

LOS RIESGOS CATASTRÓFICOS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO



Lineamientos de propuestas para mejorar su cobertura

Este artículo es un extracto de un estudio realizado en IDESA sobre las dificultades que se presenta en la cobertura de las enfermedades financieramente catastrófica y las alternativas de política para un mejor funcionamiento. El estudio ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación MAPFRE Estudios de Madrid y su versión completa está publicada bajo el título *"Propuesta para un Sistema de Cobertura de Enfermedades Catastróficas en Argentina"*. En él se analiza el problema financiero que impone la cobertura de las afecciones que causan un severo daño en el cuerpo humano acarreado demandas de recursos sistemáticamente por encima del promedio poblacional. Se analizan sus especificidades, los regímenes especiales de cobertura y algunas alternativas de políticas para mejorar su cobertura efectiva en la Argentina.

Los problemas de las enfermedades financieramente catastróficas

Las enfermedades financieramente catastróficas son una fuente de creciente preocupación en el mundo. Enfermedades cuyos tratamientos son altamente costosos ya sea porque requieren una intervención de muy alto costo (como podría ser un trasplante o una cirugía de muy alta complejidad) o porque requieren tratamientos de manera repetitiva y prolongada en el tiempo (que es el caso típico de las enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares, secuelas de accidentes cerebrovasculares, SIDA, enfermedades mentales, discapacidades producidas por la vejez, etc.). Por esto, presentan un doble problema complejo de resolver. Por un lado, los tratamientos son los suficientemente caros como para comprometer la viabilidad financiera de un hogar de ingresos medios, por lo tanto, es difícil pensar que su financiamiento pueda ser librado a los gastos de bolsillo del hogar sin causar un quebranto importante en las finanzas de los hogares. Por el otro, son contingencias complicadas de cubrir con mecanismos de seguros sociales o seguros privados tradicionales debido a la certidumbre de que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demandará recursos consistentemente por encima del promedio. El alto costo y la certidumbre

hacen que las posibilidades de asegurar *apropiadamente* estos riesgos por mecanismos tradicionales actuando en competencia sean muy limitadas.

Los factores que explican esta imposibilidad pueden ilustrarse con dos conceptos. Uno es la "reversión lenta a la media" y el otro es la observancia o la posibilidad de identificar a las personas que demandan recursos por encima de la media. El primer concepto alude al hecho de que en salud una minoría de personas, que es la que más recursos consumen, se mantiene consumiendo consistentemente por encima del promedio por un periodo prolongado. Algunas evidencias internacionales son útiles para ilustrar este fenómeno.

En un estudio realizado sobre 35 mil personas en Holanda se pudo observar que el 1% de la población absorbió en el término de un año el 25% del gasto de esa población. El 5% más demandante llegó a consumir el 40%. El 95% restante consumió el restante 60% del gasto. Esto indica lo que ya muchos saben que las personas que sufren las enfermedades financieramente catastróficas son una minoría y consumen la mayor parte de los recursos. Sin embargo, no siempre es clara la relación que hay entre los que más consumen y su persistencia. Realizando un seguimiento del comportamiento del gasto en los años subsiguientes y respetando el ordenamiento del primer período, se pudo observar que el gasto de las personas tendía a la media. Es decir, las personas que más gastaron en el año inicial tendieron a gastar menos en los años subsiguientes

y las que gastaron poco en el año inicial tendieron a gastar más en los años subsiguientes. Este fenómeno se denomina "regresión a la media" que es lo que se observa en la generalidad de las poblaciones. Sin embargo, en el caso del gasto en salud la especificidad es que la convergencia es extremadamente lenta. El segmento de la población que más gastó en el año de referencia se mantuvo gastando por encima del promedio por varios años subsiguientes. En los cinco años subsiguientes, el 5% que más consumió al inicio siempre fue el grupo más gastador. Así, se dice entonces que el gasto en salud es de "regresión lenta a la media" (Beebe, 1988²; Van Vliet, 1992³).

Las evidencias de la experiencia internacional muestran entonces que cuando una persona presenta un alto nivel de gasto en un año es altamente pro-

Jorge Colina



jcolina@idesa.org

Economista, Master en Economía (Georgetown University), Master en Finanzas (University of Amsterdam). Actualmente investigador de IDESA en temas sociales (www.idesa.org).

¹ "Propuesta para un Sistema de Cobertura de Enfermedades Catastróficas en Argentina". Instituto de Ciencias del Seguro de la Fundación MAPFRE. Madrid. Cuadernos de la Fundación/120. Madrid, 2008.

² Beebe, J., (1988). "Medicare Reimbursement and Regression to the mean". *Health Care Financing Review* 9, pp. 9-22. 21. 25.

³ Van Vliet, R., Van de Ven, W., (1992). "Toward a Capitation Formula for Competing Health Insurers. An Empirical Analysis". *Soc. Sci. Med.* Vol. 34 N°9, pp. 1035-1048.



bable que esa misma persona se mantenga siendo un consumidor intensivo en por lo menos los próximos cinco años subsiguientes.

El segundo concepto que dificulta la correcta cobertura de las enfermedades catastróficas es la detectabilidad de las personas en riesgo a través de información de fácil accesibilidad como ser: a) días de enfermedad en los últimos 6 meses; b) consultas en los últimos 6 meses; o c) gasto en medicamentos en los últimos 6 meses.

Las personas que declaran haber estado enfermas por más de 14 días en los últimos 6 meses, serían personas con mayor probabilidad que el promedio de ser muy consumidoras de recursos médicos. En el estudio citado se observa que sólo un 5% está en estas condiciones y es precisamente el grupo que luego se mantiene gastando consistentemente por encima: más del doble del monto que se predeciría en función de sus atributos de edad, sexo y región geográfica. El segundo

factor de observabilidad es la cantidad de consultas en los últimos 6 meses.

Cuando el número supera las 3 consultas se estaría en presencia de personas que en promedio se mantendría gastando un 50% por encima de lo que indicarían sus atributos de edad, sexo y lugar de residencia. El tercer indicador, consumo de medicamentos en los últimos 6 meses, arroja que aquellas personas que gastaron en remedios por encima de un valor umbral son personas con mayor probabilidad de mantenerse gastando consistentemente por encima del valor esperado en función de su edad, sexo y región.

En suma, si un asegurador se informa de que una persona ha estado por más de 14 días enferma, ha realizado más de 3 consultas y ha gastado un suma por encima del promedio en medicamentos en los últimos 6 meses puede concluir que está frente a alguien que tienen altas probabilidades de ser una persona con altos riesgos de contraer una enfermedad *financieramente* catastrófica.

La implicancia de la "regresión lenta a la media" y la "observabilidad" es que hace de las enfermedades catastróficas riesgos difíciles de asegurar en regímenes de competencia. Dado que hay personas que con mucha certeza gastarán siempre por encima del promedio, y hay medios para identificarlas, los riesgos de discriminación son muy altos⁴. Esto deviene en que las personas quedan sin cobertura o con una cobertura muy imperfecta justo en el momento que más necesita de la protección financiera que es cuando aparecen las enfermedades catastróficas.

Aunque se adopte legalmente un principio de integralidad donde se obligue a las aseguradoras a asumir estos riesgos, si no se prevén los mecanismos financieros idóneos, irreversiblemente se producirán deficiencias en la cobertura por recursos financieros insuficientes, carencias, deterioros de la calidad y conflictos en torno a las obligaciones del asegurador (EBRI, 1988⁵; Van de Ven, & Schut, 1994⁶; Henke, K. y Schreyogg, J., 2004⁷).

El tratamiento de las enfermedades catastróficas en el mundo y en Argentina

En respuesta a estos problemas, en muchos países ya se han comenzado a diseñar soluciones especiales para estas enfermedades. Los diseños utilizados están fuertemente condicionados por la forma en que cada país tiene

organizado su sistema sanitario.

En países con tradición de cobertura universal, financiamiento estatal y mecanismos limitados de competencia, como Gran Bretaña o Canadá, las

tendencias son hacia las coberturas para las enfermedades catastróficas con los mismos mecanismos que los aplicados para enfermedades agudas. En países con tradición de seguros sociales, como Holanda o Alemania, las

⁴ La discriminación puede realizarse a través de la mera no aceptación de la afiliación como a través de métodos más sutiles dados por diseños de paquetes de prestaciones con muchas limitaciones y exclusiones que terminan generando una protección muy parcial o de mala calidad.

⁵ EBRI (1988). "Where Coverage Ends: Catastrophic Illness and Long-Term Health Care Costs". www.ebri.org.

⁶ Van de Ven, W., Schut, F., (1994). "Should Catastrophic Risks Be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market". *Soc. Sci. Med.* Vol. 39 N°10, pp. 1459-1472. 5.

⁷ Henke, K. y Schreyogg, J. (2004). Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands. ISSA Initiative. Findings & Opinions N° 15.

tendencias van en dirección a crear seguros sociales separados del seguro de agudos. En sentido opuesto se ubican países con tradición de seguros privados, como EEUU o los países industrializados del sudeste asiático, donde la dirección fue crear seguros especiales de naturaleza privada. Simultáneamente, en prácticamente todos los países desarrollados fueron apareciendo seguros privados de carácter voluntario destinados a brindar coberturas faltantes o complementarias a las que emergen de los seguros sociales. El auge de este tipo de instrumento asegurativo entre la población con capacidad de pago y en países desarrollados demuestra el nivel de conciencia que existe sobre las fallas que todos los sistemas, de una u otra forma, presentan a la hora de cubrir enfermedades catastróficas. En América Latina los países que abordaron mecanismos

especiales para este tipo de cobertura son Uruguay y Chile⁸.

En Argentina, en cambio, las enfermedades catastróficas no han sido tratadas con mecanismos especiales y ello ha traído problemas de falta de cobertura o de cobertura manifiestamente insuficiente y/o de baja calidad⁹. En el país se parte de una declaración básica que establece que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe velar por su provisión integral.

A partir de esta premisa, los seguros sociales existentes y los hospitales públicos deben entonces cubrir todas las intervenciones imaginables con muy pocas excepciones que se circunscriben a tratamientos en fase experimental o ligadas a la estética. Los seguros privados, por su parte, que se entienden que tienen planes bien definidos y

actuariamente consistentes, poco a poco van cayendo a fuerza de conflictos judiciales dentro de la misma lógica y están siendo obligados a brindar -igual que los seguros sociales y el hospital público- todo tipo de intervención que no esté en fase experimental.

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

¿Porqué en Argentina la cobertura de enfermedades catastróficas es imperfecta?

Las causas de la insuficiente cobertura y/o baja calidad de la cobertura pueden explicarse a partir de tres factores.

Primero, una inconsistencia actuarial estructural del sistema. Las promesas de prestaciones médicas resultan prácticamente infinitas en gran parte como consecuencia de que el sistema político es incapaz de asumir los costos de establecer límites acorde al régimen financiero vigente. Tanto el Programa

Médico Obligatorio (PMO), que es una promesa explícita de prestaciones, como los paquetes prestacionales del resto de los seguros sociales abarcan toda una gama imaginable de prestaciones con muy poca priorización de estados de necesidad o costo-efectividad de las intervenciones.

Las reglas de financiamiento, por su parte, están disociadas de los motorizadores del gasto ya que fijan como

principal fuente de financiamiento los impuestos al salario los cuales tienen una dinámica determinada por el ciclo económico y el mercado laboral, y, un agravante, que es la baja productividad laboral de muchas actividades con un alto componente de trabajo informal. Con lo cual, los recursos que se generan para hacer frente a las ambiciosas promesas de prestaciones que se hacen son exiguos. Un mandato legal sin mecanismos de gestión y financiamiento

⁸ En la versión extendida del estudio se presenta una descripción detallada sobre cómo funcionan estos mecanismos especiales de cobertura para las enfermedades catastróficas en los países mencionados.

⁹ Una excepción podría ser la Administración de Programas Especiales (APE) del sistema nacional de obras sociales pero este mecanismo -como se señalará más adelante- tiene tantas limitaciones que lo excluyen como un *sistema especial* de cobertura catastrófica asimilable al de los países mencionados.



apropiados terminan diluyéndose en el vicio del voluntarismo¹⁰.

Segundo, hay una segmentación institucional también estructural de todo el sistema de salud basado en la naturaleza sociolaboral de la población. Esto tiene dos consecuencias. En primer lugar, al estar la población atomizada en varios esquemas de cobertura que funcionan institucionalmente separados se imposibilita la conformación de grandes escalas. Esto, más el criterio sociolaboral de aglutinación, producen una segmentación adversa de los riesgos. Se aglutinan por un lado población de muy alto riesgo y con capacidades limitadas de generación de ingresos (ancianos y discapacitados), por otro, población de riesgo medio y bajo nivel de ingreso (obras sociales sindicales de bajo ingreso per cápita) y, por otro, población de bajo riesgo e ingresos medios y altos (obras sociales con ingresos per capita altos y medios, y prepagas); todos institucionalmente aislados. A su vez, la segmentación y

el desorden institucional del arreglo federal del país, esto es, la ambigüedad entre lo que maneja el gobierno nacional y lo que manejan las provincias, hace muy difícil una política de salud que tienda hacia un esquema unificador.

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

financieros o la persona no dispone de medios, puede recurrir, como última instancia, al hospital público. Esta es una regla implícita que nace de la noción de que el hospital público es el garante de hacer cumplir el mandato supremo de la salud como un derecho para todos por todos los servicios que una persona necesite. El hospital público termina siendo el último peldaño de una cadena de delegación espuria en donde la falta de recursos, la sobredemanda y el desorden administrativo se convierten en una negación de *facto* de la atención a las personas que sufren enfermedades catastróficas.

A partir de aquí es común encontrarse con llamados a la solidaridad, conflictos judiciales y pérdidas importantes de patrimonio individual de personas que requieren tratamientos altamente costosos por su complejidad, o que sufren enfermedades crónicas y complejas como SIDA/HIV, cáncer, enfermedades cardiovasculares o afecciones de salud mental.

Lineamientos para un sistema especial de cobertura a las enfermedades financieramente catastróficas

A partir de la experiencia internacional se analizaron varios esquemas con una multiplicidad de alternativas donde aparecen desde aseguramientos catastróficos de tipo individual y voluntario (los seguros privados complemen-

tarios de los países desarrollados), de tipo individual y coercitivo (Singapur), pasando por esquemas colectivos de reaseguros competitivos y voluntarios (Chile), hasta seguros monopólicos de cobertura universal y corte estatal

o semi-estatal (Holanda y Uruguay). Estas experiencias permitieron ensayar y analizar algunas variantes para la Argentina. Aquí sólo se presentará una de ellas por ser un esquema innovativo que podría ajustarse bien a las

¹⁰ No debe haber mejor ejemplo de este voluntarismo que el caso de la Administración de Prestaciones Especiales (APE). El mecanismo fue pensado originalmente como un esquema especial para gastos catastróficos dentro del segmento de las obras sociales nacionales. Se financia con parte de los aportes y contribuciones salariales que se destinan a las obras sociales (10, 15 o 20%, según nivel de ingreso del cotizante) para hacer frente de manera colectiva a algunos gastos catastróficos que tiene incorporado el PMO. En la práctica, lo que termina sucediendo es que: a) el esquema funciona sólo para algunas prestaciones y por montos parciales; b) opera con una combinación de modalidades de reembolsos, franquicias, topes y módulos que hacen que la cobertura efectiva sea baja; c) cuando se agotan los recursos, el dispositivo deja de funcionar. En suma, en teoría, parece que la APE se hace cargo de los gastos catastrófico que impone el mandato legal del PMO. En la práctica, funciona como un mero paliativo a las obligaciones de las obras sociales, operando muchas veces bajo la lógica de subsidios discrecionales.

características actuales del sistema de salud argentino.

El objetivo debería ser asegurar accesibilidad real a las personas que sufren enfermedades catastróficas a las prestaciones que las regulaciones ya establecen como derechos, pero que en la realidad no se cumplen en su integridad y/o en las condiciones estipuladas por fallas de diseño en el sistema de salud. Por accesibilidad real se entiende prestaciones suficientes, oportunas y apropiadas para la afección que sufre la persona. Los principios rectores deberían ser: i) la universalidad de la cobertura; ii) la consistencia financiera; iii) la libertad de elegir para los pacientes; y iv) las regulaciones simples y transparentes con controles efectivos.

En función del objetivo planteado habría que preservar el Programa Médico Obligatorio (PMO), manteniendo derechos vigentes, y reorganizar el actual Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661) en función de dos regímenes: un régimen general y un régimen especial. Así, el PMO seguiría siendo un paquete integral sólo que el régimen general cubriría todas las enfermedades del PMO, con excepción de las catastróficas, y el régimen especial las enfermedades catastróficas del PMO. La regla de cobertura sería que todas las personas están cubiertas por el régimen general, hasta que contraen una enfermedad catastrófica. A partir de ese momento, el régimen especial comienza a operar.

En el régimen especial deberían preverse que actúen entidades en el rol de

administradoras de riesgos catastróficos cumpliendo un doble rol: a) administrar riesgos catastróficos de carteras formadas por los seguros del régimen general; y b) administrar y proveer, por sí o a través de terceros, todas las prestaciones médicas que demanden los pacientes catastróficos.

Las regulaciones del régimen especial establecería: a) el objeto único; b) los requisitos de solvencia y reservas; y c) una red de prestadores especializados, acreditados, con protocolos de utilización y un esquema de control de calidad en funcionamiento.

El diseño operativo seguiría la siguiente lógica. Las *administradoras de riesgos catastróficos* aseguran carteras de afiliados (seguros de salud del régimen general) y administran la atención médica a los enfermos catastróficos. Los ingresos de las administradoras de riesgos catastróficos están dados por las primas que cobren por las carteras que aseguren y los egresos por la atención médica que brinden.

En este esquema, se preserva la libertad de elección de los seguros de salud eligiendo la administradora que asegure su cartera. Para asegurar libertad de elección a los usuarios -que son los demandantes directos de los servicios de atención médica- la regulación establecería que las administradoras deben contar con más de dos redes de prestadores especializados de forma tal que ante una desatención o una atención que no se ajuste a su satisfacción puedan elegir otro conjunto de prestadores dentro de la misma administradora.

El aspecto saliente que no se puede pasar por alto es que se trata de una figura nueva -*administradora de riesgos catastróficos*- hoy no existente. Sin embargo, es una figura que se ajusta bien a la realidad del mercado argentino. En primer lugar, los candidatos naturales a ocupar este rol serían las propias obras sociales. Actualmente, obras sociales de envergadura están en condiciones y brindan estas prestaciones gracias a su escala, la experiencia que tienen contratando prestadores especializados, estableciendo criterios (protocolos) de tratamiento, haciendo auditorías de utilización y generando información sobre gasto de este tipo de enfermedades. Estas capacidades, desarrolladas de manera informal y exigida más por la realidad que por las regulaciones, son un acervo que puede ser mucho mejor aprovechado con mejores reglas de juego. Actualmente, la ausencia de requerimientos de reservas y criterios de solvencia para hacer frente a los riesgos catastróficos, más la posibilidad de transferir responsabilidades al hospital público, constituyen una penalización para estas obras sociales porque compiten en condiciones desiguales con obras sociales chicas que relegan dichas obligaciones al hospital público.

El segundo actor importante para actuar en un régimen especial de este tipo son las empresas de medicina prepaga que, en sus planes más altos, tienen estos beneficios, administran una importante cantidad de casos acumulando experiencia y conocimientos, e inclusive muchas de ellas tienen prestadores propios donde gestionan



pacientes catastróficos con un alto estándar de calidad. Pero al igual que las obras sociales están sujetas a reglas de juego donde la buena gestión en este tipo de prestaciones no se "premia" sino que es un costo que malogra la competitividad. La inexistencia de requerimientos de reservas y la posibilidad de contar con el hospital público -al igual que lo que ocurre en el segmento de las obras sociales- se convierte en una ventaja para quienes desatienden estas enfermedades. El cambio de reglas en la dirección que aquí se propone eliminaría esta situación.

Un tercer actor son las aseguradoras que comercializan pólizas de vida. Estas compañías han desarrollado conocimiento en la gestión de riesgos actuariales que pueden complementar con conocimiento de las ramas de siniestros catastróficos. Algunas ya incursionan en el área de los seguros voluntarios para enfermedades catastróficas. Sus ventajas son la disponibilidad de datos de experiencias comparables, la organización administrativa y su alta adaptabilidad para entornos de competencia. No tienen experiencia en la gestión de prestaciones médi-

cas pero éste es un espacio que puede ser complementado por actores internacionales con experiencia, conocimiento y capacidad de gestión en sistemas similares, como es el caso de Chile con su sistema de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), y, más importante aún, por el vasto complejo médico-prestador especializado en el tratamiento de enfermedades catastróficas que tiene la Argentina que es uno de los más importantes de Latinoamérica.

Pero sin dudas que los actores más importantes son los prestadores médicos especializados en enfermedades catastróficas. El complejo médico-prestador argentino es uno de los más modernos y avanzados de la región y, a pesar de las múltiples fallas del sistema asegurador, cuenta con un acervo de conocimientos y tecnología que hace posible pensar en la conformación de redes especializadas en gestión catastrófica. Estos prestadores están en condiciones, en base a reglas de juego adecuadamente definidas, de desarrollar y perfeccionar técnicas de manejo del paciente catastrófico, normas de acreditación y de control de calidad y proto-

colos de tratamientos. Se trata de componentes claves para poner en funcionamiento un sistema especial de prestadores de alta complejidad.

En este recuento somero de posible actores aparece que lo innovativo del cambio no es una desventaja importante dado que Argentina cuenta con recursos humanos y tecnológicos necesarios para llevarlo adelante. Más importante aún, el cambio de reglas beneficiaría a estos actores que, a pesar de la perversidad del actual sistema, han desarrollado una importante infraestructura tecnológica y de conocimientos para el tratamiento catastrófico. Si no existiera este conjunto de obras sociales, empresas prepagas y seguros convencionales que desarrollan informalmente y con regulaciones inapropiadas la gestión de riesgos catastróficos, y el desarrollado complejo médico-prestador especializado en tratamientos de muy alta complejidad, un diseño de estas características generaría dudas sobre su viabilidad. Estos actores son los que hoy, a pesar de las reglas inapropiadas, dan prestaciones catastróficas a la parte de la población que las recibe y serían los artífices del cambio.

Reflexiones finales

Seguir tratando a las enfermedades catastróficas con los mismos mecanismos que el resto de los siniestros tiene costos sanitarios, sociales y económicos muy elevados. La experiencia internacional es muy indicativa de que se pueden conseguir mejores resultados gestionando este tipo de riesgos con mecanismos especiales.

La Argentina tiene ventajas iniciales importantes para abordar un desafío de este tipo porque cuenta con recursos humanos y tecnológicos bien preparados, tanto en el manejo de riesgos como en el suministro de prestaciones médicas de alta complejidad. Con un cambio en las reglas de juego, que tomen como eje el reconocimien-

to de las especificidades que tienen los riesgos catastróficos dentro del sistema de salud, se aprovecharán estas potencialidades en favor no sólo de mejorar la cobertura de las enfermedades catastróficas sino también la eficacia y la solvencia del resto de los mecanismos de cobertura de salud en la Argentina.