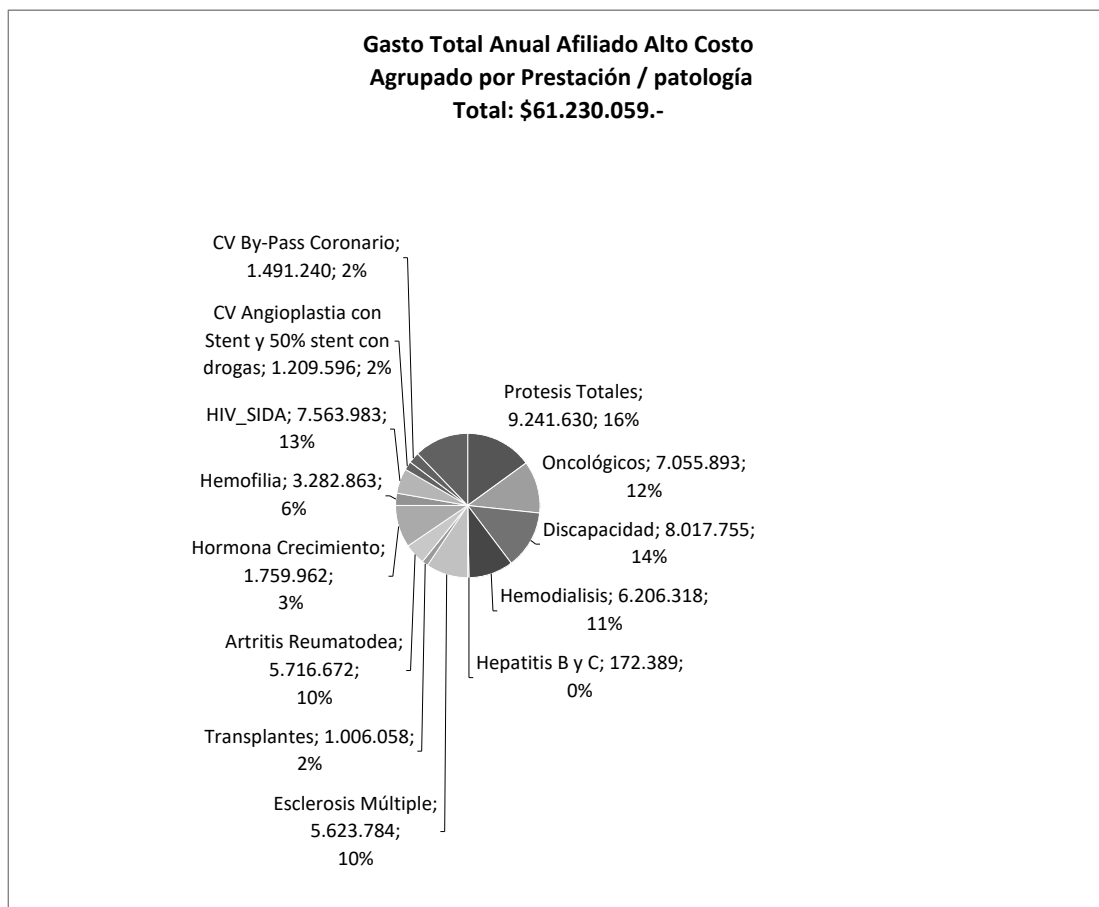
Prestación	Afiliados consumidores	Porcentaje %
Prótesis Totales	347	18%
Oncológicos	561	29%
Discapacidad	570	29%
Hemodiálisis	109	6%
Hepatitis B y C	7	0,36%
Esclerosis Múltiple	25	1,29%
Trasplantes	14	0,72%
Postrasplantes	45	2,32%
Artritis Reumatoidea	56	2,88%
Hormona Crecimiento	14	0,72%
Hemofilia	8	0,41%
CV Angioplastias con Stent y 50% Stent liberador drogas	49	2,52%
CV By-Pass Coronario	56	2,88%
HIV-SIDA	84	4%
Total	1945	100%

Determina una concentración de las prestaciones del 76% en tres de los grupos de afiliados que demandan servicios o medicamentos: oncológicos, discapacidad y prótesis con la característica del mayor tiempo de consumo en el caso de los discapacitados y oncológicos.

En el otro 24% de los afiliados las prestaciones cardiovasculares, que reúnen aproximadamente un 6%, son por única vez, el resto: 18% tiene la característica de ser crónicas, con consumos de muchos años, lo que agrava la sustentabilidad financiera de ellas.

4.5.3.2.- Cantidad y porcentajes del gasto por enfermedad o servicio:

Cuando se analiza el porcentaje del gasto por "renglón" o grupo prestacional se obtuvo el siguiente gráfico y seguidamente el cuadro:



Prestación	Gasto Anual	Porcentaje
Prótesis Totales	9.241.630	16%
Oncológicos	7.055.893	12%
Discapacidad	8.017.755	14%
Hemodialis	6.206.318	11%
Hepatitis B y C	172.389	0,28%
Esclerosis Múltiple	5.623.784	10%

Trasplantes	1.006.058	2%
Postrasplantes	2.881.916	4,71%
Artritis Reumatoidea	5.716.672	9,34%
Hormona Crecimiento	1.759.962	3%
Hemofilia	3.282.863	6,36%
CV Angioplastía con Stent y 50% Stent con drogas	1.209.596	2%
CV By-Pass Coronario	1.491.240	2,44%
HIV_SIDA	7.563.983	13%
Gasto Total y % Afiliado Alto Costo	\$61.230.059	

También se repite la concentración en cuatro grupos (prótesis, medicamentos oncológicos, rehabilitación de discapacidad y diálisis) del 53% del gasto.

4.5.3.3. Relación de porcentajes entre afiliados y gastos, agrupados por enfermedad-servicio:

Demuestra una distribución en gasto diferente a la carga por cantidad de afiliados agrupados:

Prestación	% AAC	%Gasto Anual
Prótesis Totales	18%	16%
Oncológicos	29%	12%
Discapacidad	29%	14%
Hemodiálisis	6%	11%
Hepatitis B y C	0,36%	0,28%
Esclerosis Múltiple	1,29%	10%
Trasplantes	0,72%	2%
Postrasplantes	2,32%	4,71%
Artritis Reumatoidea	2,88%	10%
Hormona Crecimiento	0,72%	3%
Hemofilia	0,41%	6%
CV Angioplastía con Stent y 50% Stent con drogas	2,52%	2%
CV By-Pass Coronario	2,88%	2,44%
HIV-SIDA	4%	13%

Con una relación porcentaje de afiliados con porcentaje del gasto del grupo arroja:

Prestación	Relación %Afiliados/%Gasto
Prótesis	1,16

Oncológicos	2,42
Discapacidad	2,1
Hemodiálisis	0,55
Hepatitis B y C	1,29
Esclerosis Múltiple	0,13
Trasplantes	0,36
Postrasplante	0,49
Artritis Reumatoidea	0,29
Hormona de Crecimiento	0,24
Hemofilia	0,07
CV Angioplastía con Stent y 50% Stent con drogas	1,26
CV By-Pass Coronario	1,18
HIV-SIDA	0,31

Esta relación de concentración de cantidad de afiliados por el gasto por grupos demuestra que las de mejor costo/cobertura en forma decreciente son: oncológicos 2,42, discapacidad 2,1, hepatitis B y C 1,29, etc.

En síntesis, los afiliados de alto costo se reúnen en 14 “renglones” prestacionales, de los cuales cuatro son prestaciones médicas (diálisis, atención por discapacidad, cirugía cardiovascular / angioplastía y trasplante) e insumos, que es prótesis, la cual es variada y de amplitud en costos y complejidad. Discapacidad abarca prestaciones asistenciales y luego 9 (nueve) son medicamentos. Es decir, estos catorce “renglones” concentran el 27% del gasto total de la obra social.

Realizando un análisis dentro de los AAC y sub-agrupándolos como se mencionó arriba, se observa que el subgrupo de prestaciones médicas (diálisis, cirugía cardiovascular, angioplastía, rehabilitación discapacidad y trasplante), que representan el 12,12% de los AAC, determinan el 31,44% del gasto de AAC (relación gasto/afiliado: 2,59), luego prótesis el 18% de los afiliados de alto costo: representan el 16% del gasto de total de los afiliados de alto costo (relación gasto/afiliado de 0,89) y medicamentos de alto costo con el 40,98% de los AAC tienen el 52,56% del gasto en AAC (relación de gasto/afiliado de 1,28), lo cual se grafica en el cuadro siguiente:

Grupo por Prestaciones	% Afiliados Alto	% Gastos Afiliados alto	Relación Gasto/Afiliado
------------------------	---------------------	----------------------------	----------------------------

	Costo	costo	
Prestaciones Médicas asistenciales:			
1. Diálisis			
2. Cirugía cardiovascular y angioplastias	12,12%	31,44%	2,59
3. Rehabilitación discapacidad			
4. Trasplante			
Prótesis	18%	16%	0,89
Medicamentos de Alto Costo	40,98%	52,56%	1,28

Esta relación gasto/afiliado sirve para dimensionar qué impacto tendrían las decisiones que impliquen a cualquiera de estos grupos. Es decir, si se trabaja sobre el grupo de prestaciones médicas, el impacto será más sobre el gasto que la cobertura poblacional y si se trabaja sobre los medicamentos y/o prótesis tendrán una ecuación casi equilibrada entre impacto de cobertura poblacional y el gasto.

4.5.6.- Análisis de cobertura de enfermedades de alto costo en la obra social

4.6.1.- Cobertura Financiera ("alto del 3 D"):

Cada enfermedad tiene en general normativas administrativas específicas de cómo se accede a la cobertura y se determina el porcentaje de cobertura financiera:

Prestación	Cobertura financiera %
Prótesis Totales	50% importadas 70% nacionales
Oncológicos	100%
Discapacidad	80% (de los valores SSS)
Hemodiálisis	100%
Hepatitis B y C	100%
Esclerosis Múltiple	100%
Trasplantes	100%
Postrasplantes	100%
Artritis Reumatoidea	100%
Hormona Crecimiento	100%
Hemofilia	100%

CV Angioplastias con Stent y 50% Stent liberador drogas	90%
CV By-Pass Coronario	90%
HIV_SIDA	100%

4.6.2.-Cobertura poblacional (“ancho del 3D”):

Tasas de Frecuencia, Incidencia, Prevalencia y uso

Se analizaron los datos disponibles sobre incidencia y prevalencia, como también la tasa de uso de prestaciones médicas como el caso de la angioplastia y cirugía coronaria.

Con estos datos se estimó qué porcentaje población de la obra social I.Pro.S.S. estaría afectada a la enfermedad o estaría usando un determinado procedimiento.

Enfermedad/ tratamiento	Frecuencia Población General Población específica	Casos esperados para I.Pro.S.S. en base a datos de la literatura
Artritis reumatoidea	0,3% a 1,5% Población general	705 a 2.115
Pacientes con uso de medicamentos de alto costo	1 de cada 65 Pacientes con AR	11 a 33
Cáncer Incidencia Río Negro Prevalencia OMS	215,9 c/100.000 hab./año 20 mil en 6.709 mil	304,42
Diálisis Crónica	615 Millón de hab.	87
Discapacidad	7 Cada 1000 hab.	987
Hemofilia	30-40 Millón de hab.	4 a 6
Hormona Crecimiento		
Esclerosis Múltiple	11-21 c/ 100.000 hab. (FNR Uruguay)	15 a 30
VIH-SIDA	Prevalencia 0,2% Incidencia VIH: 10,4 x 100.000 hab. SIDA: 2,8 x 100.000 hab.	Prevalencia 283 Incidencia VIH: 15 SIDA: 4
Trasplante (Incucai)	31 x 1 millón hab.	4
CV By Pass Coronario Media de países OCDE	67,3 c/100.000 hab.	95
Angioplastía media de los países OCDE	260,3 c/100.000 hab.	367

Artritis reumatoidea:

Prevalencia de 0,3 a 1,5% en todas partes del mundo. Cecil Tratado de Medicina interna 21° Edición.

Dr. Miguel Albanese, Sociedad Uruguaya de Reumatología "hacia un registro nacional..."

Cáncer:

Incidencia: Reporte del Registro de Cáncer de Base Poblacional de la Provincia de Río Negro. Período 2001-2005

Prevalencia: OMS 2002 "Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre política y Gestión. Resumen de orientación"

Diálisis Crónica:

Felipe Inserra "Enfermedad renal crónica y sus factores de riesgo en la Argentina" .Director Médico del Programa de Salud Renal de Fresenius Medical Care Argentina.

Discapacidad:

M. Domínguez: Perspectiva del programa de Cobertura de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad en las Obras Sociales Nacionales: Según la OMS: el 7% población general tiene discapacidad. De esta el 10% requiere algún tipo de asistencia.

VIH-SIDA:

Prevalencia OPS Prevalencia en Uruguay

Incidencia: Boletín sobre VIH y SIDA en Argentina Año XI Número 25 Agosto 2008. Tasas de Río Negro describe sobre la tasa de incidencia de VIH de 10,4 y de SIDA de 2,8 por 100 mil habitantes.

Los datos de prevalencia que reporta EEUU son de 27,3 casos cada 100 mil habitantes, con una estimada en base a cálculos estadísticos de 0,6% en los varones y de 0,1% de las mujeres están infectados

Esclerosis Múltiple: Fondo Nacional de Recursos

Angioplastia y Cirugía by pass: ^{xlviii}

A partir de la observación los datos estimados se hizo una comparación con los datos reales de los afiliados con diagnóstico de cada enfermedad o tratamiento recibido analizado y se obtuvieron los datos que determinarían el porcentaje de la cobertura de la población, es decir, el componente "ancho" en la "cobertura 3 D":

Cobertura poblacional (ancho de cobertura 3D)

Enfermedad/ tratamiento	Casos esperados para I.Pro.S.S. en base a datos de la literatura	Casos Reales I.Pro.S.S. bajo tratamiento	% Cobertura
Artritis reumatoide:	705 a 2.115	Sin datos de AR totales	
Pacientes con uso de medicamentos de alto costo	11 a 33	56	+170% a +409%
Cáncer Incidencia Río Negro	304,42		
Prevalencia OMS	420	561	134%
Diálisis Crónica	87	109	125%
Discapacidad:	987	570	58%
Hemofilia	4 a 6	8	133% a 200%

Esclerosis Múltiple	15 a 30	25	83% a 167%
Hormona crecimiento		14	
VIH-SIDA	Prevalencia 283 Incidencia VIH: 15 SIDA: 4	84	30%
Trasplante (Incucai)	4	14	350%
CV By Pass Coronario Media de países OCDE	95	56	59%
Angioplastía media de los países OCDE	367	49	13%

En términos de cobertura poblacional, comparada la real sobre la estimada esperada sobre datos de la literatura, son notorios los porcentajes de “sobre cobertura” en artritis reumatoidea, cáncer, diálisis, hemofilia y trasplante, por lo que se debería ajustar el análisis para determinar este grado de dispersión con respecto a las frecuencias esperadas. De todas maneras una de las posibilidades es que al analizar un año y pocas cantidades de casos, pequeñas variaciones en los números reales, en términos porcentuales, implican gran dispersión.

En los casos de baja cobertura poblacional, como es el caso de discapacidad y VIH-SIDA, podría también ser producto de los subregistros que existen en el medio, pero también es una realidad de baja captación de habitantes con estas patologías.

Con los datos de baja tasa de uso de angioplastía y de by-pass coronario, en principio se puede asumir un porcentaje de mala calidad de registro. Pero dada la existencia de un sólo gran centro, donde se atienden el 90-95% casos de la provincia de Río Negro, disminuye la probabilidad de mala calidad de registro de prestaciones. Un dato importante es determinar las causas de muerte por enfermedad coronaria, que serviría para estimar si existe una correlación entre la baja prestación de angioplastía y by-pass coronario estimada y un incremento esperado de las muertes por enfermedad coronaria. Es importante destacar que existe una tendencia a registrar las causas de muerte como “Paro Cardiorespiratorio” cuando muchas veces son otras, lo que dificulta este análisis, aunque los porcentajes de muertes por causas cardiovasculares en Río Negro están dentro de los porcentajes nacionales. Por lo tanto, podríamos estimar que es un número adecuado prestacional y se deberían determinar las causas diferenciales que llevan a tener menor tasa de uso que los datos internacionales (edad, hábitos de vida, enfermedades crónicas como hipertensión, dislipemia, etc.), los cuales son objeto de otro análisis.

4.6.3.-Cobertura de Servicios (“profundo del 3 D”)

Para las enfermedades analizadas no existen límites prestacionales en los servicios cubiertos, existiendo normativas de uso para los diferentes medicamentos como el protocolo de oncológicos desarrollado en base al Protocolo de la Academia Nacional de Medicina. Para los otros medicamentos están explicitadas sólo las enfermedades dentro de la normativa y la obligatoriedad de cobertura, no así guías online o protocolos de uso.

Existen otras patologías de alto costo como fibrosis quística, enfermedad de Gaucher, de Fabry, hipertensión pulmonar, etc. de menor incidencia que, cuando son diagnosticadas, se cubren por resolución especial otorgada individualmente.

Se puede estimar una cobertura entre el 95% al 100% de los tratamientos disponibles en la medicina actual de las enfermedades analizadas.

4.7. Matriz de análisis de los conflictos en base a los modelos imperantes con la asignación del gasto.

Existe en el lenguaje cotidiano un uso indistinto entre las descripciones de sistemas de salud, modalidad y modelos de salud, pero Marracino (1998) realiza una definición que clarifica el uso adecuado:

a.- SISTEMAS: Organización de la atención de la salud derivada de ciertas tendencias y de la aplicación sistemática de políticas, objetivos y metodología de planificación, programación y/o evaluación con coherencia ideológica.

b.- MODALIDADES: Son los distintos componentes de la estructura básica de la atención médica. Es decir: Modalidades de Cobertura.- Modalidades Contractuales.- Modalidades Prestadoras.

c.- MODELO: Se utiliza indistintamente este término en el lenguaje de uso cotidiano como sinónimo de sistema de salud o modalidad de la atención médica. No obstante lo definimos como las articulaciones de las modalidades de la atención médica originadas como consecuencia de los diversos procesos de desarrollo y crisis no programadas.

Lo que sucedió en Argentina, con grandes olas de modelos: a) modelo higienista del 1900, b) modelo curativista o hegemónico de 1950, c) modelo de reforma de 1980 y d) modelo de rectoría de 2000, de acuerdo a la hipótesis propuesta de presencia simultánea de modelos en cada decisión y organización, generó dichos conflictos, que han hecho aún más ineficiente a la organización sanitaria.

De la observación de los modelos, se advierte que predomina el modelo hegemónico-curativista, tanto en la demanda como en la oferta. Como lo demuestra el trabajo de D. Maceira (2008), existe un predominio de cobertura de consultas curativas sobre las preventivas y para estudios o análisis; tendencias que se acentúan en los quintiles de menor ingreso sobre todo en el quintil II y III, con una equiparación en el quintil de máximo ingreso (V).

En el caso analizado se observa que el gasto está concentrado en más del 70% en prestaciones de segundo y tercer nivel (alto, mediano y parte del bajo costo).

Coinciden con algunas estimaciones que dan una relación entre el volumen de atención y el gasto por nivel, de acuerdo al siguiente detalle:

Niveles de Atención	Volumen Atendido	Distribución del gasto
3° Nivel	3%	55%
2° Nivel	12%	35%

1° Nivel	85%	10%
----------	-----	-----

A partir del cruce de las tendencias o modelos con el gasto se pueden inferir los grandes conflictos que está atravesando el sistema de salud en la puja distributiva y de poder político, al priorizar una inversión sobre otra.

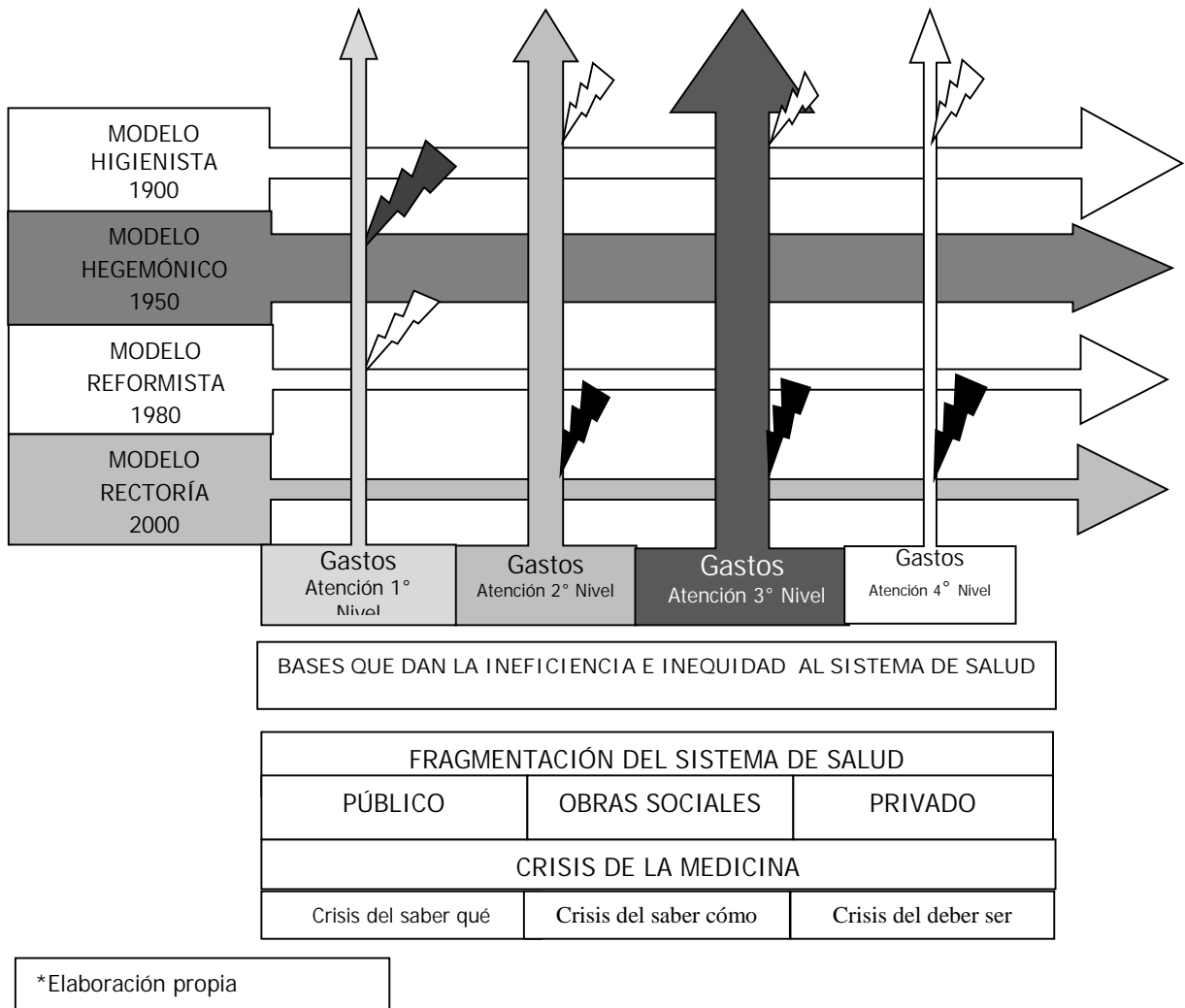
Se anexa el cuarto nivel, que Ortun Rubio denomina prevención cuaternaria de los “www” ‘Wealthy, well and worried’ (Ricos, saludables y preocupados). Una excesiva orientación hacia el usuario (la salud como producto a consumir) puede llevar a dedicar muchos más recursos a quienes menos lo necesitan. En las zonas donde el número de “www” sea mayor, la morbilidad también será mayor, lo cual atraerá más inversión y más gasto corriente. En este sector de demanda no existe concordancia del esquema socio-sanitario, donde la necesidad y la demanda tienen una relación con la oferta, determinando lo descrito como demanda innecesaria, demagogia social (demanda con oferta y sin necesidad) o derroche sanitario (oferta sin necesidad ni demanda). Es el grupo que determina la tendencia preocupante descrita por el OMS como “medicina inversa”.

Sobre esta base de razonamiento, se observa el entrecruzamiento de las tendencias de los modelos con las tendencias del gasto. Los vectores que por su tamaño determinan la importancia en el sistema (a mayor tamaño mayor preponderancia) y con una imagen de rayo se resalta donde están presentes los mayores conflictos:

- Asignación del gasto del 1° Nivel: conflicto con el modelo hegemónico y de reforma.
- Asignación del Gasto 2° Nivel: en concordancia con el modelo hegemónico y de reforma con conflicto con las tendencias del modelo de rectoría.
- Asignación del Gasto 3° Nivel: en concordancia con el modelo hegemónico y gran conflicto con el modelo de rectoría.
- Asignación del Gasto al 4° nivel. Desarrollado en base al modelo hegemónico con alta conflictividad con el modelo de rectoría.

Esta hipótesis de matriz de conflictos se da sobre la base de un sistema de salud fragmentado y en profunda crisis de la medicina, como queda expuesto en el marco teórico, determinando un escenario de alta incertidumbre en un contexto mundial donde las certezas son el bien escaso por excelencia.

Ilustración 1, Bases de la crisis del modelo de salud Conflictos entre tendencias de modelos históricos y gastos por nivel de atención



Teniendo el resultado de estos modelos y tendencias, en la prestación de la atención de salud, las cinco tendencias de fallos, que la OMS describe en el "Informe de la salud en el mundo 2008: La atención primaria más necesaria que nunca", son:

Atención inversa. Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores - son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados

casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos; por otra parte la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación.

Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.

Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

Estos requieren de reformas en el camino planteado por Ortun Rubio como “cambios radicales parciales” alineados para lograr resolver esta maraña de intereses sumamente enraizados, que se fortalecen en las invariancias institucionales ^{xlix}, requiriendo de esfuerzos iniciales y también permanentes por las tendencias de regreso (“Vara de Pareto”) al estado previo que tenía una lógica conocida con actores y roles determinados.

4.8.- Resumen de análisis de países detallados:

	Modelos Ideales	Modelos Evans	Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS): priorizadas	Enfermedades Catastróficas		
	Financiamiento	Inputs – outputs		Fondo	CPS	
	Cobertura población			Especial		
ARGENTINA	Modelo Mixto:					
	Htal público: Carenciado	Modelo público integrado: se financia oferta. Salarios	No	No	No	
	Financia el 22% del total de salud. Rentas generales					
	Cubre el 37,7% de población					
	OOSS: Trabajadores formales-	Modelo seguro obligatorio con contratos asegurador/prestador	OOSS provincias: NO OOSS nacionales PMO: identifica prestaciones no priorizadas por carga de enfermedad	No	APE (acceso sujeto a restricción presupuestaria y política)	No
	Financia 33% del total de salud. Contribución y aportes					
	Cubre el 54,2% de población					
Prepagas: altos ingresos- Desembolso directo (bolsillo)	Modelo contrato voluntario Modelo Voluntario Integrado	2010 proyecto de cumplir el PMO, sin priorización de carga de enfermedad	Algunas con primas especiales	Según contrato		
Prepagas: financia el 22% del total de salud. Primas y cuotas. Desembolso directo financia el 34% del total de salud. Privado total: 56%						
Prepagas cubre el 8,1% de población						

	Modelos Ideales	Modelos Evans	Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS): priorizadas	Enfermedades Catastróficas	
	Financiamiento	Inputs – outputs		Fondo Especial	CPS
	Cobertura población				
URUGUAY	Modelo Mixto:				
	Htal público: Carenciado	Modelo público integrado: se financia oferta. Salarios	No	Sí FNR Financia 100% Publico	Sí
	Público Financia total de salud el 28,6% Rentas generales				
	Cubre 45,5% población 34% con cobertura explícita y 11,8% sin carnet				
	IAMC: Trabajadores formales, clase alta	Modelo seguro voluntario con integración entre asegurador/prestador	NO	Sí FNR Financia 100% Público	Sí
Privado financia total de salud: 71,4% Cuotas prepagas Impuesto trabajo para enfer. Trabajo Copagos					
Cobertura Población IAMC: 47% Fuerzas Armadas: 6%					

	Modelos Ideales	Modelos Evans	Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS): priorizadas	Enfermedades Catastróficas	
	Financiamiento	Inputs – outputs		Financia	CPS
	Cobertura población			miento Especial	
CHILE	Modelo Mixto:				
	Pública: FONASA: seguro cubre carenciados y trabajadores Modalidad Institucional y M. Libre elección con copagos de acuerdo a ingresos	Modelo de seguro obligatorio con contrato asegurador/prestador (hospital y privados)	Sí AUGE o GES	Sí Financia 100% según el deducible	Sí
	Público Financia el 69,6% total. Directo 32,1%. Aporte fiscal 30,65% y municipal 1,6% Indirecto 37,5% (al seguro público 16,7% y seguro privado 20,8%)				
	Cobertura 68,6% población				
	Obra Social Fuerzas Armadas	Modelo seguro obligatorio con contratos asegurador/prestador (privados)	Sí AUGE o GES		
	Cobertura 2,6% Población				
	ISAPRES: Trabajadores formales y clase alta	Modelo de seguro voluntario con contrato asegurador/prestador (hospital y privados)	Sí AUGE o GES	Sí Financia 100% En gral. puede existir pase al FONASA en estos casos	Sí
Privado financia 30,4% total de salud: Cotizaciones Voluntarias 6,7%, Copagos: 9,5% Medicamentos: 12,1%					
Cobertura 16,8% Población					

	Modelos Ideales	Modelos Evans Inputs – outputs	Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS): prioritizadas	Enfermedades Catastróficas	
	Financiamiento			Financiamiento Especial	CPS
	Cobertura población				
MÉXICO	Modelo Mixto:				
	Público: Carenciado, trabajadores del sector informal, desempleados Seguro Popular	Modelo público integrado: se financia oferta. Salarios Sin cobertura: hospital SP: hospital y prestadores de seguridad social	Sí Población con SP CASSCO: Catalogo Servicios Salud a la Comunidad; básicos CAUSES Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (1° y 2° nivel) FPGC (enfermedades alta complejidad y catastróficas) No Población sin cobertura	Sí FPCG Financia 100%	Sí
	Público Financia total de salud el 67% Rentas generales				
	Cubre 42% población (26% Seguro Popular 14% sin cobertura explícita)				
	Seguridad Social: IMSS Trabajadores formales estatales ISSTE, privados IMSS, fuerzas armadas, petroleros: PEMEX	Modelo de seguro obligatorio con contrato asegurador/prestador: (prestadores propios)	Sin priorización		
	OOSS financia total de salud:				
	Cobertura Población IMSS: 46% ISSSTE: 10% Fuerzas Armadas: 2%				
Prepagas: alto ingreso	Modelo seguro voluntario con integración entre asegurador/prestador (privado)				
Privado financia: primas o cuotas: 4% Gasto bolsillo: 29%					
Cobertura del 2%					

	Modelo Ideales	Modelos Evans	Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS): priorizadas	Enfermedades Catastróficas	
	Financiamiento	Inputs – outputs		Financiamiento Especial	CPS
	Cobertura población				
COLOMBIA	Modelo Mixto:				
	Público: Carenciado,	Modelo público integrado: se financia oferta. Salarios (hospitales)	Sí PAB 2007: Plan Nacional de Salud Pública		
	Público Financia total de salud el 20%				
	Rentas generales Cobertura 15%				
	Seguridad Sociales: POS Solidario POS C Régimen Especial Vinculados	Modelo de seguro obligatorio con contrato asegurador/prestador (hospitales y privados: IPS)	Sí POS	Sí Con ajuste de la UPC SOAT seguro obligatorio o accidentes Transito Obligación de reaseguro	Sí
	Seguridad Social: financia 63% total de salud: 11% POS- S 39% POS-C 8% Vinculados 5% Regimenes especiales				
	Cobertura 80% población POS: 76%				
Prepagas: alto ingreso	Modelo seguro voluntario con integración entre asegurador/prestador (privados IPS)				
Privado financia:17% primas o cuotas:6% Gasto bolsillo: 8% SOAT: 3%					
Cobertura del 2%					

4.9.- Conclusiones y propuestas:

La falta de protección financiera es una “enfermedad” de reciente diagnóstico en los sistemas de salud. Luego de la identificación de las elevadas tasas de gastos catastróficos y empobrecedores en salud (GCES) en muchos países, la “enfermedad” fue reconocida internacionalmente. Se están desarrollando, probando y aplicando tratamientos a nivel del sistema de salud y los avances están siendo monitoreados y evaluados. El síntoma más evidente de esta “enfermedad” es que las familias no sólo sufren la carga de la enfermedad, sino también la ruina económica y el empobrecimiento derivado de financiar la prestación médica con sus propios recursos. Es el riesgo social que tienen los hogares de caer en la pobreza o de profundizar su empobrecimiento.¹

De las reformas leídas, la transformación llevada a cabo por México muestra dos características claves: inversión para mejorar el sistema de información sanitaria y reducción de desigualdades, aumento de coberturas efectivas y disminución del gasto catastrófico. El paquete explícito de prestaciones de salud es una potente herramienta, con las características de separarse en prestaciones básicas y del fondo de enfermedades catastróficas y alta complejidad, lo que sirvió no sólo como herramienta de financiamiento de estas enfermedades, sino también como elemento de negociación con los diferentes actores con intereses creados ya que también buscó incorporar a la clase media, lo que rompió una tendencia a realizar reformas en salud focalizadas en las personas pobres, fundadas sólo en prestaciones de primer nivel, lo que reforzaba la idea: “reformas dirigidas sólo a los pobres son reformas pobres”. Este concepto es reforzado por la OMS al sostener que las políticas enfocadas exclusivamente a entregar bienes y servicios a los pobres pueden estar equivocadas.ⁱⁱ Colombia se suma con la importancia de una lógica dialéctica de “renovación conservando”, usando lo ya establecido como base para realizar los cambios que se consideran necesarios y el procedimiento de alineación de actores con funciones específicas orientados a resolver las enfermedades de la población y no sólo las “enfermedades” de sistema.

En la experiencia de Chile, se observan como una potente herramienta la Carta de Derechos y las Garantías Explícitas de Salud, lo que da cobertura poblacional, financiera, prestacional y de calidad, al imponer los tiempos en lo que debe ser resuelta la necesidad en tanto que Uruguay agrega la experiencia de la red prestacional debidamente regulada con una normativa de guías clínicas y administrativas de cuándo y cómo se deben prescribir las prestaciones enmarcadas dentro del Fondo Nacional de Recursos.

En síntesis, queda claro que todos los países analizados avanzaron en reformas integrales orientadas en las enfermedades de la población más que en las enfermedades del sistema y dentro de estas enfermedades adquirieron importancia las enfermedades de alto costo/catastróficas como problema de salud con alto impacto económico social.

El trabajo demuestra el peso del gasto, destinado a la cobertura de las enfermedades de alto costo de la obra social analizada, la cual no tiene gran dispersión con respecto a la bibliografía expuesta.

Con la magnitud de casi el 30% del gasto destinado a menos del 1,5% de la población bajo cobertura con enfermedades de baja prevalencia, requiere de la organización de la obra social una alta carga laboral (auditorías, incorporación al plan prestacional específico, gestión de compras y suministros de insumos, controles de prestaciones, renegociación de valores con prestadores, recursos de amparos, etc.) destinada a resolver las demandas de este sector.

Estas características especiales, de lógicas específicas, exigen una organización exclusiva que financie y gestione la compra y distribución de los diferentes insumos y prestaciones médicas

en forma centralizada para toda la población provincial, lo que permitiría una economía de escala (eficiencia) y, desde un universalismo, lograr una distribución homogénea y equitativa de los recursos destinados a este grupo de enfermedades, con la externalidad de poder descargar de esta responsabilidad de gestión y financiamiento a las dos instituciones provinciales (Ministerio y Obra Social), lo cual las impondría a realizar mejoras en las gestiones y financiamiento del 1° y 2° nivel asistencial.

Fortalecer el rol activo del Estado en salud, buscar mayor unificación e integración del modelo de salud con la mejora de la equidad distributiva, para dinamizar la cohesión social, serán los mayores determinantes de las políticas públicas de las que dependerá la salud de la sociedad argentina.ⁱⁱⁱ

4.9.1. Propuesta:

Uno de los retos más importantes de los sistemas de salud es generar mecanismos de financiamiento eficiente, justo y sustentable que ofrezcan una protección financiera universal. El concepto de que las enfermedades catastróficas/alto costo son la máxima representación del gasto de bolsillo es directamente perjudicial para las familias y mayormente para las más pobres. Implica también un impacto negativo en la economía en general ya que se ha demostrado una relación inversa entre el nivel de desarrollo económico de un país y el grado en que el sistema está financiado por el gasto de bolsillo. ^{liii}

Con las experiencias de las diferentes reformas durante la década del 90 realizadas en Latinoamérica y con logros que no coinciden con el esfuerzo, debido a dificultades en la aplicación de políticas técnicamente correctas que adolecieron de un marco de implementación claro y a los asumieron como amigables o neutros a las reformas propuestas ^{liv}, se construyó una propuesta con los actores políticos claves dentro de un marco legal ya diseñado y en un área con pocos actores fuertes (tres) con intereses económicos regionales.

De los países analizados se observa la importancia clave que tuvieron los marcos normativos creados dentro de una ley general. La provincia de Río Negro posee la Ley N° 3280, con la cual se crea el Seguro Público de Salud que sostiene objetivos semejantes a los propuestos por las distintas experiencias analizadas:

- a) Proveer de cobertura explícita para la atención de la salud a todos los rionegrinos sin acceso a la seguridad social u otras formas de protección privadas o de cualquier otro tipo,
- b) Promover la incorporación al mismo de la cobertura brindada a través de otras obras sociales, mutualidades, seguros, etcétera, con actuación en el ámbito provincial, tendiendo a la conformación de un órgano único de financiamiento y regulación en la materia,
- c) Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos dentro del sistema de salud, eliminando los subsidios públicos indeseados, desarrollando una estructura de costos, focalizando el destino de los fondos públicos para la atención de la población sin cobertura e incentivando el mejoramiento de la cobertura, la accesibilidad, la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud y
- d) Establecer mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a los prestadores del Seguro, tendientes a asegurar los objetivos anteriormente señalados, estimulando la competencia y la asociación entre los prestadores, en el marco del concepto de Red Prestadora Integral público-privada de carácter provincial.

Dentro de los componentes del seguro están el desarrollo de: Programa de Identificación de Beneficiarios (PIB), Programa de Cobertura Básica (PCB), Programa de Evaluación de Calidad (PEC), Programa de Contrato de Gestión y Modalidades Pago (PCG) y Programa de Atención a las Personas y Red prestadora Integral, además de crear un Consejo Consultor Permanente de carácter participativo con la función de supervisar los diferentes componentes del seguro, como la capacidad de proponer las modificaciones necesarias.

En el cuerpo del financiamiento, el flujo provendrá de rentas generales y de fondos derivados de diferentes convenios con las diferentes obras sociales, prepagas o mutuales que tienen beneficiarios en la provincia, pero con un artículo especial, el N° 5, para la creación de un Fondo Permanente destinado a gastos por prestaciones de alta complejidad y baja frecuencia (catastróficas).

Con respecto a la implementación, el Poder Ejecutivo deberá reglamentar la estructura pública responsable de administrar los servicios del Seguro Provincial de Salud.

Luego del análisis de los modelos de diferentes países y la experiencia provincial de creación de una normativa de avanzada, que no pudo ejecutarse por su globalidad, resistencia de los diferentes grupos de intereses provinciales y voluntad política, se advierte la posibilidad de aplicar de manera progresiva la ley del Seguro Provincial de Salud, para iniciar una solución acotada, pero radical, a la compleja y heterogénea problemática de la organización de la atención de la salud al contar con un pormenorizado análisis de los gastos y de las prestaciones de las enfermedades de alto costo/catastróficas.

Para ello se propone:

1. Crear un seguro de enfermedades de alto costo (SEAC) universal, dentro de la Ley 3280.
2. Reglamentar los componentes: Programa de Identificación de Beneficiarios ampliándolo a un programa de Historia Clínica Básica Provincial Digitalizada, Programa de Cobertura Básica inicialmente de enfermedades catastróficas hoy cubiertas y avanzar en 1° nivel dentro del año y 2° y 3° nivel el segundo año.
3. Crear el Fondo Permanente para Enfermedades de Alto costo/ catastróficas, con financiamiento de rentas generales (para ciudadanos sin cobertura y afiliados de obra social provincial) y de convenios con PAMI y obras sociales nacionales reunidas en la Administración de Programas Especiales (APE) de la Superintendencia de Seguros de Salud, fundamentalmente.
4. Reglamentar como estructura administrativa responsable de administrar los servicios del Seguro de enfermedades de Alto Costo a la Empresa Pública Horizonte Sociedad del Estado.
5. Exigir la toma de reaseguro por parte de Horizonte, para darle sustentabilidad al sistema.
6. Constituir el Consejo Consultor Permanente.

Esto podría generar un "leading case" dadas las características de primer seguro universal de enfermedades de alto costo con gerenciamiento por una empresa de seguros de capital a predominio público, siendo un principio de solución al problema que genera el federalismo, ante el intento de tener un seguro nacional propuesto por varios proyectos en estudio en la Nación en diferentes gestiones.

Bibliografía

-
- i Beebe, J. (1988) Medicare Reimbursement and Regression to the Regression to the mean” Health Care Financing Review”, Van Vliet, R. Van Ven (1992) “How Can We Prevent Cream Skimming in Competitive Health Insurance Market” Health Economics Worldwide.
- ii J. Colina (2008), “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina”.
- iii Ortún Rubio, capítulo 5 “Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta”.
- iv www.federicotobar.com.ar (¿Cuánto cuesta ganar un año de esperanza de vida?).
- v Tobar (1998), Herramientas para el análisis del sector salud.
- vi González García, G. / Tobar, F. (2004), *Salud para los argentinos*, Ed. Isalud, Bs. As.)
- vii www.cta.org.ar/base/rubrique.php3?id_rubrique=56
- viii Gottert y Schieber, 2006.
- ix Elías, Juana: Morfología del Mercado de salud en Argentina. Evolución histórica y análisis comparativo. Tesis presentada como requisito parcial para la obtención del título de Magíster en Economía y Gestión de la Salud, Ed. Isalud, Bs. As.
- x Gaspar Tamborero Cao. “Equidad en salud, meta aún no alcanzada (comentario) Gestión clínica y sanitaria”, Vol. 9, N° 2 (verano 2007).
- xi J. Colina (2008) “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina” del Instituto de Cs. del Seguro Mapfre y una cuarta sacada del sistema de seguridad social colombiano (Ministerio de Salud Pública-República de Colombia. Resolución 5261 – 5 de agosto de 1994. Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud de Colombia).
- xii F. Tobar ¿Qué aprendimos de las reformas de salud? evidencias de la experiencias internacional y propuesta para Argentina, Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- xiii Toro Jiménez, W R. (2008) “Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una entidad promotora de salud colombiana”, Ed. Electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/tesis/wrtj/
- xiv Knaul y otros 2006, CEPAL, Serie financiamiento para el desarrollo N° 219.
- xv Health Care System in Trasition: sweden, european observatory on health care system. Copenhagen: Forthcoming: WHO regional office for Europe 2001.
- xvi Organization for Economic Cooperation and Development OECD Health Data 2000 Paris OECD 2000 www.oecd.org.
- xvii OMS “Informe de la salud en el mundo 2008: La atención primaria más necesaria que nunca”
- xviii D Olesker, Estudio comparado de los países del Mercosur y Chile

-
- xix Claudia Madies y otros, Aseguramiento y Cobertura: dos temas criticos en las reformas del sector de la salud, *Pan Am J Public Health* 8 (1/2) 2000.
- xx D. Maceira: 2008, Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia Argentina.
- xxi I. Malach y colab, “Creación de una agencia reguladora del seguro nacional”.
- xxii Oscar Cetrórgolo Florencia Devoto Ed. 2002 – Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los noventa e impacto de la crisis actual”
- xxiii Tobar, Federico, Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.
- xxiv Oscar Cetrórgolo y Florencia Devoto (2002), *Organización de la salud en Argentina y equidad: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*.
- xxv González García, G./ Tobar, F. (2004), *Salud para los Argentinos*, Ed. Isalud, Bs. As.
- xxvi OPS2002 “Perfil del sistema de Servicios de Salud de Uruguay” 2da. Edición mayo 2002. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de OPS.
- xxvii OPS2002 “Perfil del sistema de Servicios de Salud de Uruguay” 2da. Edición mayo 2002. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de OPS.
- xxviii OPS2002 “Perfil del sistema de Servicios de Salud de Uruguay” 2da. Edición mayo 2002. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de OPS.
- xxix OPS2002 “Perfil del sistema de Servicios de Salud de Uruguay” 2da. Edición mayo 2002. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de OPS.
- xxx OPS2002 “Perfil del sistema de Servicios de Salud de Uruguay” 2da. Edición mayo 2002. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de OPS.
- xxxi J. Colina 2008, “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina” del Inst. De Cs. Del Seguro, Fundación Mapfre.
- xxxii J. Colina 2008 “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina” del Inst. De Cs. Del Seguro, Fundación Mapfre.
- xxxiii Joan Rovira y col. 2003. Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivo, diseño y aplicación, OPS, OMS.
- xxxiv J. Colina 2008 “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina” del Inst. De Cs. Del Seguro, Fundación Mapfre.
- xxxv Rafael Urriola: 2006 Chile: protección social de la salud *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 20(4), 2006 273.
- xxxvi J. Colina 2008 “Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina” del Inst. De Cs. Del Seguro, Fundación Mapfre.
- xxxvii U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México, CEPAL, serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.

-
- xxxviii U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México CEPAL serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.
- xxxix U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México CEPAL serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.
- xi U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México CEPAL serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.
- xii U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México CEPAL serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.
- xiii Toro Jimenez, W R.: (2008) “Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud colombiana, Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/tesis/wrtj/
- xiiii U. Giedion- 2009. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: El caso de Colombia y México CEPAL serie Financiamiento del Desarrollo N° 219.
- xliv Tobar, F. (1998) “Herramientas para el análisis del sector salud.”
- xliv D. Maceira. Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud La experiencia Argentina Enero 2008. CIPPEC: Centro de Investigación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento.
- xlvi Beebe, J. (1988) Medicare Reimbursement and Regression to the Regression to the mean” Health Care Financing Review, Van Vliet, R. Van Ven (1992) “How Can We Prevent Cream Skimming in Competitive Health Insurance Market” Health Economics Worldwide.
- xlvii Walter Toro wtoro@etb.net.co
- xlviii F Tobar 2010. Regulación de servicios de salud de alta complejidad en las Provincias de Río Negro y Neuquén. Informe elaborado por la Fundación Salud y Fármacos por un equipo integrado por Federico Tobar y Esteban Lifschitz. El trabajo fue realizado entre noviembre de 2009 y enero de 2010. Fundamentos, Alternativas Propuestas.
- xliv Etkin-Schvarstein- Identidad de las organizaciones: Invariancia y cambio.
- I F. Knaul y col. (2007) Las evidencias benefician al sistema de salud: reformas para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Salud Pública de México/ Vol 49, suplemento 1 de 2007.
- li E. Gakidou y Col. 2007. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial- Salud pública de México/ Vol.49.suplemento 1 2007.
- lii F. Tobar (1997)
- liii F.Knaul y col. (2007) Las evidencias benefician al sistema de salud: reformas para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Salud Pública de México/ Vol49 suplemento 1 de 2007.
- liv D. Maceira(2007) Economía Política de las Reformas de Salud: Un Modelo para Evaluar Actores y Estrategias. Nota Técnica de Salud No. 2/2007 Marzo 2007 **Banco Interamericano de Desarrollo** Washington (DC) Departamento de Desarrollo Sostenible.

ANEXO I

DE LA CREACIÓN DEL SEGURO

Artículo 1º - Créase el Seguro Provincial de Salud (SPS), en el ámbito del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP), que será el organismo responsable de la implementación de las políticas correspondientes.

DE LOS OBJETIVOS DEL SEGURO

Artículo 2º - Serán objetivos del Seguro Provincial de Salud:

a) Proveer de cobertura explícita para la atención de la salud a todos los rionegrinos sin acceso a la seguridad social u otras formas de protección privadas o de cualquier otro tipo.

b) Promover la incorporación al mismo de la cobertura brindada a través de otras obras sociales, mutualidades, seguros, etcétera, con actuación en el ámbito provincial, tendiendo a la conformación de un órgano único de financiamiento y regulación en la materia.

c) Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos dentro del sistema de salud, eliminando los subsidios públicos indeseados, desarrollando una estructura de costos, focalizando el destino de los fondos públicos para la atención de la población sin cobertura e incentivando el mejoramiento de la cobertura, la accesibilidad, la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.

d) Establecer mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a los prestadores del Seguro, tendientes a asegurar los objetivos anteriormente señalados, estimulando la competencia y la asociación entre los prestadores, en el marco del concepto de Red Prestadora Integral, público-privada, de carácter provincial.

A tales efectos el SPS se constituirá como un mecanismo de aseguramiento público de los riesgos que, en materia de atención de la salud, deban afrontar todos los habitantes de la Provincia de Río Negro que no posean otra cobertura para los mismos y los que, a través de convenios o adhesiones correspondientes, transfieran a la órbita del SPS la atención de dichos riesgos, en forma grupal o individual. Preservará en su accionar el carácter solidario del financiamiento público.

DE LOS COMPONENTES DEL SEGURO

Artículo 3º - A efectos del cumplimiento de los objetivos propuestos, serán considerados componentes del SPS los siguientes Programas:

-
- a) Programa de Identificación de Beneficiarios (PIB): es el componente cuyo objeto es elaborar y mantener actualizada la base informativa que describe a los beneficiarios del SPS. Su cumplimiento será responsabilidad del CPSP.
 - b) Programa de Cobertura Básica (PCB): es el programa médico bajo cobertura del SPS, base sobre la cual se calculan los costos y valores del sistema, el que deberá establecer los mecanismos de excepción que correspondieran en caso de prestaciones no incluidas.
 - c) Programa de Evaluación de Calidad de los Prestadores (PEC): es el componente de monitoreo y difusión del cumplimiento de los estándares de calidad de la red prestadora del SPS, cuyos resultados deben difundirse entre los beneficiarios del mismo y serán la base para la contratación de los mismos por el SPS.
 - d) Programa de Contratos de Gestión y Modalidades de Pago (PCG): es el componente que relaciona la estructura administradora con los prestadores del SPS, en cuanto a los estándares, metas y formas de pago por las prestaciones brindadas a los beneficiarios.
 - e) Programa de Atención a las Personas y Red Prestadora Integral (PAP): define el modelo de atención a implementar y la conformación de la red prestadora integral (público-privada). Será responsabilidad del CPSP.

DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 4° - El SPS será financiado desde Rentas Generales de la Provincia, con la progresiva afectación de los recursos presupuestarios previstos para el CPSP; los fondos provenientes de convenios con la Seguridad Social, Seguros, Prepagos, etcétera; además de los legados, donaciones, fondos de otras jurisdicciones y otras transferencias de partidas que a tal efectos se dispongan. Para el caso de los hospitales públicos, la autoridad de aplicación dispondrá la metodología de transición desde las modalidades de pago y transferencia de fondos actuales, a la implementación plena de los mecanismos propios del SPS a tales efectos (PCG).

Artículo 5° - Créase, en el marco del Seguro Provincial de Salud, un Fondo Permanente destinado al financiamiento de gastos extraordinarios de prestaciones de alta complejidad e infrecuentes (catastróficos). Dicho fondo se integrará con recursos propios del Seguro y portes de otro origen que determine el Poder Ejecutivo en la reglamentación de la presente.

DE LA IMPLEMENTACION

Artículo 6° - El Poder Ejecutivo, a través de la autoridad de aplicación, establecerá por vía reglamentaria los plazos de implementación de los distintos componentes del SPS, los que deberán entrar plenamente en vigencia en un período no mayor a los dos (2) años a partir de la sanción de la presente Ley.

Artículo 7° - El Poder Ejecutivo determinará por la vía reglamentaria, la estructura pública responsable de la administración de los servicios del SPS, a través de un organismo diferente del de aplicación de la presente Ley. Dicha agencia deberá cumplimentar la administración de los fondos del SPS con arreglo a la reglamentación general y particular vigente y en el marco de las políticas fijadas por el Poder Ejecutivo, a través del CPSP. Coordinará con CPSP

todo lo atinente al desarrollo, la evaluación de la calidad de los prestadores y de contratos de gestión y modalidades de pago.

Artículo 8° - Serán prestadores del SPS todos los establecimientos dependientes del CPSP. La autoridad de aplicación deberá establecer los plazos máximos, que en ningún caso podrán superar el establecido en el artículo 6° de la presente, para su adecuación a las normas establecidas por el SPS en lo referente a cada uno de sus componentes.

DEL CONSEJO CONSULTOR PERMANENTE

Artículo 9° - El Poder Ejecutivo constituirá un Consejo Consultor Permanente del Seguro Provincial de Salud (CCP), presidido por la máxima autoridad pública del sector salud. El mismo estará constituido por representantes del Poder Ejecutivo, la Legislatura, los trabajadores de salud, los profesionales de los efectores públicos del área de salud, la estructura administradora del SPS y los prestadores de salud privados y de la seguridad social. Desempeñarán tal tarea con carácter honorario y su función será supervisar sobre el desarrollo de las funciones del SPS a través de la evaluación de sus diferentes componentes, así como proponer las modificaciones que considere necesarias. Anualmente este Consejo Consultor Permanente deberá presentar un informe detallado ante la Legislatura provincial.

ANEXO II

PROYECTO

VIEDMA,

VISTO: el Expediente N° XXX, del registro de XXX, y la Ley R N° 3280, y;

CONSIDERANDO:

Que el Artículo 59° de la Constitución de la Provincia de Río Negro establece que la salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana;

Que los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad;

Que el sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar;

Que mediante unidad de conducción, el Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley con participación de los sectores interesados en la solución de la problemática de la salud;

Que el Estado Provincial debe asegurar el acceso, en todo el territorio provincial, al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica;

Que el Seguro Provincial de Salud es una herramienta útil a los fines de lograr la equidad, la eficacia, eficiencia, universalidad y la sustentabilidad del Sistema Provincial de Salud;

Que el mismo describe acciones para el fortalecimiento del rol rector, regulador y de control del Ministerio de Salud Provincial;

Que el sistema de salud debe contar con un seguro para patologías de baja frecuencia y alto costo;

Que las enfermedades alto costo catastróficas -EAC- son aquellas que son poco frecuentes, que implican un manejo de alta complejidad técnica, y por ende un alto costo, y tienen una pobre relación de costo-efectividad en su tratamiento;

Que la implementación del seguro para enfermedades de alto costo debe ser progresiva;

Que el creciente gasto hace imposible sustentar en tiempo y forma el financiamiento de las enfermedades de alto costos;

Que un sector importante, y creciente, de la población se encuentra excluido de la atención de calidad, oportuna y de fácil accesibilidad dada la deficiencia en la financiación y administración de enfermedades de alto costo;

Que la ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles, hace a una distribución con intervenciones costo-inefectivas;

Que la inequidad en el acceso a los servicios, y los costos crecientes de la salud hacen que el gasto agregado del sector crezca a un ritmo superior al del ingreso, son una de las causas del desfinanciamiento de los sistemas de salud;

Que resulta importante regular el comportamiento de la demanda para el tratamiento de las ERC, y dimensionar de una manera real la oferta a su respecto;

Que se debe garantizar también el desarrollo científico y tecnológico de la medicina de más alta complejidad en la Provincia de Río Negro;

Que se debe evitar la selección adversa de los diversos grupos de bajos ingresos y alto costo de atención;

Que "la salud del sistema de salud, depende de la salud de la economía" (Londoño J.L.);

Que muchas veces las EAC se resuelven por medio de acciones Judiciales no acordes a las necesidades reales de los pacientes, congestionando al Sistema Judicial, provocando situaciones de inequidad social, y resolviendo cuestiones médicas funcionarios no profesionalmente preparados para ello;

Que aproximadamente en el dos por ciento (2%) de las personas afiliados al I.Pro.S.S. y de los pacientes asistidos por el Ministerio de Salud se invierte entre el veinticinco por ciento (25%) y el treinta por ciento (30%) del presupuesto total de recursos y gastos de ambos organismos;

Que los insumos representan el ochenta por ciento (80%) del gasto en enfermedades de alto costo, no resultando el recurso asistencial médico y los tecnológicos los que generan esta situación;

Que estas EAC están agrupadas en los planes especiales, oncológicos y prótesis traumatológicas, osteosíntesis y cardiovasculares;

Que han tomado debida intervención los Organismos de Control, la Asesoría Legal del Ministerio de Salud y del I.Pro.S.S., el Ministerio de Hacienda, Obras y Servicios Públicos, la Secretaría Legal, Técnica y de Asuntos Legislativos y Fiscalía de Estado a fojas vuelta;

Que el presente Decreto se dicta en uso de las facultades conferidas por el Artículo 181° Incisos 5) de la Constitución Provincial;

Por ello:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO

D E C R E T A :

ARTICULO 1°.- Aprobar la reglamentación de la Ley R N° 3280 que como Anexo Único forma parte del presente Decreto.

ARTICULO 2°.- Facultar al Ministerio de Salud a dictar las disposiciones complementarias que considere necesarias a efectos de la implementación del Seguro Provincial de Salud.

ARTICULO 3°.- Autorizar al Ministerio de Hacienda, Obras y Servicios Públicos a realizar las adecuaciones presupuestarias que considere necesarias para dar cumplimiento al presente Decreto.

ARTICULO 4°.- El presente decreto entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 5°.- El presente Decreto será refrendado por los Señores Ministros de Salud y de Hacienda, Obras y Servicios Públicos.

ARTICULO 6°.- Registrar, comunicar, publicar, tomar razón, dar al Boletín Oficial y archivar.

DECRETO N° _____

ANEXO ÚNICO DECRETO N°

Artículo 1°.- Sin Reglamentar.

Artículo 2°.- Sin Reglamentar.

Artículo 3°.- a) Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales Sociedad Anónima gestionará la aplicación y ejecución del Programa de Identificación de Beneficiarios de enfermedades de alto costo.

b) El Programa de Cobertura Básica de enfermedades de alto costo se extenderá a los insumos de planes de medicamentos especiales, oncológicos, prótesis traumatológicas, osteosíntesis y prótesis cardiovasculares de acuerdo al detalle que se agrega como Anexo a de la presente reglamentación. El mismo será adecuado conforme lo disponga una Comisión Técnica, integrada por dos (2) representantes del Ministerio de Salud, dos (2) representantes de la Administradora, y presidida por un representante designado por el Poder Ejecutivo Provincial a sus efectos.

c) Sin Reglamentar

d) Sin Reglamentar

e) Sin Reglamentar

Artículo 4°.- Sin Reglamentar.

Artículo 5°.- La asignación legal inicial de los recursos que integran el fondo serán equivalentes al gasto actual de insumos del Inciso b) del Artículo 3° que tienen el Ministerio de Salud y el I.Pro.S.S. La misma será establecida mediante Resolución del Ministerio de

Salud, se mantendrá como base mínima inalterable en los sucesivos ejercicios fiscales y se incrementará de manera proporcional a la variación de la prima de seguro establecida.

Artículo 6°.- Sin Reglamentar.

Artículo 7°.- Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales Sociedad Anónima gestionará y administrará el seguro de enfermedades de alto costo.

Artículo 8°.- Sin Reglamentar.

Artículo 9°.- Sin Reglamentar.