
Prestaciones de baja incidencia y alto costo

Coordinador: Lic. Laura Lima Quintana

Para abordar el tema de esta mesa tenemos a dos especialistas que nos brindarán su experiencia en el diseño y gestión de seguros y/o programas para la cobertura de prestaciones de baja incidencia y alto costo, ellos son:: la Licenciada Cecilia Jarpa del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile y el Licenciado Eugenio Zanarini de la Administración de Programas Especiales (APE) de nuestro país, Luego de sus presentaciones contaremos con un espacio para el intercambio de preguntas y respuestas entre nuestros disertantes y la audiencia de modo que, ya mismo, le cedo la palabra al Licenciado Zanarini.

Parte I La experiencia argentina desde la Administración de Programas Especiales (APE)

Lic. Eugenio Zanarini

INTRODUCCIÓN

Nuestra idea es en primer lugar contar qué es la Administración de Programas Especiales, comúnmente conocida en nuestro medio por sus siglas APE, porque creemos que este organismo, al menos en el pasado, era bastante sospechado y no todo el mundo tenía muy claro cuáles eran las políticas que lo regían, y cómo se distribuía una parte importante del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) de la seguridad social de la Argentina. Trataremos entonces de ver someramente qué hemos hecho en este año de gestión, qué estamos haciendo en el 2003 y presentaremos nuestros proyectos para el resto del año.

UN AÑO DE GESTIÓN: LAS MEDIDAS

Una de las primeras medidas que tomamos, fue terminar con los subsidios financieros a las obras sociales, ya que dentro de los objetivos que tenía el Fondo Solidario no sólo se trataba de dar prestaciones, o sea de asistir a las obras sociales con prestaciones actuando como reaseguro de prestaciones de alto costo y baja incidencia, sino también asistirles por problemas financieros.

Nosotros entendíamos que justamente esto no era el destino que le teníamos que dar a este Fondo Solidario, entendíamos que esto se prestaba a una sospecha de corrupción bastante generalizada en el sector y que ,por otro lado, la realidad mostraba que todas las obras sociales estaban en crisis, en un estado tal que no se justificaba que unas recibieran asistencia financiera y otras no. Concretamente, era muy difícil decidir a cuál darle y a cuál no, y además había pedidos de asistencia financiera que sobrepasaban cualquier posibilidad presupuestaria que se tuviera.

Entonces redefinimos la misión: la centramos en el beneficiario más que en las estructuras de las obras sociales, pensando que teníamos que darle básicamente difusión y transparencia. Estos objetivos los asumimos como permanentes y son los que seguimos manejando hasta el día de hoy.

En cuanto al **menú prestacional** que le cubre el APE a todas las obras sociales, a modo de reaseguro, es un menú bastante amplio, un menú muy ambicioso, donde hay algunos rubros que prácticamente componen más del 50% del gasto. Además de los rubros netamente prestacionales médicos, hay un rubro que son los programas del Sistema Único para Personas con Discapacidad, ya que de acuerdo a la Ley 24.901 las obras sociales están obligadas a darlos, pero el financiamiento está a cargo del APE, y veremos que tiene un peso muy importante en la distribución de fondos.

Siguiendo con las medidas que estamos tomando en materia de prestaciones, creemos que el APE no podía quedarse como un mero tramitador de expedientes y reintegrador o pagador de subsidios, sino que tenía que ir un poco más allá. Y un tema que complicaba esta visión era que no tenía prácticamente ninguna norma que no fueran las contenidas en su resolución de creación, y básicamente al menú prestacional. Entonces a partir de la búsqueda de consenso y convocando a todos los especialistas de cada sector **redefinimos un programa de SIDA**. Y otra de las primeras medidas fue **implementar un trámite calificado**, que es la obtención de subsidios por parte de las obras sociales en 48 horas, cuando realmente hay riesgo de vida del beneficiario y la obra social está imposibilitada de tener fondos para poder cubrirlo. Este tipo de situaciones se dan muchas veces en el caso de compras de cardiodesfibriladores, ya que en estos casos de pronto una obra social tiene que poner 30 o 40 mil dólares y realmente no los tiene, porque en muchos casos ni siquiera los recauda, en especial en las obras sociales muy chicas, y estos casos claramente no podían entrar en la cola de espera de un subsidio normal. Para situaciones de este tipo fue que creamos este mecanismo, que hace que en 48 horas estemos nosotros comprando el equipo.

Otra medida importante fue la creación de un programa de implantes cocleares. Había hasta fines del año pasado unos 100 o 120 casos detectados de espera en distintas obras sociales, y además teníamos bastante deuda con las obras sociales por implantes de este tipo. Pero a nuestro modo de ver, la deuda estaba y no íbamos a mejorar demasiado pagándola, entonces decidimos volcar los fondos destinados a realizar implantes en lugar de pagar la deuda. Concretamente a colocarles implantes a los chiquitos que estaban esperando en cada obra social. Para ello unificamos la lista de espera, a través de una norma fijamos prioridades en función de la edad y la patología, y hoy la lista la maneja la APE centralizando las demandas de todas las obras sociales, y llevamos cubiertos y atendidos en los últimos 6 meses casi 70 de estos chicos que estaban en lista de espera.

Lo anterior lo acompañamos con una contratación centralizada de la compra, mediante la cual pudimos bajar casi U\$S 3.500 el valor del implante. Al centralizar el pago a los prestadores mejoró la relación con los especialistas, ya que no son muchos sino unos 8 o 10 los especialistas que hacen estas prácticas, y actualmente el programa está funcionando muy bien.

También trabajamos en adecuar los tratamientos crónicos. En este aspecto ejecutamos, como ya hacía el APE anteriormente, el **Programa de Vacunación Antigripal** tratando siempre de ahorrar al máximo. Por ejemplo este año la vacunación que va a hacer el APE, igual que la del PAMI, es una donación de un laboratorio de Estados Unidos y de un laboratorio holandés que están donando al país 2.500.000 dosis, con lo cual alcanza para toda la seguridad social, para el PAMI y para

las provincias. En definitiva, este año la vacunación antigripal en PAMI y la seguridad social no tendrá ningún costo.

Eliminamos en algunas prestaciones la franquicia de \$3.000, que eran u\$s3.000 cuando regía el 1 a 1, ya que había expedientes que realmente quedaban con muy poca plata y no tenía sentido tramitarlos porque en un gasto de \$3.500 teníamos que hacer todo un trámite complejo para reintegrarle \$500 a una obra social, de modo que lo eliminamos.

Otra medida fue el reconocimiento de contratos de riesgo de alta complejidad, que no estaban reconocidos por el APE. Esto implicaba que cuando una obra social tenía las prestaciones de alta complejidad bajo contrato capitado de algún modo se veía obligada a inventar, y nosotros a hacer como que le creíamos, vale decir a traernos 3 presupuestos, hacerse facturar la práctica como si la estuviera pagando, etc, cuando la verdad era que tenía un contrato capitado que cubría esas prestaciones.

Respecto a la medicación de alto costo y baja incidencia, acabamos de sacar las normas y protocolos de tratamiento y de accesibilidad para enfermedades como la hemofilia, la esclerosis múltiple y otras que requieren drogas de alto costo que pueden entenderse como vitales.

El próximo lunes estaremos sacando la norma referida al tema de la hemofilia, que es uno de los ítems caros de las prestaciones de crónicos que estamos pagando, y en parte es caro porque nunca se hizo profilaxis y en consecuencia estamos siempre detrás de los accidentes hemofílicos, por ejemplo el otro día, el caso de un chico que prácticamente en 2 meses gastó \$1.040.000 en Factores 7 de los recombinantes. Creemos que hoy tenemos posibilidades presupuestarias para empezar a gastar más, pero tendiendo a que en algunos años se empiece a gastar menos. Hay algunas obras sociales que ya vienen trabajando en profilaxis, como el caso de OSECAC (OS de Empleados de Comercio) que tiene a 15 personas bajo un programa profiláctico específico es decir que lo que pretendemos es incentivar a todas las obras sociales a adoptar conductas similares. Entonces les decimos que el APE va a reintegrar el 50% del gasto de prestaciones por hemofilia en todos los casos de accidente o factores a demanda, pero les va a cubrir el 100% a todos los casos que pongan bajo programa de profilaxis secundaria, y a todos los chicos mayores de 2,5 años que no tengan secuelas de los dos primeros episodios. Y pensamos que este incentivo va a redundar en una mejor calidad de vida para todos los beneficiarios.

Y por último, con la Superintendencia estamos implementando un programa de prevención. Esta es la primera vez que estamos entrando directamente en el área de prevención desde el APE y destinando algunos recursos a este fin. Comenzamos con enfermedades cardiovasculares, en las que queremos llegar directamente al beneficiario, contarle que tiene derecho a una consulta con un cardiólogo, a un electrocardiograma y a una serie de análisis clínicos. Y luego reintegrar los gastos realizados en prestaciones a beneficiarios no enfermos, como un incentivo a la obra social para que comience a hacer prevención. En los próximos días tal vez empecemos con alguna campaña ya en las obras sociales, con afiches y demás sobre el tema de prevención.

EL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

Vamos a entrar ahora en la parte que más preocupa siempre de la Administración de Programas Especiales, y es cuánto del Fondo Solidario de Redistribución es lo que manejamos en la Administración.

El Fondo Solidario de Redistribución se compone con el aporte de las obras sociales con el 10% en las sindicales, y el 15% o 20% en las de dirección, según los trabajadores ganen más o menos de \$1.000. En realidad prácticamente el 60%, o el 70% en el caso del 2001, lo distribuía directamente la AFIP por el sistema de distribución automática en función de las obras sociales cuyos titulares no alcanzaban, cuando iniciamos la gestión, los \$40 de aporte. Esto fue cambiado a \$47, y a partir de ahora ya salió el decreto de la Superintendencia de Servicios de Salud, como comentara anteriormente Rubén Torres, para que este subsidio se pueda hacer por beneficiario y no por titular. Conforme a esto, la próxima distribución de este subsidio será por \$20 por afiliado titular y \$15 por beneficiario del grupo familiar, lo que posicionará mucho mejor a las obras sociales que tienen gente de muy bajo aporte pero con grupos familiares más numerosos, contra aquellas que también teniendo bajos aportes tienen a gente joven y soltera y sin grupos familiares. Aclaremos que esto fue posible debido a que ahora, y después de 7 u 8 años de no tenerlo, la seguridad social tiene un padrón unificado donde por primera vez constan los 11 millones de beneficiarios.

El APE manejaba prácticamente el 23% en el 2001, esto se fue a 30% en el 2002, y hubo varias razones para ello: el aumento de los \$100 que generó aportes a las obras sociales lo que hizo que el aporte del subsidio automático bajara, y además el crecimiento del Fondo está dado por el Decreto de Emergencia Sanitaria que aumentó en 5 puntos el aporte de las obras sociales al FSR.

Haciendo una estimación del 2003, y como viene la recaudación nos estamos quedando cortos ya que los dos primeros meses del año están superando su proyección, podemos decir que aunque habíamos estimado unos 450 millones, andaremos ya en \$480 o \$490 millones.

- § Estimamos que el APE tendrá este año, presupuestariamente unos \$180 millones para distribuir.
- § A esto habrá que sumarle, según la promesa del Ministro de Economía y que ya está la firma del Jefe de Gabinete, unos \$70 millones que le está debiendo Economía al sistema, provenientes de los famosos \$200 millones que las obras sociales o el FSR le prestaron a PAMI oportunamente.
- § Si cobramos esos \$70 millones y presupuestariamente se pueden distribuir, vamos a andar más o menos en los \$250 millones este año en cuanto a pago de prestaciones.
- § Lo anterior significa que si se toma lo que se pagó en años anteriores en prestaciones hasta el 2001, prácticamente la cifra rondaba en los \$40 millones/año, porque del total del presupuesto el 57% se iba en asistencia financiera, y en ese tipo de subsidios no resulta fácil de discernir su destino.
- § En el 2002 ya pagamos un 176% más de lo que lo que se había pagado en el promedio de los 4 años anteriores.
- § Y en prestaciones vamos a terminar pagando en el 2003, sin estos \$70 millones, 3 veces más que lo que se venía pagando, y el 50% más que el año pasado.

Esto supone ventajas y desventajas. Hoy las obras sociales creen en el sistema, creen que el Fondo Solidario les está devolviendo sus erogaciones, prácticamente no hay quejas del aporte, y hay que destacar que el aporte del 10% al 15% fue fuerte para las obras sociales lo mismo que para las de dirección, fue un sacrificio muy grande pasar a pagar el 15% al 20% de sus aportes, pero no hay quejas porque el sistema está medianamente funcionando a pesar de los atrasos que veremos que sigue habiendo.

En concreto, hemos pagado \$117 millones. Algo que no es mérito nuestro sino del aumento de productividad de toda la gente que trabaja en la APE. No hemos aumentado los planteles, pero hemos pasado a duplicar o triplicar la productividad del organismo.

Veamos la forma en que se ha distribuido esta plata y a dónde fue a parar en términos de prestación:

- § Casi el 36% se lo llevó el tema de SIDA, a partir de una decisión conjunta con el Ministro al comienzo de la gestión, de no querer que en la seguridad social hubiera trastornos en la provisión de drogas específicas para esta enfermedad. En razón de esto priorizamos fuertemente todos los expedientes que tuvieran que ver con SIDA.
- § El resto lo entramos a distribuir luego, y en particular le dimos fuerte al tema de medicación ya que había mucho atraso en los expedientes.
- § En el tema de discapacidad pagamos un 25% pero de discapacidad hablaremos después.

Hemos detectado un crecimiento de la cantidad de expedientes. Esto se refiere a lo que solicitan las obras sociales, no quiere decir que sea lo que vaya a pagar finalmente la Administración, porque cada expediente tiene un análisis y puede haber diferencias. Y en este crecimiento tiene que ver la incidencia de la devaluación sobre todo en el rubro medicación, que tiene un aumento de casi 76% respecto del 2002, y del 2002 con respecto al 2001. Y acá hay dos fenómenos: uno es el tema de la devaluación, pero también otro es que todas las obras sociales, incluso aquellas de dirección que nunca presentaban nada en el APE porque nunca le pagaban nada, empezaron a presentar los expedientes. Porque también hay un aumento grande en cantidad de expedientes que se están tramitando y no sólo en lo que cuesta cada expediente.

Mirando los costos por beneficiario y tomando los 11.600.000 beneficiarios que tiene el sistema de obras sociales nacionales, hay un costo beneficiario/mes que ha ido creciendo, siempre sobre lo solicitado, pero que nos puede dar una idea del costo de cualquier seguro de enfermedades catastróficas porque lo que nos muestra es interesante, y sobre 2003 y fines del 2002 no ha quedado nada afuera. Las obras sociales están presentando en tiempo y forma todo, de modo que por ejemplo puede verse la incidencia de trasplantes, sobre lo que hablaremos específicamente al abordar el seguro de trasplantes, que estarían dando en este sistema un promedio de \$0.96. En ese cálculo no entraría el postransplante porque a las medicaciones inmunosupresoras las tenemos dentro de la medicación crónica. Otro ejemplo es la alta complejidad a \$1.89 por beneficiario/año, o los implantes cocleares a \$0.44 por beneficiario/año.

El gran tema sigue siendo en este sistema, además de la medicación crónica que tiene una incidencia muy fuerte, el tema de la discapacidad. Es de hacer notar que en todos los cuadros la discapacidad tiene un rol importante, en este caso los costos por beneficiario/año son \$3.14 que iguala a lo que se gasta en SIDA. Y otra realidad es que acá hay una concentración de enfermos que se afilian o buscan la obra social cuando saben que están enfermos. Respecto a las prestaciones de SIDA, tanto en general como en el caso de las 6 obras sociales más importantes, se está dando un buen servicio de provisión de drogas. Mucha gente tiene altas en la empresa y al otro día ya se presenta a retirar drogas, y en el sistema de traspasos hay una concentración muy fuerte de enfermos de SIDA. La seguridad social estará teniendo unos 3.400 enfermos de SIDA, lo cual entendemos que es bastante.

Pensamos que es mejor ver el tema de discapacidad aparte por dos razones. Primero porque implica un 59% de la carga que tienen APE y las obras sociales, porque cuando APE no paga el responsable es el agente de seguro. Y segundo porque en el tema de discapacidad muchas veces las prestaciones son al menos discutibles en cuanto a si se trata en cada caso de prestaciones de salud estrictamente hablando, o si son prestaciones sociales o de educación.

Este es un tema que en la Comisión Nacional y en el Directorio del Sistema Único venimos discutiendo muy fuerte, porque buena parte de los establecimientos que prestan estos servicios y se los facturan a las obras sociales son subsidiados por el Estado, tienen subsidio del Ministerio de Educación y cobran igual que el no subsidiado, no hay manera de quebrar esto. Es un tema difícil porque además la Iglesia nuestra tiene un poder y una presencia muy fuertes en todo el manejo de la discapacidad en la Argentina, y hay muchos centros de internación, muchos cotolengos, muchas ONGs ligadas a la Iglesia en los temas de discapacidad.

Pero además es cierto cuando se habla de “la crisis del sistema”, esto tiene que ver con una decisión de nuestros legisladores muy importante para la discapacidad, pero lamentablemente sin financiamiento. Es decir que cuando sacaron la Ley 24.901 a nadie se le ocurrió cómo financiarla y dijeron que la pague el APE o de últimas las obras sociales. Y hoy para las obras sociales esto es un problema porque es una de las causas por las que tienen mayor cantidad de amparos. Porque las obras sociales pueden definir según nuestros jueces quién le abre el pecho a uno para hacerle una operación de cirugía cardiovascular, pero no puede decidir el colegio para un chico discapacitado, entonces no hay posibilidad de contratación o de negociación.

Veamos ahora la deuda con la que llegamos a fin de año, que es de unos 200 millones, y de la que sacamos todos los expedientes del '99 y 2000, ya que de eso sólo queda un saldo remanente que son “expedientes problemas”, prácticamente todo lo demás lo resolvimos en el 2001. Nosotros nos encontramos una deuda de \$220 millones y siempre decimos que el sistema cerraría porque \$220 millones era también lo que dio el APE en los 3 años con respecto a asistencia financiera, y por otro lado prestó \$200 millones que todavía no se los devolvieron, o sea, se lo devolvieron en bonos que están ahora defaulteados, y \$70 millones que recién están prometidos ahora. Entonces de esta deuda con la que llegamos al 31 de diciembre, mirándola por patología podemos observar los siguientes rasgos importantes:

- § La medicación de crónicos y el SIDA siguen siendo los dos grandes componentes, ya que entre los dos hacen casi el 60%.
- § La discapacidad bajó en porcentaje relativo porque la discapacidad no ha tenido aumentos, simplemente porque es todo honorarios.
- § Y la alta complejidad también bajó porque el componente de lo importado no es tan fuerte como el efecto de la devaluación, por ahí no es tan fuerte dentro del costo con honorarios y demás.

Una pregunta interesante es quiénes concurren más al sistema, y allí tenemos un cuadro más que interesante: todo el sistema funciona para 20 obras sociales.

Hay 5 obras sociales que son las acreedoras del 50% de los \$200 millones, por ejemplo una fuerte demandante es OSECAC. Esto tiene que ver con el tercer criterio para el pago a las obras sociales que usamos además del de la medicación y la antigüedad, y es el criterio de qué porcentaje tienen de deuda, vemos cuánta plata tenemos y la tratamos de distribuir en función de esos mismos porcentajes de deuda. Si OSECAC tiene el 20% de la deuda total, y tenemos \$100 nada más para pagar, le corresponderán \$20 a OSECAC y así sucesivamente.

Otro dato es que el 80% de toda la deuda está concentrada en 20 obras sociales. No es correlativo totalmente con los beneficiarios, estas obras sociales representan aproximadamente el 60% o 63% de los beneficiarios del sistema, pero son obras sociales, sobre todo las 10 primeras, que tienen muy buenos servicios, por ejemplo los de SIDA, entonces los enfermos buscan el traspaso hacia esas obras sociales, y las obras sociales obviamente los tienen que aceptar, lo que genera mucha concentración de gasto en ellas.

REFLEXIONES FINALES

El tema es extenso y lamentablemente el tiempo disponible breve. Pero en suma lo anterior es lo que queríamos contarles sobre el APE.

Seguimos pensando que nuestra página web es ahora más visitada, se publican día a día todos los movimientos de fondos, tratamos que no haya más falta de respuestas o datos reservados. Los que consultan podrán estar de acuerdo o no, pero lo leerán en el APE y sabrán la situación tal cual es. Las obras sociales también tienen a su disposición la información de las gestiones, hemos puesto el sistema de tramitación de expedientes en línea para cada obra social y entran con su contraseña al sistema sin tener que hacer “valija” en ningún escritorio de APE, sino que desde la obra social conocen donde está su expediente, la providencia por la cual fue rechazado o por la que el trámite está demorado.

Esto permitió una transparencia total para las obras sociales, y lo que es muy importante, una mejor capacidad de respuesta para los beneficiarios. Y un organismo que muchos creíamos que había que desarmar y que incluso, en algún momento del 2001, estuvo 2 o 3 meses sin estructura total, ha podido ser reactivado y mejorado en un tiempo relativamente corto y en medio de la crisis que se abatió sobre el sistema y el país, fundamentalmente gracias al esfuerzo conjunto de todos sus trabajadores.

Parte II Seguro Nacional para patologías especiales de alta complejidad (Enfermedades Catastróficas)

- Síntesis del Documento elaborado en el PROS -

Lic. Eugenio Zanarini / Dr. Víctor Martínez

INTRODUCCIÓN

Vamos a entrar en esta segunda parte, que en realidad iba a ser una exposición de Víctor Martínez, que está liderando desde el año pasado un grupo de trabajo en el PROS en la Superintendencia en la cual participa Laura Lima Quintana, nuestra coordinadora, y también la Dra. Giraldo.

Comencemos diciendo que a mediados del año pasado el Ministro González García decidió que empezáramos a trabajar en algún seguro de lo que denominamos enfermedades catastróficas, como para ir sentando las bases. Sabíamos que este no era un momento ni un gobierno que pudiera incursionar en un tema tan arduo, ni

íbamos a tener tiempo acaso para desarrollarlo totalmente, pero sí por lo menos para ir sentando las bases de discusión de un seguro catastrófico.

Por otro lado está próximo a implementarse en la provincia de Jujuy el Seguro Materno Infantil, con lo cual el tema del seguro público empieza a ser realmente, importante. Creemos que estratégicamente para el largo plazo tener un seguro materno infantil que atienda las necesidades más básicas de esta población, y tener por lo menos planteado un seguro de nivel superior como es el seguro catastrófico, pone el eje en el tema del seguro público y amplía bastante el marco de discusión.

Probablemente esto sea más fácil desde un país con una estructura unitaria, no digo que sea exactamente fácil sino que no se darían necesariamente todas las complejas articulaciones jurisdiccionales y políticas que tienen que hacerse en un país federal. Y además con el federalismo nuestro que no es un federalismo fácil de llevar, cuando uno empieza a pensar en términos de seguro nacionales o fondos nacionales para atender este tipo de seguros, el panorama que se visualiza es como mínimo muy complejo.

A mediados del año pasado cuando empezamos a trabajar con esto, hicimos unos primeros talleres, donde tratamos de juntar primero la experiencia y el conocimiento de algunos expertos internacionales como el caso de Cecilia Jarpa de Chile y que hoy comparte esta mesa, y la gente de Uruguay. Y después trabajamos mucho con las obras sociales provinciales, porque realmente la idea de un seguro nacional de enfermedades catastróficas creó una expectativa muy grande y una adhesión también muy grande en todos los estamentos, sean prepagos, u obras sociales provinciales, pero fundamentalmente en los ministerios provinciales. En ese momento se trabajó bastante y se hicieron muchos estudios epidemiológicos, de utilización, etc.

EL DISEÑO DEL PROYECTO

Vamos a entrar en este proceso que empezó en junio del año pasado, con el **objetivo** de diseñar un seguro para garantizar la cobertura y el financiamiento de la atención de las patologías especiales de alta complejidad. Parte del proceso fue definir a las que entenderíamos como patologías especiales, y estas definiciones salieron de talleres, no fueron definiciones de laboratorio sino que participaron todos.

Estas eran las ventajas esperadas de este seguro y de cualquier otro tipo de seguro:

- § Mayor equidad en el acceso al sistema de salud
- § Delimitación de las áreas de responsabilidad dentro del sistema.
- § Normatización y protocolización de las prácticas
- § Menores gastos por mayor capacidad de compra
- § Equilibrio presupuestario y planificación
- § Calidad de la atención médica en centros acreditados
- § Mejores resultados de los tratamientos brindados a los pacientes

Y en cuanto a la definición que se planteó para las patologías especiales de alta complejidad, la misma contemplaba los siguientes puntos:

- § Enfermedad de baja incidencia
- § Enfermedad que pone en riesgo vital y/o funcional al paciente

- § Enfermedad que requiere un tratamiento de alto costo y/o de alta complejidad
- § Son de alta complejidad pues las prestaciones y/o tratamientos requieren de:
 - Infraestructura especializada y/o
 - Equipamiento especializado y/o
 - Recurso humano especializado

Las siguientes son las tareas que se desarrollaron en esos 8 meses de trabajo:

- § Estudios básicos Epidemiológicos y Médicos
- § Relevamiento de antecedentes nacionales e internacionales. (Acá la experiencia y la información del sistema de APE fue muy utilizada por la gente del PROS, y también colaboraron mucho los prepagos, las obras sociales provinciales y los ministerios)
- § Talleres con asistencia de diferentes instituciones
- § Recopilación de información de distintos aseguradores
- § Construcción de tablas codificadas con CIE 9 y registros de utilización de APE
- § Registro de frecuencias de 21 instituciones relevadas

A diferencia de lo que sucede en Chile en nuestro caso no se puede hablar mucho de prioridades, suponemos que allá el tema judicial ha de ser distinto, o no deben tener amparos o deben manejarse de otra manera distinta a como nos manejamos nosotros. A nosotros nos cuesta mucho fijar prioridades, porque aparentemente de hecho los argentinos pareciera que tenemos derecho a todo. Más allá que después en la práctica sea cierto o no, pero lo que sí es cierto es que cada vez que nos planteamos este seguro de enfermedades catastróficas, la catástrofe venía cuando queríamos articular el financiamiento de todo esto.

Francamente estábamos medio trabados en ese tema, y finalmente el ministro decidió que comenzáramos por trasplantes. Vale decir, que el seguro de catastróficas lo planteáramos en etapas y que la primera etapa fuera trasplantes.

En Argentina y sobre todo para los habitantes sin cobertura, el trasplante está asegurado en cuatro provincias nada más, que son Mendoza, Santa Fe, Córdoba y Buenos Aires, que tienen algún mecanismo de financiación para los sin cobertura, y en el resto está bastante a la buena de Dios. Entonces decidimos ocuparnos en una primera fase del trasplante de órganos y tejidos, y que quedara para una segunda fase el resto de las prestaciones que hoy están definidas como prestaciones de alta complejidad y alto costo. Por último quedó la discapacidad, que también es todo un problema, porque en la seguridad social hoy está cubierta y porque hay algunas provincias que han adherido a la Ley 24.901 y que tienen obligación de cubrir esas prestaciones por discapacidad. Si bien no entra dentro de estas características, hoy es un problema financiero grande como les explicábamos anteriormente cuando tratamos el tema de la APE.

Resumiendo entonces, las fases para el desarrollo del Seguro fueron:

Primera fase: Trasplantes de órganos y tejidos

Segunda fase:

- § Medicamentos HIV / Sida.

- § Medicamentos para enfermedades de baja incidencia y alto costo
- § Prótesis, ortesis y accesorios terapéuticos de alto costo o difícil disponibilidad
- § Cirugía cardiovascular .
- § Neurocirugía de alta complejidad
- § Otros Tratamientos

PRIMERA FASE: TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

A partir de la primera fase, se armó un equipo distinto, empezó a tener una participación muy importante la gente de INCUCAI, que además venía trabajando con nosotros en la APE en lo que era normatización para trasplantes y demás, sobre todo el Dr. Sorati que venía de CUCAIBA de la Provincia de Buenos Aires. Vamos a ver entonces algunos de los resultados de este nuevo grupo de trabajo con el INCUCAI incorporado, además del PROS y la APE.

El **objetivo** era pensar en una primera fase la cobertura integral de trasplantes de órganos y tejidos para los beneficiarios del subsector público, obras sociales nacionales y provinciales, mutuales, empresas de medicina prepaga e instituciones de seguro

Los lineamientos generales fueron los siguientes:

1. Fortalecer el Programa Nacional de Trasplantes
2. Iniciar un proceso de negociación política y articulación financiera para la construcción de un modelo único de financiamiento.
3. Asegurar en la primera etapa el financiamiento de los trasplantes para la población sin cobertura.
4. Integrar en el modelo único de financiamiento al resto de entidades responsables de atención médica. Comenzar en una primera etapa a pensar sólo en la población sin cobertura que son casi 17 millones de argentinos, ya que el resto con las obras sociales provinciales y a través de las obras sociales nacionales y la APE están cubiertos
5. Todo ello en el marco del proceso de construcción del Seguro Nacional de Patologías Especiales.

El punto segundo, que implica iniciar y luego seguir en esto de negociar, articular y lograr una articulación financiera para tener un modelo único de financiamiento, planteaba especiales dificultades. Aquí es donde cuesta más armarlo si se piensa en un seguro, ya que habría que pensar en algún aporte desde el poder central o algún organismo internacional, y ahí se desdibuja un poco el tema del seguro y no se sabe si se habla de un seguro o de un programa con determinado financiamiento.

La siguiente es la cobertura integral que se definió para trasplantes, que va desde la evaluación pretrasplante hasta la provisión durante un año de la medicación inmunosupresora. Acá estamos pensando que el rol del INCUCAI en esta fase del seguro es muy fuerte, y sobre todo en el tema de acreditación.

- § Evaluación pretrasplante
- § Gastos de procuración del órgano/tejido, estudio de histocompatibilidad y cirugía de ablación.

- § Prácticas médicas, gastos institucionales y medicamentos vinculados al implante
- § Estudios y evaluaciones de seguimiento (estudios postrasplante) según módulos y medicación inmunosupresora durante 1 año.
- § Auditoría médica de establecimientos y prestaciones
- § Asesoría integral individual, familiar e institucional

Los trasplantes incluidos serían entonces: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, córneas y médula ósea

Y respecto al trasplante renal queríamos hacer un comentario: hubo en Chile, en Valdivia, hará 3 meses, un taller de salud renal que estamos repitiendo en Buenos Aires el jueves y viernes que viene, en el cual junto con la OPS estamos presentando un programa por una salud renal sustentable al menos, y está viniendo para esta ocasión Burgos Calderón, que es el Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología. Este encuentro lo estamos haciendo con la Sociedad Argentina de Nefrología, para buscar soluciones posibles previendo el alto costo de hemodiálisis y la cantidad creciente de pacientes, que juntos hacen pensar que en un tiempo todos los recursos podrían ser insuficientes para afrontar esas prestaciones. La idea es al menos generar un espacio para el debate de este tema, y discutir cómo se puede mejorar y asignar mejor los recursos en una enfermedad de alto costo y que en la seguridad social tampoco está cubierta, mas allá del trasplante.

La idea que tenemos acerca de los **prestadores** comprende una red asistencial categorizada y acreditada por el INCUCAI sin, en principio, intervención de la justicia, sin reconocimiento de prestaciones en el extranjero, y con una modalidad de contratación a través de cápitas individuales y mensuales, cuyo valor variaría según niveles de cobertura y población de beneficiarios, lo que permitiría la planificación presupuestaria.

Acá habría que pensar que el Estado Nacional tendría que hacerse cargo, y acá empiezan los problemas acerca de quién son los pobres, si del Estado Nacional o de las provincias, pero el Estado tendría que generar un Fondo Nacional para cubrir a los sin cobertura, al menos en principio. La Ley de Trasplantes ya tiene creado un Fondo Nacional de Trasplantes, que nunca se reglamentó, entonces quizá no sea un Fondo Nacional de Trasplantes pero sí una partida presupuestaria dedicada al seguro de patologías especiales, y dentro de estas patologías al trasplante de las personas sin cobertura, que son 17.492.361 personas en todo el territorio nacional según los datos del SIEMPRO de septiembre de 2002.

Los niveles de cobertura entonces serían: Pretrasplante, trasplante, postrasplante, provisión de medicamentos y todas las prestaciones del módulo, tanto en ambulatorio como en internación, hasta un año desde que se realizó el trasplante.

Y los siguientes serían los **servicios excluidos** del proyecto que estamos elevándole al Ministro:

- § Traslado de pacientes
- § Alojamiento , pensión y gastos de permanencia de pacientes y familiares
- § Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de base y sus interurrencias, y de toda otra patología no vinculada al trasplante.
- § Medicamentos no relacionados
- § Trasplantes en el extranjero

Hay un presupuesto que se relaciona bastante con los números que dimos antes, de la incidencia de los trasplantes en el costo por beneficiario que había dado de la APE, que en el caso este presupuesto está llegando estimativamente y de acuerdo a las listas de espera y demás, a unos \$62.293.232 anuales. Concretamente las bases de cálculo tomaron en cuenta la utilización de servicios de acuerdo a datos históricos del INCUCAI y referencias APE y PROS, el análisis de listas de espera y estimación de disponibilidad de órganos y la lista de precios pagados a distintas instituciones en el último período. Además el cálculo de recursos necesarios para la gestión administrativa, la estimación de la cantidad de beneficiarios potenciales según jurisdicción y categoría de cobertura de seguro de salud.

Recordemos que estamos hablando siempre para los sin cobertura exclusivamente, lo que estaría dando una cápita-beneficiario de alrededor de \$0.27, de \$0.28 o casi \$0.30 con gastos administrativos incluidos (\$0,292).

CONCLUSIONES

Éste es entonces el proyecto que terminó de elaborar el grupo de profesionales del PROS junto con el INCUCAI, y que se está elevando ya al Ministro para empezar a gestionarlo legislativamente, con la idea de dejar sentadas las bases para que esto se convierta también en una de las políticas de Estado que quiere dejar este Ministerio para el futuro.

Creemos firmemente que es necesario, también sabemos que es difícil su implementación, es difícil que la seguridad social, cuando existe un seguro como el APE, y cuando ve que ese seguro hoy está funcionando, vaya a querer graciosamente probar con otro tipo de seguro. De hecho, en los talleres las obras sociales nacionales no participaron demasiado. APE puede terminar reasegurándose en este seguro, o sea que puede ser, para el caso de la seguridad social nacional, un seguro de segundo nivel, con lo cual todo el mundo sigue manteniendo su esquema y no se afectan otros intereses.

Para terminar, creemos que el principal problema son los 17 millones que no tienen cobertura, ya que para los otros, mal que mal, la cosa funciona sin entrar a profundizar demasiado en el tema, como es el caso de trasplantes donde el principal problema es la donación de órganos.

SEGURO CATASTRÓFICO

Una Experiencia Concreta de Interacción Entre Prioridades Sanitarias y Mecanismos de Pagos en Chile

Lic. Cecilia Jarpa

INTRODUCCIÓN

Comenzaré por presentarme en este foro. En lo personal soy jefa del Departamento de Comercialización de FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud que cumple el rol de seguro social público en Chile, y donde tenemos dos grandes funciones, no sólo el rol de seguro, sino también el de la administración y financiamiento del sector público.

Quiero agradecerle a Laura Lima Quintana y al licenciado Eugenio Zanarini, ya que estar juntos en esta mesa parte de una propuesta suya. Nos conocimos en septiembre del año pasado en una reunión de trabajo muy fructífera, y hoy estoy agradecida de estar en estas Jornadas de AES, y espero responder a sus inquietudes contándoles una experiencia acerca de cómo el Fondo Nacional de Salud enfrenta el problema de las prestaciones de alto costo y baja incidencia desde la práctica. Y decimos desde la práctica, porque llegamos al FONASA en el '95 con una consultora externa que fue contratada exclusivamente para tratar este tema, así que es como un conocimiento "desde el parto" del programa.

Como preámbulo quisiéramos decirles que con el advenimiento de la democracia en Chile, el gobierno democrático se encuentra con un sector salud totalmente deteriorado, quebrado, y todos los esfuerzos que se realizan en ese momento se orientan a tratar de levantar ese esqueleto del sector público que cumplió una función muy grande, y los primeros intentos fueron principalmente tratar de poner recursos para la infraestructura y la inversión.

Desde ya existió el problema de las listas de espera, pero las listas se trataron de trabajar primero desde la oferta. Por el año '94 se constata que por mucho que se le pongan recursos a la oferta, siguen existiendo listas de espera con características bien determinadas, y una de esas características era que eran prestaciones de muy alto costo, de baja incidencia, pero cuyo gasto influía fuertemente en el gasto total de los establecimientos del sector público y por esa razón las dejaban de hacer.

Ahí se visualiza el problema de las enfermedades que en ese momento llamamos complejas y diremos luego cómo las abordamos.

EL SISTEMA DE SALUD DE CHILE

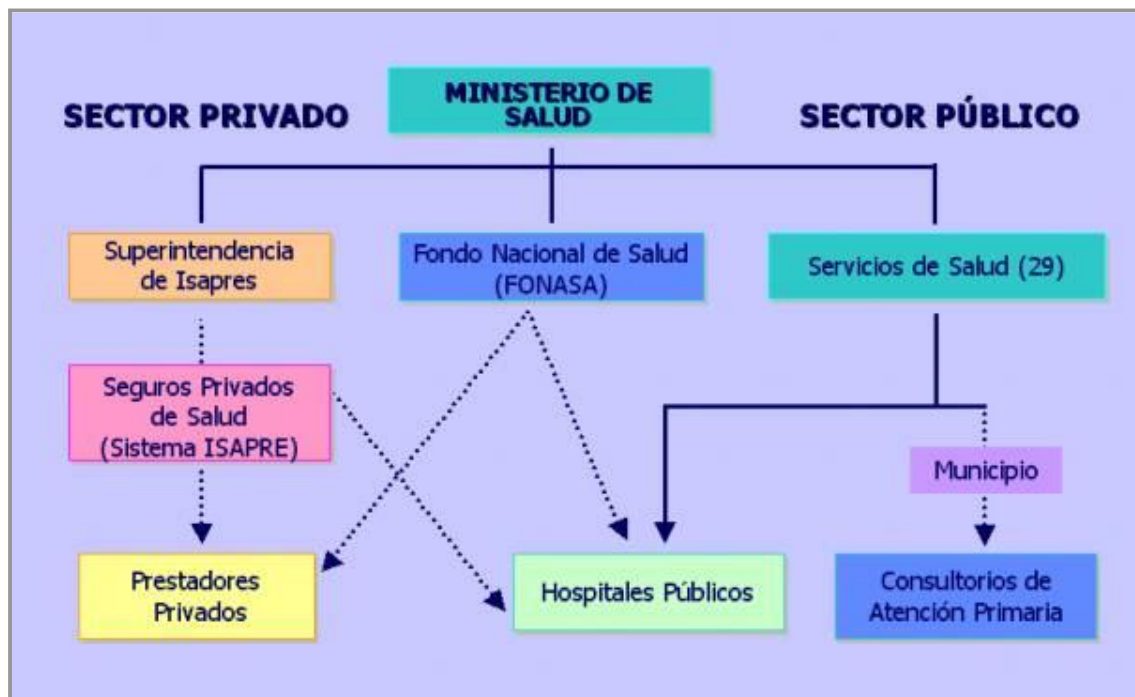
Quisiéramos contextualizar un poco el sistema de salud chileno, antes de seguir avanzando con nuestro tema específico.

En Chile existen dos subsistemas: uno público y uno privado. El público está organizado en 29 servicios de salud, 28 de ellos son territoriales y tienen las funciones de provisión de servicios, y hay además un servicio de salud que es ambiental. De estos servicios de salud dependen los hospitales y la red hospitalaria. Y con un punto suspensivo están los municipios, porque tenemos descentralizada la atención primaria que está en manos de los municipios y con un rol de los servicios de salud normativo y regulador que se cumple malamente. Uno de los grandes problemas que tenemos en Chile es la separación entre la atención primaria y el resto de la red. (**Gráfico 1**)

Después tenemos el subsistema privado, donde hay una Superintendencia de ISAPREs que depende del Ministerio de Salud, y fiscaliza y regula los seguros y prestadores privados. Tenemos al FONASA, que somos nosotros, que podemos comprar prestaciones para nuestros beneficiarios a los prestadores privados y a los hospitales públicos. Las ISAPREs pueden hacer lo mismo; pueden comprar prestaciones a los hospitales públicos y a los prestadores privados.

La población beneficiaria de las ISAPREs no es más del 18% de la población total, en tanto que la población de FONASA es alrededor del 68%.

Gráfico 1 Estructura del Sistema de Salud de Chile



Fuente, Cecilia Jarpa, FONASA

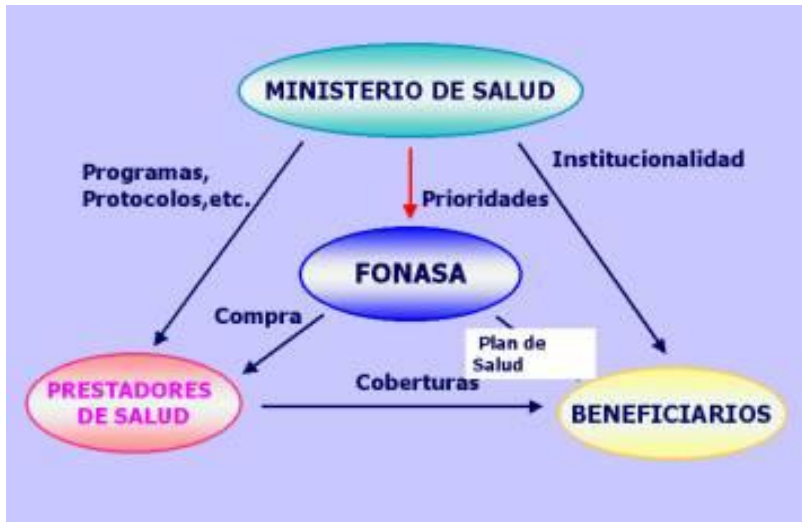
¿Cómo está organizado el Ministerio de Salud en sí mismo?

Nosotros, FONASA, dependemos del Ministerio de Salud, quien nos fija las prioridades de salud. Es muy cuestionada la palabra “*prioridad*” dentro del ámbito médico, pero estamos trabajando hace muchos años con la priorización y cada vez avanzamos más hacia ello. En estos momentos, en la discusión de la reforma en Chile, la priorización es un eje central de la reforma.

El Ministerio, como ente regulador y normativo, nos fija las priorizaciones, nosotros establecemos a partir de esas priorizaciones un plan de salud, determinamos cuáles son las prestaciones que se van a comprar, se las entregamos a nuestros beneficiarios, compramos a los prestadores de salud, tanto públicos como privados, y le damos la cobertura necesaria a la demanda de nuestros beneficiarios.

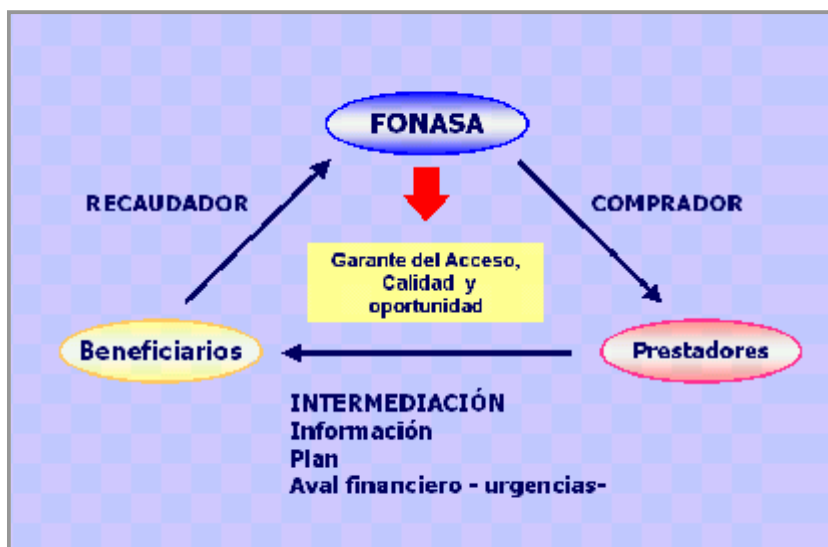
El Ministerio también fija protocolos hacia los prestadores, protocolos y programas de salud, y hacia el sistema en general fija la institucionalidad en que nos movemos.

Gráfico 2 Separación de funciones



¿Y nosotros cómo funcionamos?

Gráfico 3 FONASA como intermediador



Funcionamos como intermediadores. Intermediamos entre los prestadores y los beneficiarios. Nuestros clientes básicamente son los beneficiarios. Tenemos otros clientes que son los prestadores, pero el objetivo nuestro es dar cobertura de salud a nuestros beneficiarios, y para eso compramos prestaciones a los prestadores para entregárselas a los beneficiarios de acuerdo a sus necesidades. O sea que hacemos el rol de intermediador desde el punto de vista de la información y comunicación, de la

entrega del producto del plan de salud, y somos avales financieros en el caso de urgencias. Esto en cuanto al contexto general.

¿Quiénes son nuestros clientes?

Chile es un país que tiene alrededor de 15 millones de habitantes de los cuales 10.300.000 son beneficiarios de FONASA. Esos son nuestros clientes, el 68% de la población. Nuestros clientes están divididos en un 37% de cotizantes, 33% de cargas familiares y un 35% de indigentes que no cotiza, que son beneficiarios nuestros y a los cuales nosotros les entregamos los planes de salud a través del aporte del Estado y las cotizaciones de nuestros beneficiarios.

¿Cuáles son nuestras fuentes de financiamiento?

Lo financiamos con un 7% obligatorio de cotizaciones, que corresponde a un 30% de nuestro presupuesto, con una parte fiscal que corresponde al 54%, con un ingreso propio del sector público que es alrededor del 7%, y con el copago de nuestros beneficiarios, que es otro 7%. Ésas son nuestras fuentes de financiamiento.

Todo esto que hemos hablado sirve más o menos como marco para entrar en el problema de las prestaciones de alto costo.

ANTECEDENTES DE LA REFORMA SANITARIA

Nosotros nos encontramos con una situación de transición que además está explicada con un contexto que no es sólo chileno sino también latinoamericano, que es que hay un proceso de transición demográfica que impacta fuertemente en el perfil epidemiológico de la población, y que hace que se trasladen las enfermedades transmisibles o infecciosas a enfermedades no transmisibles y de lesiones por accidentes.

Esto aumenta la expectativa de vida. Tenemos una expectativa de vida cercana a los 65 años; el envejecimiento de la población genera mayor carga de enfermedades, las crónicas son más caras, y hay un creciente aumento de mortalidad por enfermedades crónicas o degenerativas. Ése es, desde el punto de vista sanitario, el contexto en el que nos movemos.

Aparece entonces la necesidad de buscar un equilibrio para responder ante esta situación, un equilibrio entre la eficiencia, la eficacia y la equidad. No queremos explayarnos en esto, creemos que es ya sabido que estos son los pilares fundamentales de cualquier reforma y la aspiración de cualquier sistema de salud. Lo que tratamos de hacer es cuidar la eficiencia en el uso de recursos financieros y tener equidad en el acceso entre todos nuestros beneficiarios. A esto buscamos sumar la eficacia en la entrega del producto sanitario a través de un producto sanitario que es la unión de las definiciones programáticas y de su expresión financiera. Ése es el producto con el cual vamos a trabajar.

Gráfico 4 El financiamiento



Fuente: Cecilia Jarpa, FONASA

Desde el punto de vista del financiamiento, nos encontramos con una estructura de salud deteriorada y con cero recursos. Se les ponen recursos al sector pero se trata de que esos recursos respondan a una lógica, y nosotros planteamos que lo primero que hay que hacer es un ordenamiento financiero con presupuesto prospectivo. Hasta el momento los presupuestos eran retrospectivos y queremos hacer presupuestos prospectivos para darle libertad a la gestión de los establecimientos hospitalarios con una transparencia financiera. Es decir, que los presupuestos se conozcan desde el inicio del año. Hasta ese momento, los servicios de salud y los hospitales no conocían su presupuesto.

Pensamos que era indispensable tener una política arancelaria que respondiera a los costos reales de las prestaciones de salud, y ahí planteamos estudios de costo en los establecimientos del sector público. Comenzamos con la modalidad de atención institucional que son los establecimientos del sector público, donde fácilmente era posible hacer estudios de costo porque conocíamos todos los coeficientes técnicos, en tanto que en el ámbito del privado donde juega la libre elección, esto se daría sólo a través de una política de precios y estudios del mercado.

Pensamos también que teníamos que hablar claramente de mecanismos de asignación de recursos en los distintos niveles de atención: en el primario, secundario y terciario. Y ahí aparece la mezcla de mecanismos de asignación de recursos que se usa en todos países del mundo, y que en un determinado momento desde esa época hasta ahora hemos pensado que algunos son mejores que otros, y al día de hoy decimos que realmente no se puede priorizar uno sobre otro sino que lo ideal es la mezcla de todos los mecanismos de pago que uno pueda establecer:

Y el otro ámbito grande que se trabaja en la reforma financiera es la política de recuperación de costo con la revisión de los copagos, la redefinición de tramos de ingreso de nuestros beneficiarios, la clasificación previsional y otras cosas.

EL PROBLEMA DE LAS PRESTACIONES COMPLEJAS

En el ámbito del mecanismo de asignación de recursos planteamos que podíamos en este componente de asignación de recursos, hacer un zoom y plantear una microasignación de recursos, lo que llamábamos en ese momento programas especiales, y cuyo primer programa especial es el programa de prestaciones complejas o prestaciones de alto costo.

¿Qué son las prestaciones complejas?

Son prestaciones de alto costo y de baja incidencia, otorgadas por profesionales altamente especializados y calificados, profesionales caros. Requieren de un apoyo tecnológico sofisticado y de alto costo, con instrumental que día a día se va renovando, que inciden en el gasto total de los establecimientos y que a la vez generan grandes listas de espera.

¿Cuál fue el objetivo que nos planteamos al abordar este tema?

Dar respuesta a los nuevos requerimientos de salud derivados del cambio de perfil epidemiológico, a través de un programa que vinculara las prioridades sanitarias con los mecanismos de pago vigente. Ése fue el objetivo que nos planteamos en ese momento.

En esos momentos estábamos parados mirando al prestador; en el fondo estábamos mirando la oferta, y a la demanda también la estábamos mirando desde la oferta. No estábamos diciendo lo que la oferta decía que teníamos como demanda, no teníamos grandes conocimientos de lo que era la demanda real, la demanda oculta y tampoco había tasas de incidencia conocidas y estábamos muy lejos de obtener eso, así que la demanda con la que trabajábamos era una demanda desde la oferta.

ROLES DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Les mostrábamos al comienzo la separación de funciones entre el Ministerio y el Fondo Nacional de Salud. EL Ministerio norma y regula, por lo tanto en esto tenemos que interactuar con ellos, y no podíamos como Fondo Nacional de Salud responder arbitrariamente a las espontáneas demandas de nuestros beneficiarios si no tenían una priorización de las prestaciones que teníamos que cubrir, y esa priorización la hace la autoridad sanitaria. Aquí vamos a listar lo que la autoridad sanitaria hace y lo que después nosotros como FONASA, como autoridad financiera, implementamos.

Priorización de Prestaciones:

§ Prioridades Sanitarias

- Magnitud y severidad del daño (AVISA)
- Vulnerabilidad (Costo Efectividad y Eficacia Clínica)

§ **Prioridades Sociales**

- Enfermedades de baja frecuencia y alto costo
- Alto impacto social

§ **Listas de Espera**

- Magnitud y composición

Lo primero que hacen es la priorización de las prestaciones a través de prioridades sanitarias que tienen que ver con la magnitud y severidad del daño y con el costo-efectividad de eficacia clínica; éstos fueron los dos elementos fundamentales en ese momento. Pero también consideramos que habían algunas prioridades sociales que se escapaban a estos dos elementos, que eran las enfermedades de baja frecuencia y alto costo pero con un alto impacto social. Es decir que tocarían a algunos problemas de salud muy impactantes socialmente, que no podrían estar dentro de las prioridades siguiendo los criterios estrictamente sanitarios. Y teníamos el tercer elemento que eran las listas de espera, ya que tampoco podíamos obviar lo que nuestros usuarios estaban demandando y que se expresaba a través de las listas de espera.

Acreditación de los centros de referencia nacional

Al mismo tiempo que estaban priorizando, las autoridades sanitarias tenían que acreditar los centros que hacían estas prestaciones. Tampoco se trataba de que Fonasa comprara a cualquier prestador, tenía que comprar a un prestador acreditado y la acreditación se hace por capacidad resolutive, diagnóstica, por la experiencia del equipo profesional, por los recursos físicos y humanos adecuados, por la fortaleza institucional y por las previsiones de desarrollo futuro.

Esos fueron en un primer momento los elementos que se consideraron para acreditar y llamamos a esto una acreditación histórica. Posteriormente la acreditación empieza a tomarse con un poco más de seriedad y comienzan a tomarse pautas y normas de acreditación tanto de proceso, como de resultados, que pueden sintetizarse como sigue:

- § Capacidad resolutive
- § Capacidad diagnóstica
- § Experiencia en equipo profesional
- § Recursos físicos y humanos adecuados
- § Magnitud de la oferta
- § Fortaleza institucional
- § Proyecciones de desarrollo futuro

Eso se está aplicando en estos momentos, la anterior era la acreditación que nosotros, por ponerle un nombre, llamamos acreditación histórica, porque si había establecimientos que ya estaban haciendo determinada cosa y no pasaban esta acreditación de proceso, de resultado y de estructura, no los podíamos cerrar, teníamos que potenciarlos y hacerlos llegar a un nivel óptimo.

También era el rol de autoridad sanitaria establecer las redes de derivación, referencia y de contrarreferencia. Si nosotros teníamos centros

acreditados y polos de desarrollo, para resguardar la equidad en el acceso teníamos que entregar cupos de prestaciones a otros sectores o zonas geográficas del país que no tenían esos centros de referencia, era necesario establecer una red coherente que diera respuesta equitativamente a la necesidad de todos nuestros usuarios.

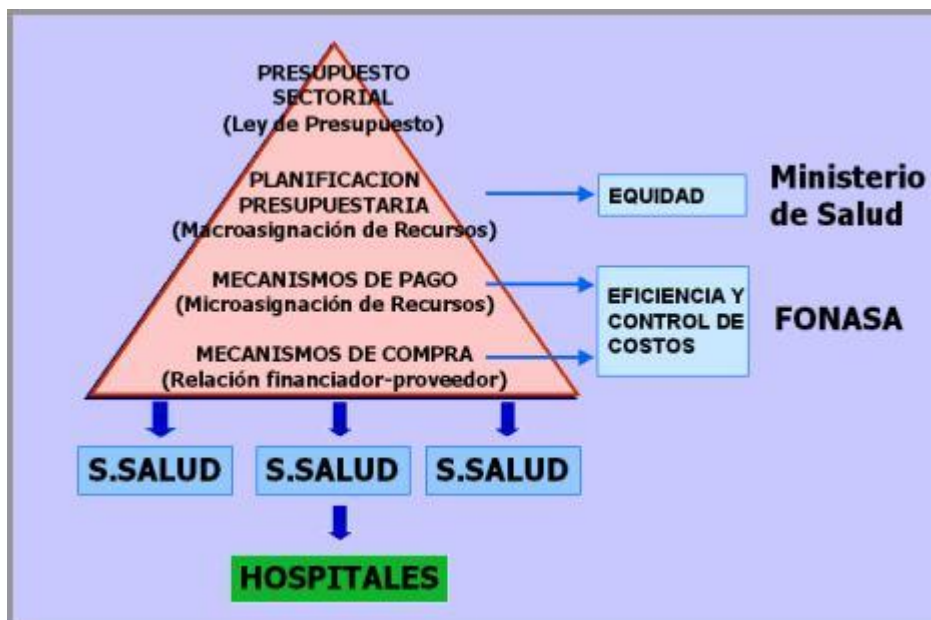
La autoridad sanitaria tenía también que definir una política de inversiones que mantuviera el equipamiento actual si es que existía, e incorporara nueva tecnología necesaria para dar una mejor respuesta a las prestaciones otorgadas, y ver si se justificaba la implementación de nuevos polos de desarrollo, todo esto mirando un poco la realidad nacional tanto pública como privada. Hemos dado mucha importancia a complementar la red pública y privada, si bien tenemos nuestra columna vertebral en el sector público, tampoco se trata de desarrollar polos en lugares donde el sector privado tiene la infraestructura y tiene el equipamiento, y donde nosotros estaríamos gastando innecesariamente recursos cuando podríamos ir a comprar en el sector privado.

Una de las tareas fundamentales y realmente para nosotros en estos momentos necesaria, es la elaboración de protocolos y guías clínicas para que estas acciones de salud se entreguen en la mejor forma posible. Elementos que para FONASA son indispensables porque estaríamos midiendo a través de eso los resultados sanitarios, no solamente los financieros. Nuestra gran preocupación es que nosotros le podemos comprar cien trasplantes renales a un determinado establecimiento, no es un buen ejemplo porque no hay mucha mortalidad en los trasplantes renales, pero si de esos 100 aparecen 80 fallecidos o rechazados como resultado, nosotros tendríamos que medir por qué está ocurriendo esto y no le corresponde al ente financiero hacerlo sino a la autoridad sanitaria.

ROL DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

Respecto a la administración financiera, en el **Gráfico 5** se puede ver cómo funcionamos nosotros desde el punto de vista de la administración financiera en este contexto Ministerio-Fonasa.

Gráfico 5 La administración financiera



Fuente: Cecilia Jarpa, FONASA

Hay un presupuesto sectorial que es la Ley de Presupuesto que está en la cúspide de la pirámide, a la que le corresponde fundamentalmente relacionarse al Ministerio de Salud con sus autoridades, con el hermano mayor que es el Ministerio de Hacienda, un superduro que nos fija las reglas del juego por más que hagamos todo este ejercicio que anteriormente les mostramos.

La planificación presupuestaria la hace también el Ministerio, la macroasignación de recursos, con un criterio fundamental que es el criterio de equidad. Y después bajamos al mecanismo de pago, que es la microasignación de recursos con nuestro objetivo último que es la eficiencia y el control de los costos, y a través de los mecanismos de compra que hacemos en la relación entre el financiador y el proveedor, los servicios de salud y estos a su vez con los hospitales.

En estos momentos hay un gran movimiento en Chile, ya que los hospitales se quieren relacionar directamente con el comprador no pasando por este servicio de salud, que a veces, en su rol normativo y regulador, se excede y les cobra un peaje muy grande en términos de recursos. Entonces quisieron relacionarse directamente con nosotros, lo cual nos parece bien siempre y cuando no se rompa la red. Uno de los proyectos de ley que está en el Parlamento hoy día trata de estructurar la red, de modo tal que pueda haber una autogestión hospitalaria, sin romper la estructura de la misma, porque si los dejamos sueltos a los hospitales, a cada cual se le va a ocurrir desarrollar toda la tecnología más específica posible y vamos a tener centros de trasplantes de pulmón en todas las regiones del país, conocemos a los médicos.

Veamos ahora cómo trabajamos nosotros. Lo que empecé a hacer en FONASA con un equipo que sigue trabajando en esto, yo ya no estoy en la parte operativa pero es la parte con la que empecé a trabajar.

Una vez que tenemos definido el producto por el Ministerio, nosotros empezamos rápidamente a construir las canastas que son los paquetes asociados a diagnósticos. Construimos la canasta y al mismo tiempo caracterizamos la demanda a través de la oferta, no teníamos otro mecanismo para hacerlo, le preguntábamos a los servicios de salud cuál era su demanda, ellos bien o mal estimaban su demanda, generalmente mal porque no tenían un registro por lo que había una demanda oculta muy grande, y caracterizábamos la oferta también pública y privada.

Luego hacíamos los estudios de costo para fijar el precio de la canasta, teníamos el marco financiero por supuesto fijado por el hermano mayor, el Ministerio de Hacienda, así que no podíamos desligarnos de eso para determinar la cantidad de prestaciones que íbamos a comprar, porque teníamos los precios y además el cupo estaba determinado por la plata que nos estaban dando y no por la demanda. La demanda no se cubría totalmente, teníamos un marco fijo y rígido. Determinábamos los cupos, hacíamos una negociación que le pusimos muy grandilocuamente licitación, intentamos jugar a que la palabra licitación entrara porque en realidad de licitación no tenía mucho, pero entró el concepto de licitación con el sector público que fue muy duro, pero negociamos con ellos cupo y precio, poníamos precios máximos y le decíamos si usted ofrece menor precio comprará más. Entraron en el juego y algunos ofrecían un peso menos para tratar de conseguir más cupo, pero en definitiva se trata de un ejercicio que ya se introdujo en la relación de los servicios de salud y que es muy positivo.

Todo esto terminaba en un convenio que se firmaba con el Ministerio de Salud, el Director de Fonasa y el Director de Servicios, y que luego íbamos monitoreando.

Construíamos la canasta tratando de ver qué prestaciones estaban asociadas a una determinada prestación trazadora, que generalmente eran intervenciones

quirúrgicas, trabajamos primero con lo de más alto costo y, finalmente, lo de más alto costo eran intervenciones quirúrgicas.

La primer área que trabajamos fue la cardiovascular, ya que es la primera causa de muerte en Chile y creemos que acá también. Teníamos una brecha enorme, y nos dimos cuenta que lo que era la cirugía con circulación extracorpórea y los procedimientos hemodinámicos estaban absolutamente sin hacer por el costo que tenían. Empezamos por ahí, miramos las prestaciones trazadoras, vimos lo que se asociaba a esas prestaciones, días camas, exámenes y procedimientos, intervención quirúrgica, frecuencia de uso, precios unitarios y sacamos el costo total.

Para elaborarlas, lo primero que veíamos eran los criterios de expertos, pero también nos fuimos a revisar fichas clínicas. Y revisamos cientos y cientos de fichas, y sacamos promedios y frecuencias promedio, hasta que establecimos el costo de la canasta. También mirábamos los estudios nacionales e internacionales, aunque estos últimos están sumamente lejos de nuestra realidad.

Cuadro 1 Ejemplo de canasta: Escoliosis (resolución quirúrgica)

Código	Prestación	Frecuencia	Arancel 2000	Valor Total
0203001	Día cama hospitalización	13	22.000	292.127
0203002	Día cama UTI	1	91.460	91.460
0203005	Día cama Intermedio	1	44.190	44.190
0301034	Grupo Sanguíneo ABO y Rh	1	1.060	1.060
0301045	Hemograma	2,5	1.490	3.725
0301059	Protrombina, tiempo o consumo	1	750	750
0301085	Tromboplastina (TTPK, TTPA o similares)	1	1.160	1.160
0302032	Electrolitos plasmáticos	5,4	650	3.510
0302046	Gases y Eq. Acido base	0,6	1.660	996
0302047	Glucosa	1	560	560
0302057	Nitrogeno ureico o urea	1	560	560
0302060	Proteínas totales o albúmina, cAU	0,75	740	555
0309022	Orina completa	2	990	1.980
0401049	Rx. Columna total o dorso lumbar	8	6.820	54.560
0403009	TAC columna dorsal o lumbar	0,75	35.740	26.805
1701001	E.C.G	0,5	3.270	1.635
2104213	Escoliosis, Trat. Quir.con prótesis	1	1.966.970	1.966.970
2104113	Escoliosis, Trat. Quir.sin prótesis	0,2	405.640	81.128
	Corset	1	125.268	125.268
	TOTAL			2.699.000
	TOTAL US\$			5.092

Fuente, Cecilia Jarpa, FONASA

El **Cuadro 1** es el ejemplo de una canasta. La frecuencia promedio, el arancel del precio que tenemos y el valor total. Lo que nosotros transamos con nuestros prestadores no es la canasta abierta, nosotros transamos el precio. Y lo que le decimos es *“con este precio usted me resuelve esta intervención o esta patología”*; generalmente no les abrimos la canasta. En el comienzo cometimos el error de abrirles la canasta y nos decían *“pero dice proteínas totales 0.75 y yo hice 0.85 y quiero que me la pagues”*, o cosas por el estilo. El problema es cómo negocias: o negocias el paquete y el precio, como lo hemos hecho con ellos mismos y lo saben, que todo lo que ellos realizan está promediado, y compartimos el riesgo tanto el prestador como el financiador.

En el **Cuadro 2** hay otro ejemplo de canasta de trasplante renal, que nos parece interesante porque es una multiccanasta. Hicimos canasta de todas las etapas del trasplante, hasta la etapa de mantenimiento y las drogas inmunosupresoras, los estudios de histocompatibilidad y el procuramiento de órganos. Estas son a su vez unas pequeñas canastas por separado, otra el trasplante renal como injerto, y otra la

de la nefrectomía como intervención quirúrgica, y cuando hablamos de procuramiento de órgano no hablamos de la nefrectomía sino de las acciones de coordinación del procuramiento de órgano y la medicación inmunosupresora.

Cuadro 2 Ejemplo de canasta integral Trasplante renal

Estudio de Histocompatibilidad	259.510
Procuramiento de Órganos	306.500
Trasplante Renal (contempla la Intervención quirúrgica, hospitalización y exámenes de laboratorio, imagenología, medicina nuclear, procedimientos, hemodiálisis y medicamentos)	1.381.260
Nefrectomía (contempla la Intervención quirúrgica, hospitalización y exámenes de laboratorio, procedimientos y medicamentos)	354.490
Droga Inmunosupresora	2.793.170
Total \$	5.094.930
Total US\$	9.613

Fuente: Cecilia Jarpa, FONASA

Los estudios de costos de la canasta son los estudios de costos que deben conocer y son la metodología que se utilizan en todos lados, esto es costo directo e indirecto. Nosotros en los costos directos ponemos al recurso humano, muebles y equipos e insumos, y como costos indirectos los costos de mantención, administración y unidades de apoyo. Pero nos gustaría tener incluida la inversión, y ese es un gran desafío, el de poner la inversión dentro de los precios.

Los estudios de demanda. Aquí la demanda la hacemos a través de la demanda expresada que tienen los servicios de salud, los estudios epidemiológicos, los juicios de expertos, los estudios internacionales y los estudios de la oferta potencial por centro, ya que esa es una pregunta que les hacemos sobre qué capacidad de oferta tienen.

A veces jugamos a otra cosa, y es cuál es su demanda total, si es que la pueden expresar, y si son capaces de hacerse cargo de su demanda con sus recursos o deben recurrir a recursos externos. Es decir, ahí les preguntamos si son capaces de comprar al privado haciéndose responsable de sus servicios de salud. Eso también es un bonito avance que se ha dado en algunos casos de tratar de cambiar el concepto de trabajar desde la demanda.

Otro rol de la autoridad financiera consiste en negociar con los proveedores. Firmamos los contratos y le planteamos en los contratos algo muy interesante, que es el control y evaluación de los compromisos y reliquidación financiera. Esto significa que lo vamos controlando mes a mes, y si concordamos y convenimos en 100 trasplantes renales, los 100 tienen que venir con nombre y con número del carnet de identidad. El paciente tiene que venir bien identificado porque usamos la base de datos de FONASA, y si el paciente es de una ISAPRE no se la va a dar. Entonces los obligamos con esto a cuidar sus recursos porque normalmente ellos no hacían este ejercicio, y las ISAPREs usaban los establecimientos del sector público

para beneficiarios que estaban cotizando permanentemente en las ISAPREs y luego, ante una enfermedad de alto costo, se iban a atender al sector público como indigentes. Es un control de afiliación, pero esos 100 tienen que ser nuestros.

En los primeros años nos movimos tratando de llegar al final de año con más o menos actividad hecha. Si había menos actividad hecha planteábamos la deuda para el año siguiente. Al cabo de dos o tres años nos dimos cuenta que no era bueno para ellos porque era un castigo de ineficiencia también. Aparecían con cumplimientos bajos respecto al 100%, y entonces empezamos a ajustar las cuotas en el transcurso del año. En septiembre veíamos que un prestador que nos había comprado 100, había hecho alrededor de 20, y le decíamos que entregara la plata porque iba a llegar con un 50% de cumplimiento, y mejor que esa plata le quedara para el otro año y con menores valores porque no sería inflactada. Ellos empezaron también a recoger y como normalmente habían otros que sí querían hacer, empezamos a reasignar internamente dentro de las áreas.

Esto fue interesante como ejercicio, pero también al cabo de unos años nos dimos cuenta que era muy inequitativo desde el punto de vista del usuario, porque de nuevo estábamos siendo muy equitativos con el prestador. Estábamos parados frente al prestador y el usuario nos estaba importando un poco menos, porque a veces un hospital del sur, decía *"no puedo llegar a hacer tantas cirugías cardiovasculares, te devuelvo los cupos, te devuelvo la plata"* Pero por otro lado estaba al norte Valparaíso que decía *"yo quiero más"*, y entonces le entregábamos la plata a Valparaíso, sin pensar que los que realmente estaban pagando al costo eran los beneficiarios de ese primer hospital del sur de Chile. Entonces lo que estamos haciendo ahora sería como decir *"te sacamos la plata pero te sacamos los beneficiarios también"*, y se van a otro centro y resolvemos el problema del beneficiario, porque en definitiva nuestro cliente principal es el beneficiario.

Y finalmente, nuestro rol es analizar el impacto financiero de esta nueva modalidad de compra. No hemos escrito nada sobre ello, pero desde el punto de vista de la gestión hospitalaria más que desde la gestión servicios de salud, nació un excelente instrumento. Los hospitales están muy contentos con este instrumento, saben exactamente a qué está dirigida la plata que está llegando por esta vía, mientras que el resto de la plata viene en una bolsa grande que no saben para qué es utilizada exactamente.

Algunas de las áreas que hemos trabajado son: la cardiovascular, el cáncer infantil en un 100%, debíamos haber dicho cáncer total, pero el infantil lo tenemos cubierto al 100%, los accidentes, especialmente los politraumatizados, la neurocirugía, tenemos algunas cosas graves como los aneurismas, quistes y tumores cerebrales, las disraquias y estenoraquias, aunque muchos dicen que esto no debiera estar ahí.

En lo cardiovascular tenemos la cirugía de circulación extracorpórea y todo lo que es hemodinamia cada vez con mayor intensidad, versus la cirugía cardiovascular de menor costo, pero que también está hecha con un protocolo muy estricto; la insuficiencia renal crónica que es nuestro gran problema, no sé si para Argentina también, pero nos come toda la plata. Tenemos una cantidad de hemodializados espantosa, nos crece a una tasa de un 10% anual, tenemos un crecimiento neto de 800 pacientes anuales y creemos que cualquier esfuerzo que pongamos será probablemente superado en el largo plazo. Tenemos el problema de los trasplantes renales, no sabemos por qué razón ha bajado la donación de órganos, también pensamos que hay una pequeña inducción para que el paciente siga en hemodiálisis y no vaya a trasplante. Tenemos 7.300 pacientes en hemodiálisis y tenemos 1.500 en espera de trasplante renal, nos parece raro, no tenemos protocolos muy acabados, muy finos como para meternos realmente en esto y ver por qué tenemos tantos

hemodializados, pero aparece desde el punto de vista epidemiológico como lógico, es un país que no está poniendo mucho en la prevención, es una de las enfermedades que va creciendo.

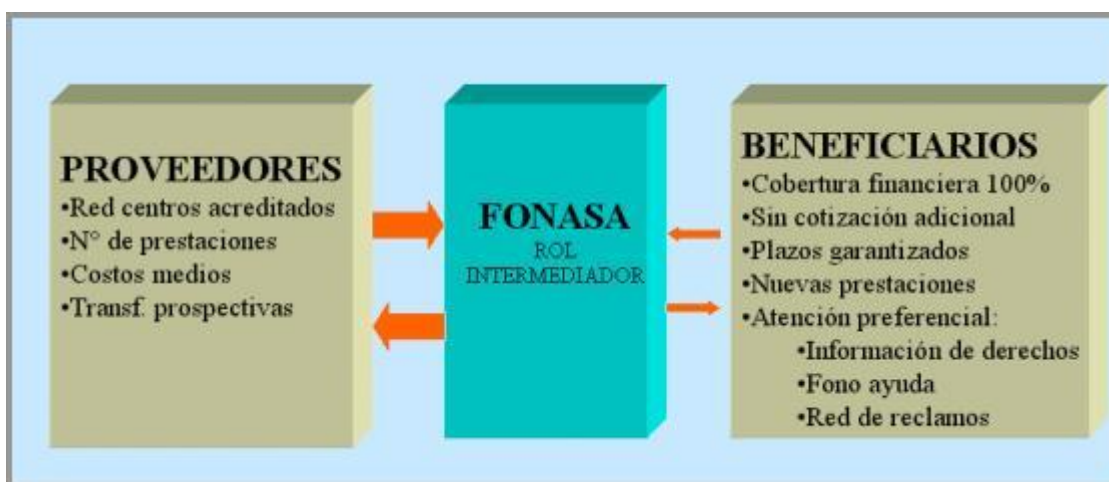
Nosotros este año estamos cubriendo la eritropoyetina para los hemodializados y para todos los niños menores de 15 años, y es un costo altísimo. Luego tenemos también tenemos trasplantes hepáticos, la escoliosis, la fibrosis quística, el SIDA, el cáncer de mama y uterino, y la atención integral al paciente fisurado.

Ustedes ven ahí, que hay muchas cosas que no aparecen como priorizadas, pero ahí funcionó esto que les decíamos, el impacto social o la definición política de prioridades, porque el paciente fisurado está en el programa de prestaciones complejas. Nosotros trabajamos al paciente fisurado pero darle una lógica compleja como en un paquete que dura 15 años, desde que el niño nace hasta que tiene 15 años, con todas las operaciones y toda la integridad de atención que tiene en esos 15 años y eso es lo que pagamos.

DEL PROGRAMA DE PRESTACIONES COMPLEJAS AL SEGURO CATASTRÓFICO

Hasta el momento estábamos mirando a los prestadores, eran nuestro eje central del trabajo, de pronto en el año '98 ya estábamos firmes y bien parados y nos dimos vuelta hacia los beneficiarios, para decirles cuáles eran sus beneficios. Ahí salimos con una política comunicacional y con una oferta al beneficiario, que es la misma que tenía antes sin cotización adicional, con plazos garantizados y la oferta fundamental era que la cobertura financiera iba a ser 100%, porque antes ellos pagaban el 10% y el 20% de la atención, y a partir de ese momento pagan 0%.

Gráfico 5 Del Programa de prestaciones complejas al seguro catastrófico



Fuente: Cecilia Jarpa, FONASA

CONCLUSIONES DE NUESTRA TAREA

Simplemente listaremos las conclusiones de nuestra tarea o programa:

- § Garantiza la igualdad de acceso y la equidad entremedio.
- § Releva la necesidad de priorizar los problemas de salud. En países como los nuestros donde los recursos de salud van a ser siempre insuficientes es

absolutamente indispensable priorizar, sin que por eso se dejen de hacer las otras cosas. Creemos que la priorización tiene que ver con los plazos, con la calidad, con la protección financiera y con el acceso, el resto de las acciones de salud se tienen que seguir haciendo, ya que es responsabilidad del Estado responder a los requerimientos de salud de los usuarios.

- § Entrega derechos explícitos a las personas, las personas pueden reclamar.
- § Asocia financiamiento a resultado, que es un elemento fundamental desde el punto de vista de la gestión financiera.
- § Fortalece el proceso de separación y complementación de funciones.

TAREAS PENDIENTES.

- § **Acreditación:** Una de las grandes tareas pendientes es la acreditación. No sólo de los establecimientos del sector público, sino también la acreditación del sector privado, poner plazos rigurosos para cumplir las pautas que ahí se establezcan. Hasta el momento nos hemos movido, entre la acreditación histórica y algunas pautas mínimas que no hacen relación con lo que hubiera sido una acreditación que responda eficientemente al accionar de los establecimientos.
- § **Desarrollo de protocolos clínicos basados en evidencia:** tarea que en estos momentos está asumiendo el Ministerio de Salud en el contexto de la reforma con mucho énfasis. Nosotros estamos implementando el régimen de garantías explícitas, donde está todo protocolizado desde la atención primaria hasta la recuperación total y el protocolo va desde el inicio al final. El desafío que tenemos ahora en el contexto de la reforma es dar una resolución integral al problema de salud, y no sólo quedarnos en el penthouse de alto costo y alta complejidad, sino integrar desde la prevención y promoción hasta la solución y rehabilitación.
- § **Definición e inversión en Polos de Desarrollo** con una mirada nacional.
- § **Estimación de la demanda real** (demanda oculta), en base a tasas de incidencia y prevalencia.
- § **Optimización de la red nacional público – privada:** realmente armar una red que complemente ambos subsistemas utilizando de la mejor forma posible la infraestructura y el equipamiento existente.
- § **Aumento de cobertura:**
 - Incorporación de nuevas prestaciones
 - Resolución integral de las patologías
- § **Revisión periódica de precios:** Aquí hay un tema muy importante para nosotros porque estos precios los establecimos en un determinado momento del tiempo y los vamos inflactando de acuerdo al inflactor que nos da Hacienda, no siempre responde a un inflactor real de salud, porque los insumos en salud, los medicamentos, la nueva tecnología, aumentan de precio en otra proporción, entonces los precios se nos van quedando siempre atrás. Esta revisión de precios nos enfrenta con Hacienda dentro de un marco rígido que nos dice que no se pueden subir los precios, porque los precios los determinaron hace dos años. Estamos planeando solicitarle a Hacienda un

inflactor especial para salud, que no sea el que le da a vivienda, educación y los otros sectores.

§ **Análisis del impacto sanitario a través de indicadores de salud**, que es una tarea exclusivamente de la autoridad sanitaria.

EL SEGURO CATASTRÓFICO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PRESTACIONAL (ISAPRES)

Debiéramos terminar aquí, pero quisimos arriesgarnos a mostrar brevemente lo que pasó con las ISAPREs cuando lanzamos esto. Fue en octubre del año '98, salimos con bombos y platillos hablando de nuestro seguro catastrófico, que como habrán entendido está basado fundamentalmente en el riesgo sanitario, no está basado en los costos, estamos priorizando el riesgo sanitario y el alto costo pero el eje central es el riesgo sanitario. Y las Isapres se vieron obligadas a implementar algo similar. Porque en realidad este es un segurito, una cosita chiquitita, creemos que el gran plus de este seguro es que obligamos a las Isapres a implementar un seguro catastrófico, ese es nuestro gran logro.

Vamos a tratar de mostrar un par de cosas de las Isapres, empezando por ver **cómo eran estos seguros de salud privados antes del 2000**, y para ello resaltamos las siguientes características:

- § Financiamiento por cotización obligatoria + cotización voluntaria
- § Seguros de carácter individual
- § Riesgo diversificado por edad y sexo
- § Exclusiones y Preexistencias
- § Baja cobertura a enfermedades de alto costo

La ISAPRE se financia con una cotización obligatoria igual que la de los otros seguros, que es del 7%, más una cotización voluntaria que depende de los planes. Nadie tiene en la ISAPRE la cotización del 7% solamente, porque eso no le cubre nada. Entonces hay disponibles diversos planes donde los beneficiarios tienen que aportar más recursos para ver qué cobertura tienen. Son seguros de carácter individual, está el riesgo diversificado por edad y sexo, hay exclusiones, hay preexistencias y hay una baja cobertura en enfermedades de alto costo. Esto era así antes del 2000.

En el 2000 sacan el seguro catastrófico que tiene las siguientes características:

- § Cubre todo tipo de enfermedad diagnosticada mientras se tiene el seguro
- § Algunas exclusiones (patologías psiquiátricas, adicciones, tto. de infertilidad, ttos. dentales y atención ambulatoria - con algunas excepciones)
- § Financiamiento mediante prima adicional (US\$1 por beneficiario mensual)
- § Deducible cada dos años (mayor entre US\$1.350 y 2 rentas, con tope de US\$1.890)
- § Red cerrada de atención médica

Como vemos este seguro se financia con una prima adicional que baja y sube según dólar por beneficiario mensual. Realmente cuando lo escribimos no estaba segura si ponerlo o no, porque me daba vergüenza, un dólar mensual no es nada, uno tendería a pensar “*pobres ISAPRES...*”, pero ellos antes de lanzar esto hicieron un fondo con el 2% de las cotizaciones de todos los beneficiarios, que les dio como para posteriormente aplanar la cotización mensual, es decir que hicieron su trampita entremedio. Y además con ello tienen un deducible, el seguro los cubre con un deducible cada dos años si su copago es mayor a 1.350 dólares y con un tope de 1.890, solamente si llegan a ese tope como copago empieza a funcionar el seguro catastrófico. Finalmente digamos que funciona en una red cerrada de médicos.

Cuadro 3 Comparación entre el seguro catastrófico público y el privado,

	PRIVADO	PÚBLICO
Cobertura	Todas las enfermedades con exclusiones	Tratamientos e intervenciones priorizadas
Copagos	Deducible cada 2 años	No hay
Financiamiento	Mediante prima adicional	Sin prima adicional
Red de atención	Red cerrada de atención	Red pública y convenios privados

Fuente: Cecilia Jarpa, FONASA

En el **Cuadro 3** hacemos una comparación entre el seguro catastrófico público y el privado, la cobertura, todas las enfermedades con exclusiones en el privado, nosotros hablamos de tratamiento e intervenciones priorizadas. Además está el deducible cada dos años en el caso del privado, nosotros no tenemos deducible sino solamente 7% de cotización. El financiamiento se hace en el privado mediante una prima adicional, nosotros no tenemos prima adicional, y finalmente los privados tienen una red cerrada de atención, en tanto que a nivel público tenemos un red pública con centros privados bajo convenio.

Este breve colofón era un poco para mostrar lo que están haciendo las ISAPRES, y concluir de este modo la exposición y quedar a su disposición en el caso que haya preguntas o inquietudes respecto al tema.

APUNTES DEL DEBATE

§ **Coordinadora Lic. Laura Lima Quintana:** *Voy a aprovechar mi condición de coordinadora para hacer dos comentarios casi valorativos: el primero es que lo*

que nos han contado de la APE nos muestra que, independientemente de la situación tan difícil de la coyuntura, las medidas no parecen tan coyunturales y manifiestan una nueva tendencia que puede mejorar bastante la situación general de este grupo de obras sociales. Además hemos tenido acceso a información interesante que, obviamente, no es toda la información que quisiéramos pero es suficientemente útil y mejor a la que se obtenía anteriormente.

Quiero agradecerle especialmente a Cecilia Jarpa la generosidad con que nos transmite y nos cuenta su experiencia y que es para nosotros muy útil. Ella estuvo en uno de los talleres que hicimos el año pasado con el tema del seguro, que nadie quiere que llamemos "catastrófico" porque se asocia a otras cosas pero, lamentablemente, como es la terminología internacional, volvemos a decir "catastrófico" ya que así la mayoría entiende de qué hablamos.

Antes de pasar a las preguntas voy a agregar un comentario relacionado con mi participación en el proyecto. Se recopiló información de diversas instituciones logrando algunas tasas de utilización y conformando unas primeras planillas que, pese a algunos resultados algo desconcertantes, permiten ciertas comparaciones.

Para ordenarnos un poco vamos a comenzar con aquellos participantes que tengan preguntas respecto a la primera parte de la presentación del Lic. Eugenio Zanarini, sobre la Administración de Programas Especiales.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Quisiera que me aclarara cómo se maneja actualmente el Fondo Solidario de Redistribución, si está auxiliando a las obras sociales directamente o si se maneja con la APE.*

§ **Lic. E. Zanarini:** Vamos por partes. Del Fondo Solidario de Redistribución una cosa es el subsidio automático, que no es un auxilio a las obras sociales deficitarias sino una compensación por aquellos beneficiarios que no llegan a un mínimo de aporte. Entonces esto lo hace la AFIP en base a las declaraciones juradas de los empleadores, la AFIP directamente del Fondo Solidario redistribuye a las obras sociales. A partir de ahora lo que hace es pagar la diferencia entre el aporte y contribución que tiene un titular y su grupo familiar, tiene que tener \$20 por el titular y \$15 por el grupo familiar, la diferencia la pone del Fondo Solidario. Este es un sistema que sigue, y en el que la idea es profundizar en que se termine pagando el subsidio por riesgo. Hoy incorporamos la cantidad de beneficiarios titulares o el grupo familiar, pensamos que hay que incorporar el dato del grupo étéreo, hay que tener en cuenta la región y también la actividad. Es decir, pensamos que se puede ir acotando por riesgo como para que, ya que es un sistema de redistribución, se haga más equitativa la carga, porque hay muchas obras sociales que tienen muchos jubilados, etc.

Lo que nosotros suprimimos es la asistencia financiera. El APE no es que no daba prestaciones, del total de su presupuesto, que era mucho más exiguo que éste, prácticamente el 40% lo aplicaba a prestaciones, y ahí es que nos encontramos con una cantidad de expedientes de prestaciones que tenían un atraso muy grande. El resto eran expedientes de asistencia financiera, por reingenierías, despidos de personal o infraestructura. Hablamos mucho del sindicalismo, y de esto y lo otro, y el 50% de toda esta plata se la llevaron los ADOS¹; de estos \$120

¹ Asociación de Obras Sociales (ADOS)

millones, prácticamente el 50% se la llevaron los ADOS. Y el 70% ADOS intervenidos y obras sociales intervenidas, no tanto dirigentes sindicales, que no digo que sean santos ni mucho menos, pero uno carga siempre las tintas sobre un sector y es todo el sector salud de la seguridad social el que tiene que replantearse éticamente muchas cosas. Pero el 70% de esos \$200 millones, cuando uno empieza a ver las obras sociales, primero no encuentra obras sociales de las 20 grandes, ni OSECAC ni OSDE recibieron subsidios de asistencia financiera, y si muchos ADOS y obras sociales chiquitas que uno se pregunta cómo le dieron \$2 millones a una obra social que no lo recauda nunca, y por ahí se lo dieron para construir consultorios externos.

Siguiendo con las aclaraciones, el porcentaje de aporte de las obras sociales al Fondo Solidario de Redistribución, en el caso de las obras sociales sindicales, subió del 10% al 15% cuando el trabajador percibe más de \$1.000 de sueldo. Lo que se quiso hacer es una solidaridad intrasistema, o sea, que paguen más si tienen muchos más trabajadores de \$1.000, porque había una inequidad grande. Porque puede haber obras sociales de dirección, pero muchas de las privatizadas tienen muy buen sueldo, las obras sociales que quedaron de las empresas privatizadas tienen muy buen nivel de sueldo, y esas obras sociales pagaban al Fondo Solidario igual que las obras sociales que tienen peones rurales, por decirlo de alguna manera. Lo que hicimos fue tratar que dentro de cada uno de los sistemas, tanto el de dirección como el sindical, hubiera un poco más de solidaridad en función a sus ingresos.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Quisiera que me aclarara cómo se está dando la situación respecto a adhesión o inclusión en el sistema de las obras sociales provinciales.*

§ **Lic. E. Zanarini:** Tal como está el esquema hoy no es que nosotros hagamos intentos, son las obras sociales provinciales las que tienen que adherir o no al sistema. Si yo fuera obra social provincial, tal como viene la mano, ahora tampoco lo haría. Ustedes saben el ruido que causó el tema de OSBA en la Ciudad de Buenos Aires. Hoy el sistema es muy poco lo que le puede ofrecer a las obras sociales provinciales como para que adhieran, y encima corren el riesgo de quedarse sin afiliados o de sufrir el descreme que han sufrido todas las obras sociales, porque cuando uno habla de crisis del sistema no se puede olvidar de la desregulación. Me acuerdo que la desregulación, cuando el que trabajaba en un banco, la gran ventaja que tenía era pertenecer a la obra social de los bancarios, y los dirigentes eran los mismos, pero hoy los bancos, por lo menos los que tienen los mejores sueldos, tienen a su gente en prepagos, y la obra social bancaria tiene que darle todas las prestaciones a los que no se fueron con la gente de sueldos más bajos o la gente de sueldos de la banca oficial, pero perdieron toda la banca extranjera que está ligada a los prepagos. Y en el caso de bancarios tenían ingresos de otra naturaleza como la ley del impuesto a los cheques.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Me llamó la atención cuando nombró la cantidad de portadores de HIV que tiene la seguridad social bajo asistencia. ¿Tienen más cifras de cuántos discapacitados están bajo asistencia por la seguridad social y de cuántos enfermos de SIDA?*

§ **Lic. E. Zanarini:** Tenemos un padrón específico en el que registramos a todos los enfermos crónicos, y las obras sociales nos han ayudado mucho si bien anteriormente no eran muy proclives al envío de información. Y en esto tienen que

ver la razón del éxito de poder haber hecho el padrón de beneficiarios que ya tienen un 95% de las obras sociales. También tenemos padrones de cada una de las enfermedades que tenemos, y sabemos cuantos hemofílicos, cuántos sidóticos, cuántos pacientes que requieren hormonas de crecimiento, es decir para cada uno de los programas tenemos identificados a los beneficiarios.

§ **Pregunta:** *Habló de 20 obras sociales que representan el 80% de los subsidios y que eso representaba el 66% de los afiliados, ¿y con respecto a aportes?*

§ **Lic. E. Zanarini:** La verdad es que no lo hicimos, pero viendo que están OSDE y ASE entre esas 20, diríamos que con respecto a aporte debe ser mucho más alto el porcentaje que el 80% que dimos, porque las obras sociales de dirección tienen un peso muy grande en el aporte al Fondo Solidario, y además no se llevan nada de subsidio automático. El sistema descansa sobre las obras sociales de dirección. Y es algo que vamos a tener que rever porque hoy están pagando muy alto, pero el sistema viene muy atrasado, está en crisis, por lo menos hasta que termine la emergencia sanitaria y después veremos qué hacemos, si vamos a un seguro o si todo sigue igual. Pero es muy alto, están pagando el 20% de sus ingresos e irónicamente no hemos recibido demasiadas quejas de las obras sociales de dirección.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Soy médico, represento a un círculo médico del sur de la Provincia de Santa Fe, General López, donde estoy como responsable de una oficina de prepagos de la Provincia de Santa Fe en Rosario. Tal vez lo que pregunte sea obvio pero va a lo siguiente: recién en su charla vimos que tenemos un OSECAC, un OSDE o un ASE que tienen mucho más aportes; y cuando tengo \$100, desde lo que sería el APE, le voy a dar \$20 o \$12 a un OSDE y a un OSPRERA le doy \$1.31 de cada \$100. Mi pregunta es: ¿es equitativo realmente?, porque la cantidad de afiliados que puedo tener en el OSPRERA estaría, no diríamos como OSECAC u OSDE pero por ahí arriba, y a nivel cultural distinto, entonces exige mucho más la gente de OSDE o la de OSECAC.*

§ **Lic. E. Zanarini:** Esto es lo que debiera ser y en la práctica lo hemos hecho en el 2002, además por algunas razones particulares que son públicas; la Superintendencia mantiene un pleito con OSDE por reclamo de aportes al Fondo Solidario de los adherentes, un pleito millonario que se está discutiendo en Tribunales. Y estamos teniendo también, con las obras sociales de dirección, algunas posibilidades de acercamiento a ver si se puede dejar resuelto esto que va a significar mucha plata para el FSR. Y en función de eso en el caso de OSDE y ya al comienzo de la gestión, decidimos que hasta que no se resolviera este pleito no le íbamos a sacar aportes de común acuerdo, y no le íbamos a sacar subsidios porque es muy probable que lo pierdan.

En general, durante los primeros 8 meses priorizamos a todas las obras sociales de muy bajo ingreso, pero no las priorizamos porque estábamos convencidos de que había que hacerlo sino por necesidad. Porque venían desesperados porque no podían continuar, no podían pagar los sueldos, y hoy todavía hay obras sociales, a pesar que la recaudación está mejorando que tienen problemas serios de recaudación a pesar de haber hecho todo los deberes. El gasto nos ha restringido todo, la política de medicamentos genéricos ha bajado bastante el gasto en medicamentos en las obras sociales, los cortes de servicios también han

bajado bastante el gasto, pero cuando se tiene un problema en el ingreso es muy difícil la solución. Pero en general no es tan así que le estamos respetando a las de dirección todo, la verdad es que priorizamos las más pobres.

- § **Coordinadora Lic. Laura Lima Quintana:** *Vamos a ampliar ahora las preguntas al segundo bloque de la exposición de Eugenio Zanarini y a la de Cecilia Jarpa, tratando de mantenernos en la órbita de sus respectivas exposiciones, en especial respecto a los seguros catastróficos y las prestaciones de baja incidencia y alto costo.*
- § **Pregunta:** *Quería hacerle una pregunta a Cecilia Jarpa y después una a Eugenio Zanarini. El tema de que haya mejorado la atención a través de hospitales públicos y a través de la llegada de aportes, en relación con los privados, y considerando desde hace dos años atrás hasta este época, ¿los hospitales públicos están atendiendo más gente que los privados o sigue siendo similar a dos años atrás?*
- § **Lic. C. Jarpa:** Obviamente que los hospitales públicos están atendiendo a más gente porque le hemos puesto más recursos para esas patologías o problemas de salud. Hay algunas cosas de nuestros beneficiarios que no se hacen en los privados: por ejemplo los trasplantes no se hacen en el privado.
- § **Pregunta de la audiencia:** *Y en cuando al tema de calidad de atención y mejoramiento de infraestructura, ¿se ve eso en los hospitales?*
- § **Lic. C. Jarpa:** Estamos hoy día con un problema serio. Sentimos que en el '90/'92 se implementaron hospitales y establecimientos, se mejoró la infraestructura, pero hay obsolescencia en estos momentos del equipamiento y sentimos que no hay una preocupación para renovar eso. Pongo el caso de radioterapia: en radioterapia tenemos 6 centros públicos de radioterapia, que tendrán entre los 6, 10 o 12 máquinas, tenemos 23 centros privados de radioterapia. Y es ahí donde uno se hace la pregunta ¿vale la pena invertir \$1.000 millones en un equipamiento cuando al lado tenemos un equipo que está subutilizado?. Ahí es importante el poder negociar, poder decir "te compro pero a un precio que es el mismo que estoy comprando en el público". Pero todo esto exige una mirada nacional porque no se trata de destruir la república. La república tiene que ser el sustento de todo esto, pero el séptimo centro de radioterapia no se justifica.
- § **Pregunta:** Cuando habló del seguro de trasplantes para los sin cobertura exclusivamente, daba una cápita-beneficiario/mes de unos \$0.30 con gastos administrativos incluidos. Allí estamos hablando de la gente carenciada o sin cobertura; la gente que representa las obras sociales sindicales de la seguridad están a través del APE, y luego el APE los puede subcontratar, les quedan después las mutuales, cooperativas, medicina prepaga. ¿Tiene idea de cuál sería el valor para esa gente?
- § **Lic. E. Zanarini:** Ni idea, y tampoco participé. Ese costo fue hecho por el INCUCAI directamente, el costo de la APE era más alto que este costo-beneficiario/mes que mostramos antes. El costo de la APE es un costo que se obtiene de tomar lo que

presentaron las obras sociales en 3 años de promedio por la cantidad de beneficiarios del sistema. En cambio este costo es más elaborado, y allí están no sólo los costos reales que salen cada trasplante y del mix de esos trasplantes, sino las listas de esperas, la cantidad de casos a hacer, y por eso hay una proyección anual de \$62 millones, que tomando después los 17 millones de excluidos, dan los \$0.30 que decíamos. Hay una composición muy distinta de elementos al hacerlo, estamos contando cuánto es ex -post y ellos están haciendo una proyección con los casos que saben que están en lista de espera para trasplante.

- § **Lic. L. Lima Quintana:** Se trabajó con los datos de INCUCAI porque tienen mejor registro y porque tienen toda la población, admitiendo que seguramente hay algunas provincias en las que no hay buen registro de la patología. Es decir que se observa una relación entre provincias muy pobres con muy poca gente en lista de espera que no corresponde al perfil epidemiológico.

También pudimos ver que en relación a los valores por beneficiario para cubrir trasplantes resulta más caro cuanto menos gente se incorpora como beneficiarios del seguro, la población sin seguro da algunos centavos menos que si se toma a la población de las obras sociales (sin seguro alrededor de 17 millones mientras que de obras sociales son 11 millones) y cuando uno analiza los datos de entidades con menos población como la Red Argentina de Salud, para trasplantes, el valor por beneficiario es más alto.

El otro problema serio son los precios. Así como Cecilia Jarpa nos mostró cómo llegan a partir de un costo a negociar un precio, nosotros sólo tenemos precios. Y los precios dependen mucho de quién es el comprador, así que no son precios únicos que tiene el mercado sino que van cambiando con los compradores. Es un paso a avanzar.

- § **Pregunta de la audiencia:** Para Cecilia Jarpa. Soy el Dr. Manfredi, Presidente de una Federación Médica del Conurbano de la Provincia de Buenos Aires, y son dos preguntas: la primera si han avanzado en promoción y prevención y en el tema de los médicos de familia. Y por otro lado qué incidencia ha tenido el ingreso de aseguradoras extranjeras en la captación de afiliados en las ISAPREs u otros tipos de prepagos u obras sociales en Chile?

- § **Lic. C. Jarpa:** La primer pregunta me lleva a tratar un poco la reforma. Esto que hemos hecho, en el cuadro cuando poníamos que nos dimos vuelta hacia el prestador, debiera haber habido otro cuadro más. Estamos mirando ahora hacia las garantías explícitas. La gracia que tienen las garantías explícitas, además de explicitar garantías, es que toman los problemas de salud desde la promoción y prevención, ése es el gran salto cualitativo que tiene la reforma de salud en Chile. No es que no se hiciera promoción y prevención en Chile, sino que se hacían por líneas separadas. Si se está tomando ahora el problema cardiovascular, se toma desde la promoción, prevención, diagnóstico, sospecha, tratamiento, rehabilitación, como un todo. Los esfuerzos están dados en el nivel primario. ¿Cuál es el problema que sigue existiendo? Pues la desvinculación que tenemos entre niveles, ya que está por un lado la atención primaria municipalizada y este otro sistema que tenemos en la red, de la atención secundaria y terciaria. Un problema serio que tiene que ser resuelto y se está resolviendo con uno de los proyectos de ley de la reforma que tiene que ver con la autoridad y gestión de redes.

Lo otro, o sea el ingreso de las aseguradoras. No tengo un dato duro ahí. Tengo la impresión que no. Las ISAPREs en Chile han ido tendiendo las grandes a comerse

las chicas. No hay más que tres ISAPREs que realmente convocan a la mayoría de los beneficiarios privados, el resto se han ido muriendo solas, por eso creo que los privados o entran en asociación con las grandes ISAPREs o no están entrando solos, como por ejemplo la empresa ING.
