

Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reintegros en Argentina¹

Pautas para un análisis de equidad distributiva

Daniel Maceira²

2018

¹ Este documento es producto del convenio de cooperación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud. El autor agradece la colaboración de Natalia Espínola en la elaboración de este documento y los comentarios de Jorge Díaz y Clarisa Soto. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente las de las instituciones mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org.

² Ph.D. en Economía; Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Investigador Independiente del CONICET; Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires; Miembro del Consejo Ejecutivo de Health Systems Global.

Resumen

Los objetivos del presente trabajo son: (i) ofrecer una síntesis sobre los diferentes enfoques actualmente existentes acerca de cómo brindar cobertura a enfermedades de alto costo, dentro de un esquema más amplio de protección financiera en salud, (ii) resumir los aportes locales en términos de propuestas y normativas asociadas con la temática, en la búsqueda de una convergencia hacia una garantía común de derechos sanitarios en Argentina, y (iii) analizar la información públicamente existente sobre el uso de los recursos del Sistema Único de Reintegro (SUR), institución gestionada por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), y probablemente uno de los instrumentos más específicos dentro del modelo de atención argentino para el financiamiento de enfermedades de alto costo. La comparación internacional de este mecanismo de reasignación de recursos muestra, por una parte, una gran fortaleza en cuanto a la cobertura promovida, tanto en términos de patologías incorporadas como en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento garantizados. La amplitud del PMO no logra superarse por la gran mayoría de sus pares tanto dentro como fuera de la región. Asimismo, y según la normativa vigente, el SUR es una institución amplia en términos de objetivos de cobertura, en perspectiva con otros esquemas de cuidado y tratamiento de enfermedades de alto costo en naciones latinoamericanas. En segundo lugar, la construcción de tres indicadores de resultados para los recursos distribuidos por el SUR - de absorción de riesgo sanitario y demográfico, y de equidad en la asignación de recursos- muestra que, más allá de la relación positiva entre cantidad de beneficiarios y montos reintegrados, el modelo de transferencia de recursos define tendencias hacia una mayor capacidad de absorción de riesgo financiero y demográfico, aportando a la construcción de mayor equidad. Los resultados hallados dan reconocimiento de los logros alcanzados en la dirección de una creciente cobertura, la absorción de riesgos financieros y una tendencia a la homogeneidad en la transferencia de fondos a instituciones de seguridad social con diferentes capacidades de financiamiento. Sin embargo, la información disponible limita el estudio en detalle por línea de cuidado. Este aspecto es relevante a la luz de las diferencias de escala poblacional y perfil de necesidades teóricas de la población de cada Obra Social. Desde allí, surge la importancia de diseñar una agenda de trabajo que profundice algunas de estas temáticas: la búsqueda de mayor eficiencia mediante el uso de costos decrecientes a escala; profundizar el análisis y favorecer la eficiencia en los mecanismos de compra y contratación; particularmente, refinar los mecanismos de eficiencia distributiva del conjunto de instituciones, a la luz de un estudio de los costos reales de cobertura en atención médica y uso de medicamentos ambulatorios y de alto costo, y su dependencia de mecanismos robustos de evaluación de tecnologías y programas, a fin de alcanzar mayor eficiencia sistémica.

Índice

1-Introducción.....	4
2-Contexto Internacional.....	5
3-Marco Teórico. Mecanismos de Protección Financiera.....	8
4-Preguntas de Investigación y Metodología.....	9
5-Evidencia Internacional sobre Cobertura de Enfermedades de Alto Costo.....	10
6-Cobertura de Enfermedades de Alto Costo en Argentina.....	14
6.1-Breve Reseña del Sistema de Salud Argentino.....	14
6.2-El Papel de la Superintendencia de Servicios de Salud: el PMO y la Gestión de Programas Especiales para Enfermedades Catastróficas.....	15
7-El Sistema Único de Reintegro de las Obras Sociales Nacionales.....	18
7.1.- Escala de Beneficiarios y Equidad en la Transferencia de Recursos.....	19
7.2.- Riesgo Demográfico y Desempeño del SUR	21
7.3.- Un Indicador del Desempeño Institucional.....	23
8-Discusión.....	29
8.1.- Convergencia a la Equidad y la Eficiencia.....	29
8.2.- Asignación de Recursos a la Seguridad Social.....	31
9-Conclusiones.....	33
10-Referencias.....	36
Anexos.....	39

1- Introducción

El debate sobre envejecimiento poblacional y su impacto sobre el sistema de salud ha sido materia de análisis a nivel nacional (Maceira, 2014b) e internacional (Lee et al, 2010) durante los últimos años. En la medida que la población se vuelve más añosa, y la tasa de fecundidad se reduce por cambios en patrones sociales y económicos, la presión sobre el sistema es doble. Por un lado, se discute cómo sostener un programa de atención que redunde en una vejez sana y en una calidad de vida adecuada, y por el otro lado, es necesario estudiar cuáles son los mecanismos financieros para sostener estos parámetros de cuidado y calidad para toda la población, más allá de la capacidad de pago de distintos grupos sociales.

Asociado con el tema anterior, el desarrollo económico conlleva mejores condiciones de vida para el promedio de la población, y un avance epidemiológico desde perfiles de enfermedad, morbilidad y defunción asociados con vectores transmisibles hacia otros vinculados con enfermedades catastróficas, de alto costo de tratamiento y baja incidencia (Maceira, 2014^a). En la región latinoamericana, este fenómeno de transición epidemiológica ha sido particularmente marcado en las últimas dos décadas, como lo evidencian los indicadores de salud en todos los foros internacionales (World Development Indicators webpage).

Cómo los sistemas de salud logran incorporar estas demandas en su estructura de funcionamiento, y cuál es la efectividad de tales instrumentos en términos de satisfacción de necesidades y equidad distributiva es aún un tema abierto. Claramente, naciones con diferentes niveles de ingreso cuentan con mayor capacidad para contribuir a una más amplia y eficaz garantía de derechos, aunque la organización de sus sistemas sanitarios puede aportar a soluciones parciales o universales. Dentro de este marco, el debate actual sobre cobertura universal en salud a nivel global, regional y nacional ofrecen insumos para enriquecer esta discusión.

El objetivo del presente trabajo es el de contribuir a este debate, desde tres perspectivas. La primera de ellas es ofrecer una síntesis sobre los diferentes enfoques actualmente existentes acerca de cómo brindar cobertura a enfermedades de alto costo, dentro de un esquema más amplio de protección financiera en salud.

La segunda perspectiva de análisis propone una síntesis sobre los aportes locales en términos de propuestas y normativas asociadas con la temática, enmarcada dentro del funcionamiento del sistema de salud argentino, claramente segmentado en financiamiento y cobertura, exigido en la búsqueda de una convergencia hacia una garantía común de derechos.

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

La tercera mirada exhibe un análisis de la información públicamente existente sobre el uso de los recursos del Sistema Único de Reintegro (SUR), institución gestionada por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), y probablemente uno de los instrumentos más específicos dentro del modelo de atención argentino para el financiamiento del alto costo. Si bien su ámbito de influencia corresponde a los/as beneficiarias/os de la seguridad social nacional (Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección), dependientes normativamente de la Superintendencia, el interés de este trabajo es el de identificar si sus objetivos explícitos de cobertura y equidad financiera son identificables y medibles. A partir de allí surgirán elementos para un debate de política, intentando fortalecer las instituciones sanitarias del país.

La sección siguiente propone situar la discusión dentro del contexto de financiamiento y gasto en salud a nivel internacional y específicamente de América Latina, exponiendo un grupo de indicadores básicos por país sobre ingreso y desempeño sectorial. En la tercera sección se ofrece un marco teórico de discusión, de donde surgen las preguntas de investigación que guían este documento, cuya metodología de trabajo se describe en la cuarta sección.

El título quinto resume las experiencias internacionales en cobertura de las enfermedades de alto costo, utilizando para ello una selección de naciones extra e intra región. Los ejes de esta comparación se aplican en la sección siguiente al caso argentino, donde se sintetizan las principales normas y aportes locales en la materia, y particularmente asociados con el sistema de reintegros de la seguridad social.

Un detalle de la información disponible, la selección de indicadores de riesgo y desempeño del Fondo administrado por la SSSalud y la interpretación de sus resultados constituyen el foco de la sección séptima, abriendo el debate de políticas en los siguientes títulos del documento.

En definitiva, el documento propone un análisis del SUR como sistema de protección financiera para la población argentina bajo cobertura de la seguridad social nacional, colocándolo en el contexto de otros mecanismos similares dentro y fuera de la región latinoamericana. Este instrumento de gestión financiera potencia las posibilidades de solidaridad y eficiencia en la asignación de recursos dentro de la estructura de seguridad social en salud, alimentado a partir de los aportes de los trabajadores y sus empleadores. La información disponible permite establecer algunos ejes de análisis, que muestran una fotografía general de este instrumento institucional dependiente de la Superintendencia.

No obstante, una evaluación detallada requeriría acceder con mayor detalle a información sobre el financiamiento por líneas de cuidado, y contar con el vector de los precios abonados por la seguridad social. Asimismo, un estudio comprehensivo requerirá

conocer la estructura existente de los mecanismos administrativos de recepción, aceptación y desembolso de tales gastos entre las Obras Sociales y la SSSalud. A pesar de ello, el trabajo constituye un avance significativo en una línea necesaria que permita identificar los logros y desafíos del financiamiento y la gestión del sistema sanitario nacional.

2- Contexto Internacional

En la región de América Latina y el Caribe, la Argentina ha ocupado siempre los niveles más elevados en términos de producto bruto interno per cápita, un indicador tradicional asociado con el nivel de riqueza del país en el contexto internacional. A pesar de ello, los últimos años han mostrado un estancamiento relativo con respecto a otras naciones de ingreso similar, como son los casos de Chile y Uruguay, y recientemente de Panamá, una de los países del continente con mayor crecimiento. En todo caso, el sexto lugar dentro de la región, y el cuarto si se excluye a las naciones insulares del Caribe Inglés, ubica a la Argentina en una posición de privilegio con niveles medio-altos para los parámetros mundiales.

El gasto en salud, tradicionalmente uno de los más altos de la región, se muestra fuertemente devaluado de acuerdo con la última información recogida para el año 2015. Si bien una potencial explicación se vincula con los diferentes niveles de tipo de cambio utilizados durante ese período, que pueden llevar a una subestimación relativa de los desembolsos internos, su análisis requerirá de mayor seguimiento a futuro para brindar una lectura definitiva.

Por esta razón, el peso del sector salud dentro del producto bruto interno -del 6%-, establece valores por debajo de los niveles tradicionales, ubicados entre el entorno del 9%, lo que resulta convalidado por cálculos propios (Maceira, 2018). A pesar de ello, la participación pública sigue superando el promedio regional 55% y el gasto de bolsillo de ubica marginalmente por debajo del nivel latinoamericano (17,6% contra 31,5%), aunque por encima de los deseados, considerando las instituciones de protección financiera existentes en el país.

Dos indicadores sanitarios, la tasa de mortalidad infantil y el peso de las muertes por enfermedades no transmisibles sobre el total, cierran la Tabla 1, con valores relativamente satisfactorios, considerando los resultados sanitarios de las naciones con ingreso similar.

Tabla 1
Indicadores Básicos de Salud de América Latina y el Caribe

Países	PBI per cápita, USD PPA (p. internac. 2011)	Gasto en Salud per cápita USD PPA (p. internac. 2011)	Gasto Total en Salud (% PBI)	Gasto Público en Salud (% Gasto Total en Salud)	Gasto de bolsillo en salud (% Gasto Total en Salud)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Muertes por Enfermedad es No Transm. (% del Total)
	2017	2015	2015	2015	2015	2016	2016
Trinidad y Tobago	31.578	2.204	6,0	53,8	37,3	16,5	80,7
Bahamas	30.430	1.699	7,4	48,6	27,8	8,6	73,9
Panamá	24.446	1.543	7,0	61,6	30,5	14,1	74,6
Chile	24.085	1.903	8,1	60,8	32,2	7,2	84,7
Uruguay	22.562	1.748	9,2	69,8	16,2	7,9	84,9
Argentina	20.787	1.390	6,8	71,4	17,6	9,9	77,6
Barbados	18.639	1.234	7,5	45,7	45,2	11,4	82,8
México	18.149	1.009	5,9	52,2	41,4	12,6	79,9
Venezuela ¹	17.640	579	3,2	47,7	45,8	14,0	69,5
Costa Rica	17.044	1.286	8,1	76,0	21,5	7,7	83,3
Rep. Dominicana	16.030	873	6,2	40,3	43,7	25,5	72,3
Brasil	15.484	1.392	8,9	42,8	28,3	13,5	73,9
Suriname	15.114	1.017	6,5	50,5	10,1	17,8	75,9
Colombia	14.552	853	6,2	66,8	18,3	13,1	74,8
Perú	13.434	671	5,3	61,7	30,9	11,9	69,2
Ecuador	11.617	980	8,5	49,7	43,7	17,8	72,2
Cuba ²	11.600	2.475	11,1	95,6	4,4	4,2	83,7
Paraguay	9.691	724	7,8	53,5	36,5	17,0	74,4
Jamaica	8.995	511	5,9	58,6	23,7	13,2	80,0
Belize	8.590	524	6,2	66,4	22,7	12,8	67,4
Guyana	8.163	336	4,5	51,5	40,5	26,9	67,6
Guatemala	8.150	444	5,7	32,0	55,8	23,9	59,2
El Salvador	8.006	578	6,9	64,2	27,9	12,9	73,8
Bolivia	7.560	446	6,4	68,0	25,9	29,5	64,5
Nicaragua	5.842	406	7,8	56,5	36,0	16,8	76,4
Honduras	4.986	353	7,6	38,8	49,1	16,0	66,5
Haití	1.815	120	6,9	10,7	36,3	50,9	57,1
América Latina y el Caribe	14.629	1.011	7,0	55,4	31,5	16,1	74,1

(1) PBI per cápita y Gasto en Salud per cápita, USD PPA (p. internac. 2011) corresponden a 2014, último año disponible en base de World Bank. (2) PBI per cápita, USD PPA y datos de Gasto en Salud corresponden al año 2014. Fuente: The Economist.

Fuente: Elaboración propia en base a World Development Indicators-World Bank .

A pesar de ello, y considerando el contexto mundial, el país ostenta un nivel de gasto per cápita en salud que supera el monto esperado de acuerdo con la tendencia global, al igual que buena parte de sus pares regionales, según los valores representados en la Figura 2 a continuación.

A diferencia de Uruguay y Colombia, por ejemplo, Argentina cuenta con niveles de participación de su sector público y de la seguridad social por debajo de su expectativa, aunque en mejor posición que Brasil y México (Figura 2). Por otra parte, y en parte como consecuencia de lo anterior, el gasto de bolsillo en porcentajes del desembolso total en

el sector salud convoca a un llamado de atención para limitar su incidencia, según refleja la tendencia mundial de la Figura 3.

Figura 1
Riqueza y Gasto en Salud
Producto Bruto Interno per cápita y Gasto en Salud per cápita en dólares PPA.
Año 2014

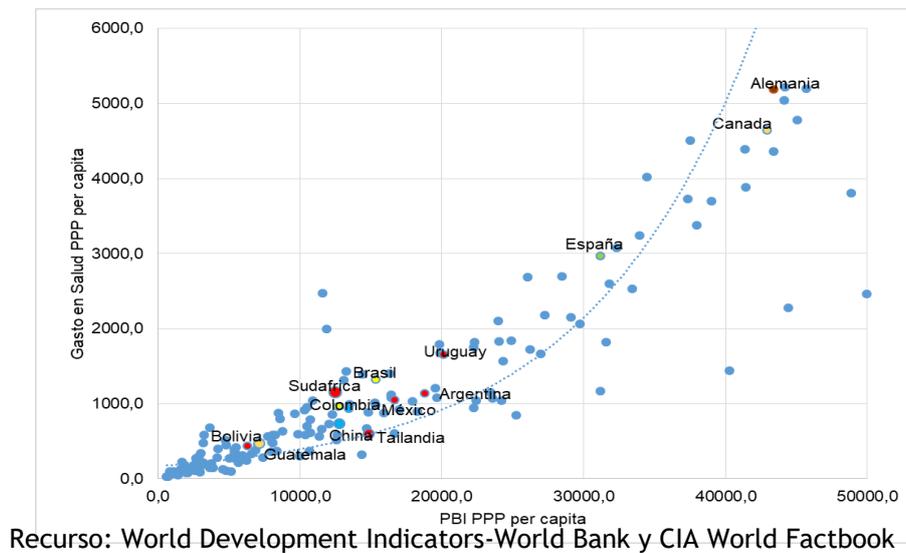


Figura 2
Riqueza y Gasto Público y de Seguridad Social en Salud sobre Gasto Total
(en dólares PPA, 2014)

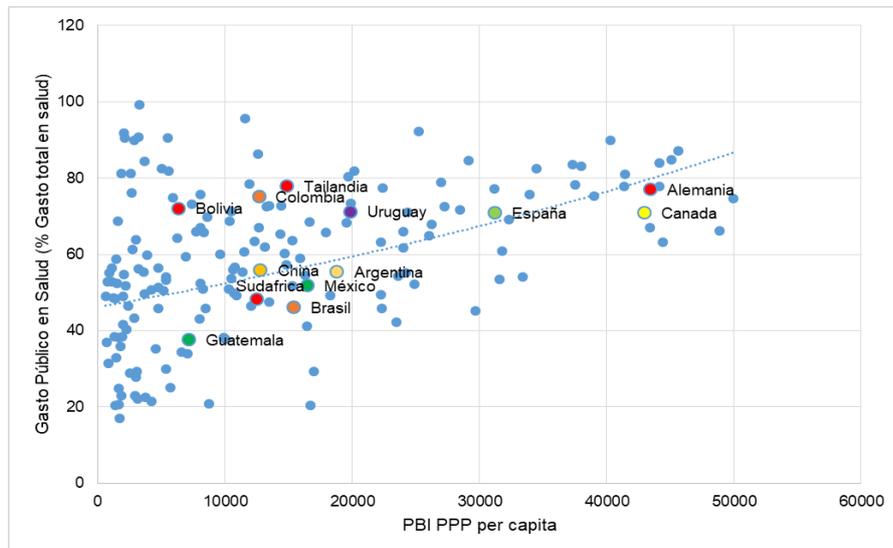
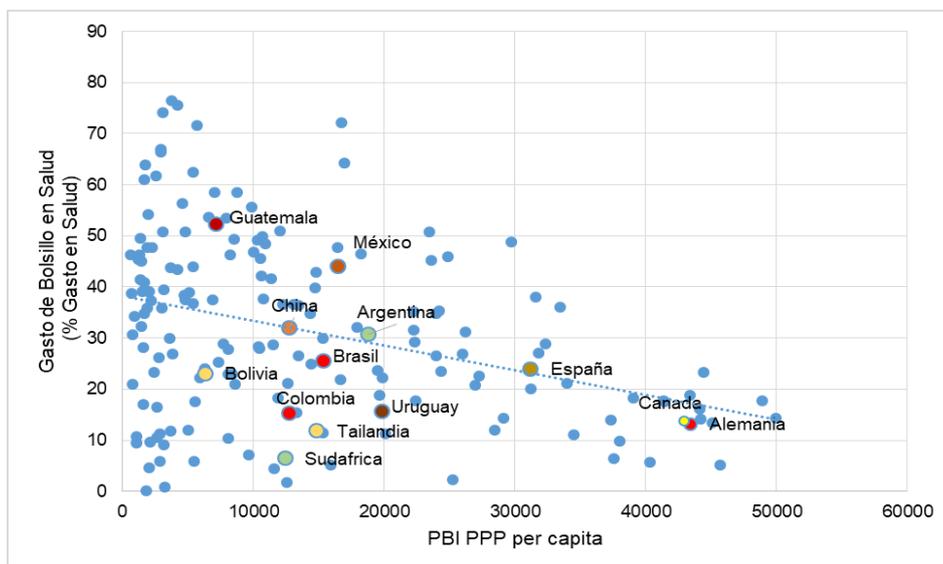


Figura 3
Riqueza y Gasto de Bolsillo en Salud sobre Gasto Total
(en dólares PPA, 2014)



Recurso: World Development Indicators-World Bank y CIA World Factbook

Con esta situación general como contexto, las siguientes secciones se abocarán a presentar un marco teórico y metodológico para identificar los espacios de mayor exposición financiera de las familias con cobertura de la seguridad social, para luego avanzar en el estudio relativo a otros países, tanto desde la mirada normativa como de la cobertura efectivamente provista.

3- Marco Teórico. Protección Financiera en Salud

El concepto de gobernanza en salud refiere a la capacidad de las autoridades sanitarias de identificar, diseñar e implementar mecanismos que logren alinear las conductas de los actores participantes del sector, orientándolas al logro de objetivos y metas consistentes con las necesidades de la población y su diversidad.

En un país donde la participación del gasto público del ministerio nacional es relativamente baja (en comparación con sus pares provinciales), el desafío de gobernanza es particularmente elevado. Cada jurisdicción participa activamente en el diseño de estrategias sanitarias locales, y la marcada presencia de instituciones de seguridad social y privada con fuerte autonomía exige mayor capacidad en el establecimiento de criterios uniformes entre ellas. Un marco regulatorio sólido, con

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

protocolos que definan explícitamente derechos y prestaciones constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia distributiva.

Equidad sectorial porque establece pautas comunes de convergencia a igual acceso, independientemente de la condición social, el tipo de cobertura y el nivel de ingreso.

Eficiencia distributiva porque refleja el vector de prioridades sociales a las que deben ajustarse todos los actores del sistema, con criterios técnicamente conocidos, uniformes y apoyados en la evidencia.

Desvíos de esta pauta normativa disparan señales equívocas a la población, a los prestadores y financiadores del sistema, como así también a las instituciones legislativas y judiciales que participan en el proceso de identificación y tratamiento de la garantía de derechos.

El fenómeno de creciente aparición de la judicialización de la medicina en el país y en toda la región es un síntoma de la falla en la determinación de tales criterios de cobertura. Ello habla de la necesidad de fortalecer las instituciones que fijan las reglas que operan el sistema de salud: Áreas de regulación ministerial, Superintendencia de Servicios de Salud, ANMAT, etc. En este sentido, la creación de una Agencia Nacional de Tecnología Sanitaria independiente y socialmente creíble constituye un paso crítico en esa dirección (Maceira y Espínola, 2017).

Dentro de este marco, el concepto de protección financiera de los hogares, y la reducción del gasto financieramente catastrófico y empobrecedor ganó durante años la discusión académica en todo el mundo (Lustig, 2001; Wagstaff y Van Doorslaer, 2002; Xu et al., 2003, entre otros), con estudios y aplicaciones particularmente significativas en América Latina (Baeza et al., 2006; Knaul et al., 2012).

En el marco de un sistema de salud, y en la búsqueda de una mayor cobertura sanitaria, tres elementos son clave para el análisis de política. El primero está vinculado con la definición de esquemas coordinados de aseguramiento a nivel nacional, que reduzca las ineficiencias en la definición de prioridades y las brechas de acceso entre subsistemas (Maceira, 2001).

En segundo lugar, que tales prioridades se encuentren protocolizadas, a fin de reducir la discrecionalidad en la toma de decisiones, para lo cual es clave la presencia de instituciones que sistemáticamente evalúen y regulen temáticas de incorporación tecnología sanitaria y efectividad de nuevas intervenciones, medicamentos y procedimientos de diagnóstico y tratamiento (Maceira y Espínola, 2017).

En tercer lugar, y más allá de los esquemas de protección basados en subsidios a la oferta o transferencias de recursos mediante modelos de financiamiento por resultados, la identificación de las enfermedades prevalentes de alto costo y con mayor exposición financiera para las familias deben contar con pautas específicas de financiamiento y

subsidio cruzados planeado entre grupos sociales con distintos niveles de riesgo e ingreso relativo.

Conocer los arreglos institucionales desarrollados en naciones de diferentes niveles de ingreso, como también con arreglos institucionales y niveles de fragmentación distintos, proporcionará insumos para la discusión de política. Asimismo, contar con evidencia que identifique parámetros de cobertura y equidad en los programas bajo implementación en el país, favorece una mirada estratégica sobre los desafíos de gobernabilidad existentes y los potenciales espacios de intervención para sostener o mejorar las instituciones existentes.

4- Preguntas de Investigación y Metodología

El fin último del documento puede resumirse en las siguientes tres preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los mecanismos formales estándares de cobertura de las enfermedades de alto costo a nivel internacional? ¿Cómo se financian y definen sus prioridades?
- ¿Es posible identificar criterios objetivos de análisis de los recursos gestionados por el Sistema Único de Reintegro (SUR) de la Superintendencia de Servicios de Salud que permitan avanzar en el estudio de la eficiencia y la equidad de este instrumento?
- A la luz de tales criterios, ¿cuál es el desempeño del SUR? ¿Cuáles son los argumentos que deben ser depurados para fortalecer el marco de análisis tendientes a una evaluación comprehensiva del accionar de esta institución?

La metodología de análisis consistió en una revisión de literatura nacional e internacional sobre cobertura de enfermedades de alto costo en un grupo seleccionado de naciones de Europa y América Latina, a fin de identificar modos de financiamiento, criterios de cobertura, mecanismos de pago y gestión.

A partir de ello se indagó sobre las normas aplicadas en Argentina en el funcionamiento del Sistema Único de Reintegro, como estructura paradigmática de financiamiento de tal tipo de cuidados en el país.

El trabajo de análisis se continuó con el estudio de las bases de datos sobre cantidad de afiliados e ingresos netos medios (posteriores a las retenciones dirigidas al Fondo Solidario de Redistribución) provenientes de la Administración Federal de Ingresos Públicos, disponibles públicamente en la página institucional para cada una de las casi trescientas Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección dependientes regulatoriamente de la Superintendencia.

Esta información se completó con los indicadores de reintegros producidos durante el período 2014-2015 del SUR a cada una de las Obras Sociales, pudiendo calcular a partir de allí un grupo de niveles de correlación con variables claves disponibles, tales como: cantidad de beneficiarios, ingresos totales por Obra Social, y una variable que aproxima al nivel de riesgo sanitario de cada institución, comparando medias y generando un grupo de cuadros y figuras de estadísticas descriptivas que facilitaran el análisis. La fuente de información primaria surge de la página web de la misma Superintendencia de Servicios de Salud.

5- Evidencia Internacional sobre Cobertura de Enfermedades de Alto Costo

Los países han usado diferentes herramientas para dar respuesta a la cobertura de enfermedades de alto costo. En términos generales y con pequeñas variantes, en todos los sistemas nacionales, tales como Australia, Canadá, Gran Bretaña, Italia y España, los mecanismos de cobertura de enfermedades de altos costos son similares a los empleados para el resto de las enfermedades, no existiendo diferencias sustanciales en términos de estructura de financiamiento y criterios de elegibilidad.

Sin embargo y aunque no haya diferencias en el modelo de gestión o el de financiamiento, cuentan con mecanismos sistemáticos de evaluación de las tecnologías a incorporar en sus coberturas para estos casos y definen protocolos de atención para su diagnóstico y tratamiento. La principal debilidad de estos modelos es la dificultad para contener el gasto, por lo que las listas de espera funcionan como un mecanismo de filtrado para ajustar el presupuesto a la demanda.

En el caso de Brasil, donde también se opera con un sistema nacional basado en subsidios a la oferta, el abordaje de la cobertura de enfermedades de alto costo se realiza a través de programas nacionales, como el de medicamentos estratégicos y de dispensación excepcional, responsabilidad del Ministerio de Salud y de los Estados, conforme a lo acordado en la Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Algunas patologías, como HIV/SIDA, insuficiencia renal crónica, trasplantes y los tratamientos con medicamentos de alto costo, son financiados por el Ministerio de Salud para todos los ciudadanos por igual, cubriendo asimismo patologías como hepatitis B y C, enfermedad de Gaucher y enfermedades oncológicas, entre otras. En 2006 por medio una resolución ministerial, se crea la Comisión de Evaluación de Tecnología en salud (CITEC) que define la incorporación de nuevas tecnologías y regula su cobertura por el Sistema Único de Salud y los seguros privados (Portaria GM/MS 3323, 27 de diciembre de 2006).

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

En Colombia, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estableció en 2003 una política de atención integral de patologías de alto costo que incluyó cuatro componentes (Toro, 2010): mecanismos de redistribución del riesgo, control de selección del riesgo, ajustes al modelo de atención y procedimientos de vigilancia epidemiológica.

En el marco de esta política, se ordenó una redistribución de afiliados (con patologías de VIH-SIDA o insuficiencia renal crónica) entre las aseguradoras -por una única vez-, con el propósito de que cada empresa promotora de salud (EPS) y administradoras de régimen subsidiado (ARS) tuvieran un número proporcional de casos en función del total de afiliados, con la intención de homogenizar el nivel de riesgo entre aseguradores.

Las enfermedades catastróficas se encuentran definidas en el manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (Colombia, 1994). Las patologías de alto costo son atendidas por el Sistema de Seguridad Social Colombiano bajo un esquema diferencial entre el régimen contributivo y el subsidiado. En el régimen subsidiado, la cobertura es plena desde el momento de la afiliación, mientras que en el régimen contributivo existe un periodo mínimo de cotización para acceder a estos servicios. En ambos regímenes, estos eventos están excluidos del pago de copagos o cuotas moderadoras (Tobar et al, 2014: 73).

Complementariamente, diversos países han utilizado la discriminación positiva en la cobertura de enfermedades de alto costo. Se considera discriminación positiva cuando se selecciona un grupo de patologías con protocolización para las cuales se implementan mecanismos que aseguren la financiación y verifiquen la prestación (Tobar et al, 2014: 76). En el caso de la cobertura de las patologías de baja prevalencia y alto costo, este concepto se refiere a la creación de subsistemas de salud específicos y concentrados en reducir el efecto catastrófico de estas patologías.

En Holanda existe el Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), un seguro universal que cubre determinados siniestros dentro de los cuales se incluyen algunas enfermedades de alto costo. El AWBZ se financia con impuestos generales y rentas al salario y cubre situaciones sobre las que el Estado prefiere no delegar, como los cuidados crónicos para la tercera edad, prácticas preventivas y atención primaria, que representan el 40% del gasto en salud. Asimismo, se identifican los fondos de enfermedad que cubren otras enfermedades de alto costo no cubiertas por el AWBZ.

En Uruguay y México se crearon fondos, avalados por ley, para garantizar la financiación de las prestaciones de forma universal.

En Uruguay existe el Fondo Nacional de Recursos (FNR), una de las instituciones más antiguas en la región en estas temáticas y que subsistió a la reforma del sistema sanitario del 2005.

El FNR fue creado por el decreto Ley N° 14897 en 1980, a través del cual se cubren determinados medicamentos de alto costo y procedimientos de alta tecnología para todos los habitantes, sin importar quién es el asegurador primario de la atención médica.³ No es un seguro específico para enfermedades catastróficas, ya que abarca además actividades de medicina preventiva, sino que funciona como un esquema de pago.

El FNR presenta la ventaja que posee normativas de cobertura para definir si un paciente necesita un medicamento de alto costo. La correcta difusión y educación al cuerpo profesional respecto de las normativas de cobertura permitió reducir el número de pedidos por parte de los médicos sin aumentar el número de rechazos desde el FNR (Tobar et al, 2014). Los medicamentos de alto costo cubiertos por el FNR son adquiridos de forma centralizada, a través de la Unidad de Compras y Adquisiciones del Estado (UCA) que opera el Ministerio de Economía y Finanzas, la cual realiza subastas electrónicas invertidas.

Los servicios financiados por el FNR se proveen a través de un grupo de instituciones específicas para este tipo de patologías, las IMAES (instituciones médicas de asistencia médica integral), siendo ellas de propiedad pública y privada (Maceira, 2014^a).

En México existe el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) constituido por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003 a través de una reforma a la Ley General de Salud. El objetivo del Fondo es apoyar el financiamiento de la atención de enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos financieramente catastróficos.

La definición de las enfermedades que pueden ser cubiertas es responsabilidad del Consejo de Salubridad General (CSG), tomando en consideración prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera. Por su parte, la prestación de los servicios está a cargo de los Centros Regionales de Atención Especializada (CRAE) acreditados, y el manejo de los recursos y su correspondiente transferencia es realizada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Este fondo se financia de manera solidaria con recursos del Estado nacional y las entidades federativas (Aracena-Genao et al, 2011).

³ La cobertura de medicamentos de alto costo se introduce en el FNR por medio del artículo 313 de la Ley 17930 del año 2005 (ley de presupuesto 2005-2009).

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

Por su parte, en algunos países como Chile y Perú existen fondos que expanden la cobertura frente a enfermedades catastróficas, con un formato diferencial a los descritos anteriormente, orientados mediante subsidios a la demanda.

En Chile funciona un mecanismo de garantía de derechos establecido en 2002 y conocido como el Plan de Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas (AUGE). En esa ocasión se seleccionaron un conjunto de patologías (57) que fueron protocolizadas y se asumió como objetivo que todos los ciudadanos accedan a los mismos tratamientos independientemente de si estos son provistos por el sistema público (FONASA) o por el privado (ISAPRES).

Para implementarlo, el gobierno creó un fondo que financia las prestaciones en el sector público para extender su cobertura y garantizar la gratuidad de las prestaciones para los segmentos más pobres (tramos A y B). A lo largo de los años, este mecanismo se fue extendiendo, incorporando prestaciones específicas de alto costo bajo condiciones estrictamente establecidas de identificación y prestación (Maceira, 2014^a).

A su vez, existe un reaseguro para las instituciones de salud provisional (ISAPRES), denominada Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que opera en los casos en que se requieren desembolsos por cuidados para tratamientos de patologías de alto costo no contempladas dentro del Plan AUGE.

Este programa permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país y cubiertas por el plan de salud. Su aplicación exige que el gasto involucrado se encuentre dentro de un rango de precio específico, contando con un monto mínimo (franquicia) y uno máximo (tope)⁴.

En Perú, por su parte, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) creado en 2002 y modificado en el 2011 por la Ley 29.761 de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal de Salud, crea la Unidad Ejecutora FISSAL y le da categoría de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) para el financiamiento de las enfermedades de alto costo. Dentro del menú de servicios ofrecidos se encuentran las neoplasias (cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon, leucemias y linfomas), la insuficiencia renal crónica terminal y las denominadas enfermedades raras.

⁴ Para acceder a este beneficio, una enfermedad es considerada catastrófica cuando la suma de los copagos que genere, es decir, de los montos a pagar por el afiliado, sea superior a un deducible determinado.

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

En algunos países como Estados Unidos no existen modelos destinados a alcanzar la cobertura universal y homogénea en salud, por lo que surgen estructuras mixtas consistentes en la implementación de seguros privados voluntarios bajo la modalidad de pólizas complementarias para enfermedades graves, orientadas a grupos poblacionales con capacidad de pago. Estos seguros toman la forma de seguros para la cobertura de enfermedades catastróficas específicamente o seguros de vida que operan como adelantos financieros del siniestro (enfermedad) que desencadenará el pago del capital asegurado.

En América Latina estos mecanismos no se encuentran institucionalizados de modo sistemático, por lo cual el sistema de salud, en la mayoría de los casos, opera como un espacio de transferencia de riesgos hacia el paciente, con capacidad limitada de protección financiera.

En resumen, es posible identificar mecanismos alternativos de protección financiera de las enfermedades catastróficas, a partir de su orientación en términos de subsidios a la oferta o a la demanda. Dentro de este primer grupo, se observan criterios de cobertura definidos por el mismo sistema de provisión -establecimientos de distintos niveles de complejidad-, u organizados por medio de programas nacionales de orientación específica. Asimismo, la presencia de sistemas mixtos abre la posibilidad de cobertura definida para grupos poblacionales con empleo formal y atención específica.

Sin embargo, el avance hacia modelos de cobertura universal permite esquemas que combinan subsidios a la demanda con atención pública, ya sea en sentido amplio (Seguros Nacionales de Salud), o combinados con extensiones de cobertura para enfermedades de alto riesgo, ya sea operados por esquemas complementarios, ya sea públicos como privados de gestión y prestación. Un resumen de estas tendencias se presenta en la Tabla 2 a continuación.

Tabla 2
Ejemplos de estrategias de cobertura para enfermedades de alto costo,
según organización del sistema de salud

Cobertura de enfermedades de alto costo	Países	Tipo de sistemas
Control de la Oferta. No discriminación positiva para enfermedades catastróficas	Gran Bretaña, Canadá, Australia, Italia y España	Nacional, financiado por impuestos Subsidio a la oferta
Programas Nacionales	Brasil	Nacional, financiado por impuestos Subsidio a la oferta
Seguros sociales separados de cobertura universal, financiados por impuestos sobre el salario y aportes estatales especiales	Colombia, Holanda	Seguros sociales
Fondos universales	México, Uruguay	Mixto
Fondos para extender cobertura	Chile, Perú	Mixto Subsidio a la demanda
Creación de seguros especiales de naturaleza privada	Estados Unidos	Seguros privados

Recurso: Elaboración propia con base en Maceira (2014^a) y Tobar et al (2014)

6- Cobertura de Enfermedades de Alto Costo en Argentina

6.1.- Breve Reseña del Sistema de Salud Argentino⁵

El sistema de salud de Argentina se caracteriza por la descentralización en sus mecanismos de financiamiento y aseguramiento que dan lugar a una amplia cobertura del sector. El Ministerio de Salud de la Nación es la institución rectora nacional a cargo de sostener de un grupo de programas federales (vacunas, medicamentos, atención primaria), que dan cuenta del 18% del gasto público total del país en salud.

Sin embargo, no se encuentra bajo su órbita el financiamiento ni la gestión de la red pública de servicios (hospitales provinciales, regionales y municipales), ni la de sus centros de salud asociados. Todos ellos están bajo jurisdicción y propiedad de los 24 Ministerios de Salud Provinciales (MSP) y de las Secretarías de Salud Municipales (SSM) de las provincias descentralizadas (Buenos Aires, Córdoba, principalmente, y Santa Fe).

⁵ Extraído de Maceira, D. (2017).

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

En conjunto, estas seiscientas instituciones sub-nacionales son las encargadas de definir localmente las estrategias de acción provincial, las cuales son financiadas por recursos propios (presupuestos provinciales), con reducida participación presupuestaria del gobierno nacional.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el ámbito de reunión de las autoridades provinciales en salud, aunque sus resoluciones no revisten decisiones formales de política, sino lineamientos sugeridos de acción. Las autoridades provinciales de salud financian los servicios que otorgan cobertura gratuita al 34% de la población del país, particularmente a aquellos grupos de menores recursos que no cuentan con empleo formal.

Dos instituciones autárquicas federales se constituyen en actores clave de la seguridad social del país: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud). El PAMI es la caja de seguridad social de mayor cobertura del país (7% de la población), encargada de garantizar la atención de los jubilados y pensionados. Su gestión es centralizada y opera mediante la contratación de prestadores individuales y hospitalarios, públicos y principalmente privados de todo el país.

Por su parte, la SSSalud es el organismo rector de una red de 300 instituciones de seguridad social (Obras Sociales Nacionales-OSN), organizadas originalmente por rama de actividad productiva (comercio, construcción, etc.) en todo el país, que brindan cobertura de salud a sus titulares y familiares (35% de la población) mediante aportes patronales y contribuciones salariales. A partir de la década de los noventa se avanzó en un proceso de libre elección que permite transferir los aportes entre obras sociales.

Tales contribuciones son transferidas a cada OSN desde la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) previa deducción de recursos que alimentan el Fondo Solidario de Redistribución. Este garantiza la transferencia de recursos solidarios entre OSN para cubrir un Programa Médico Obligatorio (PMO), definido por la SSSalud y de amplia cobertura, y el financiamiento de la alta complejidad, alto costo y baja incidencia y los programas especiales (a través del Sistema Único de Reintegro -SUR)

Un tercer grupo de instituciones de seguridad social está constituido por 24 Obras Sociales Provinciales (OSPr), que brindan cobertura amplia a los empleados públicos de cada provincia y sus familiares (14% de la población), mediante contribuciones de los gobiernos provinciales en su papel de empleadores, y aportes salariales de los trabajadores. La prestación de servicios se canaliza mediante prestadores privados, generalmente gestionados por instituciones intermedias.

Finalmente, un 8% de la población, mayoritariamente concentrada en los grupos de mayores ingresos, cuenta con cobertura de empresas privadas de medicina prepaga, bajo la órbita regulatoria de la SSS.

El análisis del Programa Médico Obligatorio, instrumento regulador y de establecimiento de derechos a los beneficiarios del subsistema de seguridad social, y particularmente el diseño y desarrollo del Sistema Único de Reintegro de la Superintendencia de Servicios de Salud constituyen los ejes clave de esta sección y del desarrollo de indicadores analizados en la sección próxima.

6.2.- El Papel de la Superintendencia de Servicios de Salud: el Programa Médico Obligatorio y la Gestión de Programas Especiales para Enfermedades Catastróficas

La Resolución MS N° 247/1996 crea el Programa Médico Obligatorio (PMO) estableciendo la cobertura que obligatoriamente deben brindar las Obras Sociales Nacionales. Este conjunto básico de servicios y medicamentos incluye medicina preventiva y ambulatoria, cobertura de las madres durante el embarazo y el parto, cobertura de los niños durante el primer año de vida, visitas programadas a consultorio, emergencias, internación, cirugía de menor y mayor complejidad, salud mental, odontología, prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas de rehabilitación.

Asimismo, garantiza la cobertura del 40% del costo de los medicamentos y del 100% durante la internación, los medicamentos oncológicos, hemodiálisis y diálisis, etc. Más allá de ello, con posterioridad se dicta una resolución de la SSSalud que fija la cobertura del 70 al 100% para casos de enfermedades crónicas específicamente definidas (Res. SSSalud N° 310/2004)

El PMO entró en vigor en 1996, con modificaciones incorporadas a lo largo del tiempo. En el Anexo II del PMO se indica que “Las prácticas consideradas de alto costo, necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social, han sido normalizadas para asegurar el correcto uso de la tecnología y establecer los alcances de su cobertura evitando la inadecuada utilización de dichas prácticas”, aunque no fueron definidas de forma explícita.

Con el Decreto N° 53 del año 1998, se crea la Administración de Programas Especiales (APE) como organismo descentralizado de la administración pública nacional dentro de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Política y Regulación de Salud - Subsecretaría de Regulación y Fiscalización, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Su función era la de compensar a las OSN por los desembolsos tanto en patologías de alto costo como por

los tratamientos de aquellas enfermedades crónicas de cuidado prolongado, más allá de su costo unitario.

Las compensaciones surgen del aporte de todas las instituciones dependientes de la SSSalud⁶ y se excluyen del régimen al PAMI, las Obras Sociales Provinciales y prepagas, en tanto estas instituciones no son contribuyentes al fondo. Tales compensaciones dependían de las resoluciones específicas para cada patología y en el caso de patologías no contempladas, el mecanismo era por la vía de excepción. Es por ello por lo que la Resolución 500/04 estableció las prestaciones cubiertas por la APE: pago de prestaciones médicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable que taxativamente se establecía a lo largo de los anexos de la misma Resolución.

Los recursos que obtenía la APE provenían del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que fue creado por Ley N ° 23.661 (el Fondo proviene de la Ley 18.610) y se constituían con los aportes y contribuciones de la nómina salarial de los trabajadores comprendidos en el sistema de obras sociales nacionales. El mismo estaba conformado por el 10% de los aportes y contribuciones que recibían de las Obras Sociales Sindicales, el 15 % de los aportes y contribuciones que recibían de las Obras Sociales del Personal de Dirección, aumentándose posteriormente los porcentajes con destino al Fondo.

La variación en el porcentaje en menor o mayor se establecía según superara o no el tope de la remuneración bruta mensual de mil pesos (Clauss et al, 2008). La APE mancomunaba los fondos y distribuía los riesgos de estas patologías de alto costo entre grupos más amplios de beneficiarios.

Más allá de la APE, el objetivo general del FSR es financiar prestaciones básicas de salud de las OSNs de bajos aportes, a fin de equiparar niveles de cobertura mínima (subsidio automático⁷). De este modo, tanto a través del subsidio a instituciones de menores ingresos relativos -vinculadas a ramas de actividad de bajos recursos- como mediante la cobertura de enfermedades catastróficas, el FSR permite agregar a los criterios de solidaridad al interior de cada obra social, la posibilidad de generar subsidios cruzados entre obras sociales con diferentes capacidades de pago.

⁶ A excepción de las Obras Sociales de las fuerzas armada, universitarias, y otras que dependen de la superintendencia y no aportan al FSR.

⁷ La distribución automática de subsidios se comenzó a realizar a partir de 1995, asignando un monto mínimo de \$30 por titular a cada obra social (Decreto 292/1995, modificado por Decreto 492/1995). En 2006, se creó el Subsidio Automático Nominativo (SANO) que incorporó una matriz de ajuste por riesgo de acuerdo con la edad y sexo del beneficiario. Finalmente, en 2012 y 2013 se incorporaron el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para mayores de 70 años (SUMA 70).

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

Dada la dificultad que generó la gestión de documentación para generar los adelantos o reintegros y las demoras en su presentación, la Resolución 4806/08 derogó la figura del subsidio y estableció la obligación de presentar los expedientes sólo por la vía del reintegro.

Si bien APE actuaba como un reaseguro de enfermedades catastróficas para las obras sociales nacionales, en la práctica los fondos se asignaban con mecanismos poco transparentes: no eran concedidos a todas las obras sociales ni distribuidos de forma equitativa y la mayoría se realizaba por vía de excepción (Timor y Martínez, 2014).

Como resultado de ello, en el año 2012 se transfirió su gestión directamente a la Gerencia General de la SSSalud (decreto 336), y mediante la Resolución 1200 se crea en su lugar el Sistema Único de Reintegros (SUR). En el Anexo se presenta un detalle de las características y funciones de la APE y el SUR, elaborado a partir de Yjilioff (2013)

Desde entonces, una serie de resoluciones define de forma explícita todas las patologías, intervenciones y prácticas susceptibles de ser financiadas⁸, y tiempo después se inicia la carga de reintegros a la página web institucional, de cuyos movimientos se nutre la sección siguiente de este trabajo.

Si se compara el listado inicial de APE con la actual pauta del SUR, se puede observar un aumento considerable en el número de enfermedades de alto costo bajo cobertura, pasando de 42 a 129 patologías. Asimismo, y mediante la Resolución 1048/2014 se actualizan los precios de las prestaciones brindadas y se amplía la cobertura de prótesis.

En términos comparados, el surgimiento del SUR ha permitido avanzar en una mayor sistematización de los procedimientos administrativos que dan lugar al sistema de reintegros a la seguridad social, haciendo explícitos gran parte de las intervenciones a ser financiadas por esta institución.

La dependencia directa de la Superintendencia puede ser vista como un empoderamiento de la institución rectora de las Obras Sociales, aunque se requiere un análisis en profundidad de los procesos administrativos sobre los cuales se asienta

⁸ El listado de patologías de alto costo cubiertas por la resolución 500 de 2004 de la APE era muy estricto dando lugar a un incremento notable de subsidios definidos por la vía de excepción. Con la Resolución 1561 de 2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud se postula un listado más abarcativo de enfermedades en el denominado Sistema Único de Reintegro (SUR) y el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes. En la Tabla A2 del Anexo se listan las prestaciones que se agregaron y se dejaron de cubrir con la resolución 1561, en relación con la resolución 500, con fuente en Martínez y Timor (2014).

el SUR a fin de establecer si esta nueva estructura organizativa fortalece la gestión de este fondo.

Desde una mirada general, la presencia de información de acceso directo a través de la página web institucional, aunque aún limitada en términos de apertura por líneas de cuidado e indicadores de procesos, constituye un paso significativo en la transparencia en la gestión de fondos sociales.

Finalmente, la siguiente Tabla 3 presenta un comparado de intervenciones seleccionadas cubiertas por el sistema de reintegros del FSR/SUR en Argentina versus sus pares en América Latina.

Tabla 3
Cobertura de prestaciones de alto costo seleccionadas, por país

Enfermedad-procedimiento	Argentina	Uruguay	Chile	Colombia	México	Perú
Prótesis para desarticulación de cadera	Si	No	No	No	No	No
Prótesis para amputación de miembro inferior	Si	No	No	No	No	No
Prótesis para amputación de miembro superior	Si	No	No	No	No	No
Medicamento para diabetes- Insulina	Si	Si	Si	No	No	No
Antirretrovirales para pacientes HIV positivos	Si	No	Si	Si	Si	Si
Cirugía valvular	Si	No	Si	No	No	No
Cáncer de mama	Si	Si	Si	No	Si	Si
Cáncer de próstata	Si	No	Si	No	No	Si

Fuente: Elaboración propia.

7- El Sistema Único de Reintegro de las Obras Sociales Nacionales

En las secciones previas se discutió la naturaleza institucional y los antecedentes del Sistema Único de Reintegro del subsistema de Obras Sociales Nacionales, y fueron definidos sus alcances en términos de cobertura, en comparación con otros modelos similares en la región latinoamericana y en naciones de referencia dentro del mundo económicamente desarrollado. El propósito de esta sección es completar el análisis presentando, a partir de la información disponible, algunos indicadores que permitan inferir la capacidad del SUR para cumplir su mandato en términos de asignación de recursos y equidad distributiva.

A diferencia de otras instituciones estatales, el SUR cuenta con un espacio en la página web de la SSS donde se exponen públicamente los desembolsos para cada una de las OSNs. Estos datos, complementados con aquellos sobre beneficiarios por obra social y los ingresos netos de cada una surgidos del cuadro 10 del boletín mensual de la AFIP,

permiten generar un espacio de análisis sobre el desempeño del gasto en enfermedades catastróficas y crónicas en la seguridad social argentina.

Los valores disponibles para el 2016 muestran que el SUR distribuyó, ya sea en términos de reintegros por tratamientos de enfermedades de alto costo o por devolución de remanentes adeudados de períodos anteriores, un total de 8.161 millones de pesos. Este monto representa aproximadamente el 6,65% del total recaudado por las Obras Sociales Nacionales durante el mismo periodo.

La Figura 5 presenta la relación existente entre los recursos netos recibidos por cada OSN -luego de aportar al FSR- (en el eje vertical, monto distribuido), contra el total reintegrado por el SUR durante el año 2016 a cada institución⁹. Se define claramente un vínculo de escala, vinculado con la población a cargo y el aporte promedio de cada una de las OSN: a mayor cantidad de ingreso total neto, mayor es el monto recibido por reintegro de gastos originados en enfermedades crónicas y/o de alto costo.

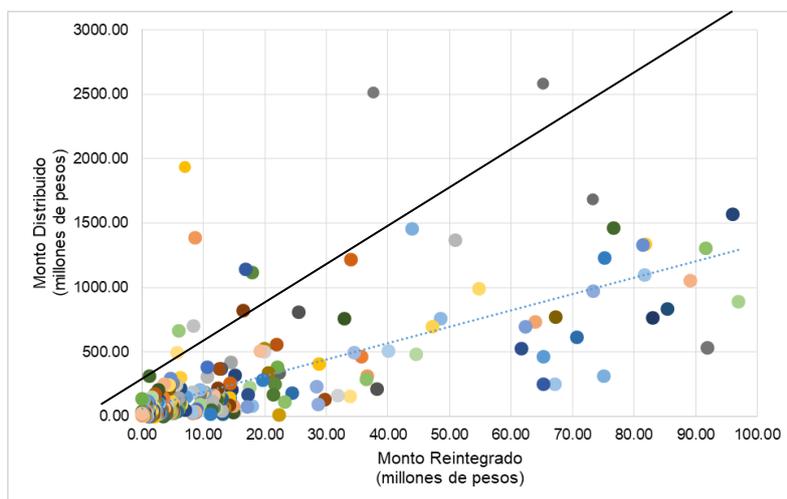
Sin embargo, se observa que esta relación positiva tiene un ángulo por debajo a 45° (la diagonal de la figura), que representaría la correspondencia perfecta entre ingreso neto y reintegro por parte del SUR. Dicho de otro modo, los niveles de reintegro por enfermedades de alto costo son más que proporcionales a los ingresos de la OSN.

Tal relación, sin embargo, no revela si los montos reintegrados por el SUR se correlacionan con un efecto escala (a mayor número de beneficiarios mayor es la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos) o a un efecto ingreso: OSN relativamente más ricas -medidas en ingreso neto promedio- reciben montos más altos.

A fin de identificar cuál correspondencia se verifica, se propone entonces separar la relación mencionada entre sus dos componentes: el factor de escala (el número total de beneficiarios) y el factor ingreso (el aporte neto promedio de la OSN, luego de contribuir al Fondo Solidarios de Redistribución).

⁹ Por cuestiones de escala, y a fin de contar con una observación más en detalle del resto de las instituciones, se omiten las quince OSNs más populosas. Sin embargo, la misma gráfica con el total de las Obras Sociales se encuentran en el Anexo de este trabajo.

Figura 5
Ingreso neto de las Obras Sociales Nacionales y Reintegros del SUR
(Excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)¹⁰



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

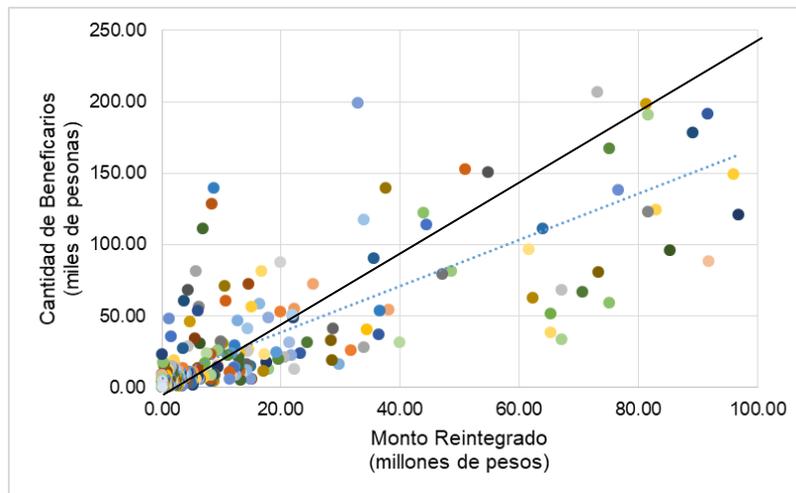
7.1.- Escala de Beneficiarios y Equidad en la Transferencia de Recursos

En esta dirección, la Figura 6 exhibe los montos reintegrados por el SUR a cada institución de seguridad social en comparación con el total de los beneficiarios de cada una. La pendiente positiva refleja solamente un espejo de la escala potencial de gasto: mayor tamaño de la institución en términos de población a cargo, mayor es la probabilidad de gasto, como también de reintegro, incluso en una relación promedio más que proporcional.

Este vínculo debe contrastarse con la relación entre los reintegros SUR y el salario promedio neto para cada caso. A diferencia de lo inferido en la Figura 7, una institución de cobertura de gasto catastrófico con tendencia a la equidad sería más proclive a mostrar un nivel de desembolso promedio por obra social relativamente similar, independientemente de cualquier nivel de ingreso neto entre ellas. Ello significaría que más allá de la capacidad de pago -ingreso neto per cápita de la obra social-, la cobertura de alto costo ofrecería niveles similares de desembolso, lo que en términos gráficos se traduce en una línea de tendencia horizontal, perpendicular al nivel de desembolso. Este argumento se constata en el análisis de la Figura 7.

¹⁰ Con el fin de tener una mirada del conjunto de las OSNs, se optó por omitir las observaciones correspondientes a las quince con mayor número de beneficiarios.

Figura 6
Cantidad de beneficiarios por OSN y monto reintegrado por el SUR
(excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)

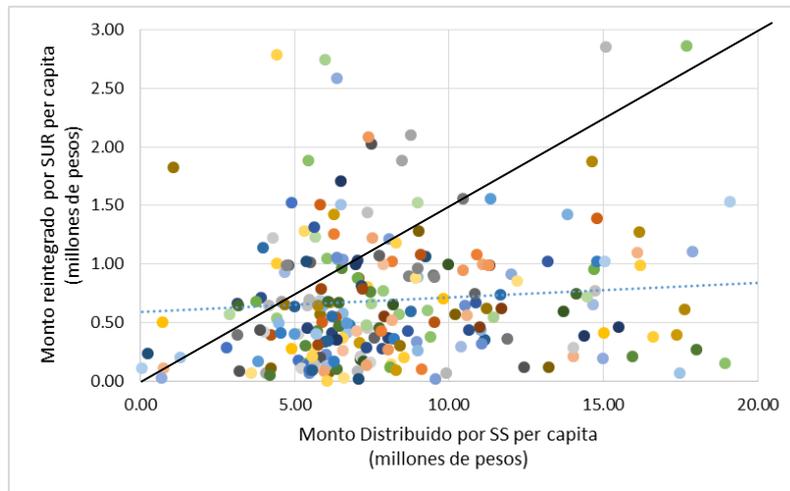


Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

A diferencia de lo encontrado en las gráficas anteriores, la Figura 7 observa una relación moderada, particularmente inelástica entre ingreso neto (monto distribuido per cápita, en el eje horizontal) y el monto reintegrado por el SUR en millones de pesos. Si bien la dispersión es particularmente amplia, la tendencia apoyaría que el efecto ingreso (equidad) supera al efecto escala (cantidad de beneficiarios), a lo cual debe incorporarse un componente de riesgo sanitario, no necesariamente homogéneo entre Obras Sociales de escala similar.

Este primer hallazgo constituye un aporte al análisis del Sistema Único de Reintegro como mecanismo de distribución de recursos: más allá de la cantidad de beneficiarios de cada obra social, el SUR operaría como una caja de compensación solidaria, que transfiere fondos a instituciones de menor capacidad relativa de pago a fin de cubrir sus gastos sanitariamente catastróficos.

Figura 7
Ingreso neto per cápita de las Obras Sociales y Reintegros del SUR
(excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

En términos de indicadores de desempeño, esta razón entre reintegros sobre ingresos disponibles netos podría ser vista como un mecanismo de absorción de riesgo financiero por parte del SUR: la garantía de derechos en prestaciones de alta complejidad no se encontraría sujeta a la capacidad de pago de cada obra social, sino al aporte -vía subsidios cruzados planeados- hacia ellas por parte del SUR.

A pesar de ello, más información se requeriría a fin de identificar las razones de la amplia dispersión encontrada, particularmente en la Figura 7. La misma sugiere que esta tendencia hacia la **homogeneidad en la transferencia de recursos independientemente de los ingresos se condiciona por otras variables que requieren ser consideradas**, y que no se encuentran disponibles para el análisis. Estas pueden estar vinculadas con **sesgos en la población de riesgo entre instituciones (cargas de enfermedades catastróficas disímiles)**, o a **mecanismos administrativos de las obras sociales en el proceso de reintegro, entre otras causas**.

7.2.- Riesgo Demográfico y Desempeño del SUR

En una instancia posterior, se indaga sobre la capacidad del sistema de reintegro de la seguridad social de aportar al reintegro de las OSN con mayor riesgo demográfico. Para

ello se decidió utilizar como variable “proxy” de requerimientos de atención, a la variable “incidencia de la población mayor de 65 años en el padrón de beneficiarios”¹¹.

Para comprobar esta hipótesis, las dos figuras siguientes contrastan la cantidad de inscriptos mayores de 65 años (grupo etareo tradicionalmente asociado con mayor riesgo sanitario y gasto promedio) con el total de recursos recibidos en términos netos, por un lado -Figura 8-, y con el nivel de reintegros del SUR -Figura 9-.

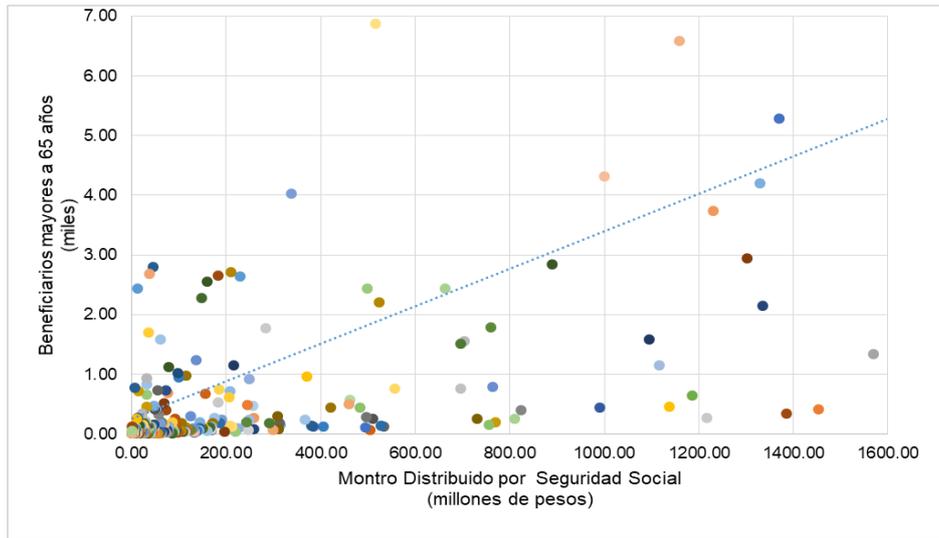
Como en las gráficas anteriores, y a fin de contar con una mirada del conjunto de las OSNs, se optó por omitir las observaciones correspondientes a las quince con mayor número de beneficiarios. El Anexo refleja las mismas gráficas para el total de las instituciones de la seguridad social.

En la primera de ellas se reconoce una pendiente positiva asociada con la escala poblacional de cada institución, replicando la relación establecida en figuras previas. Sin embargo, al trasladar esa tendencia en la Figura 9 siguiente -mediante una línea punteada-, se observa que el reintegro por la misma cantidad de ancianos es proporcionalmente mayor (la relación de tendencia es más plana). Ello permite identificar un nivel de desembolso por motivos demográficos relativamente mayor por parte del SUR, en comparación con aquellos asumidos por el promedio de las OSN, aportando a una mirada de toma de riesgo relativo del Sistema.

De este modo, **el mecanismo de desembolsos del SUR muestra sensibilidad a la proporción de mayores de edad en el padrón de las obras sociales, aportando al financiamiento de sus prestaciones, más allá del ingreso institucional.** Nuevamente, la amplia dispersión mostraría la presencia de otros elementos explicativos a estudiar, para lo cual es necesario un mayor nivel de detalle que el disponible a través de la web institucional.

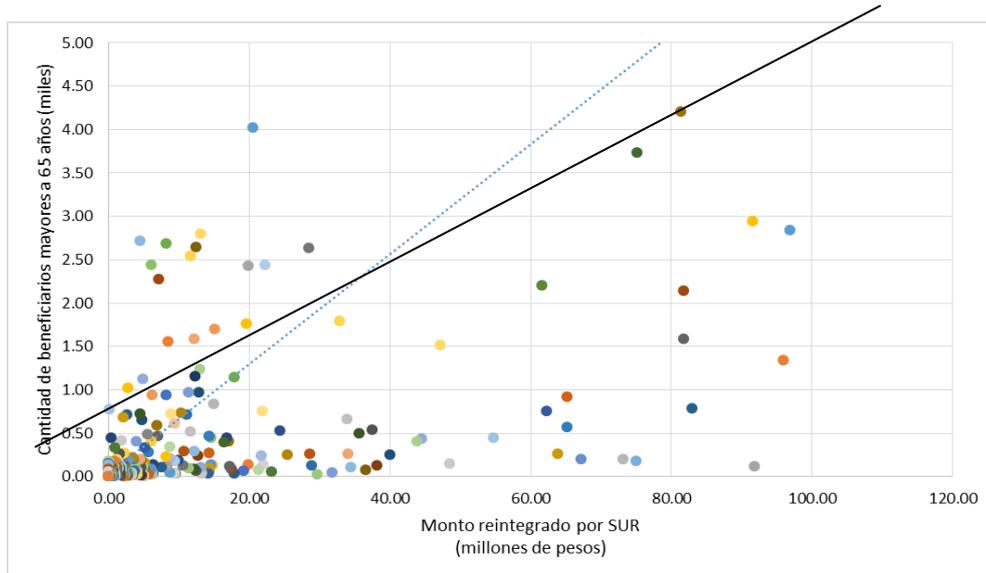
¹¹ Aproximadamente un tercio de las instituciones de seguridad social analizadas permiten que un/a trabajador/a mantenga su afiliación a la Obra Social una vez llegada la edad jubilatoria (Maceira, 2018e). Adicionalmente, es posible que una Obra Social cuente con beneficiarios/as mayores a los 65 años cuando ellas/os son miembros del grupo familiar del/la titular. Por lo tanto, el uso de esta variable no procura establecer una relación única entre riesgo y edad, sino que es utilizada como única aproximación disponible a necesidades de atención por riesgo relativo.

Figura 8
Cantidad de beneficiarios mayores de 65 años e ingresos netos por OSN
(excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Figura 9
Cantidad de beneficiarios mayores de 65 años y reintegros del SUR
(excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)

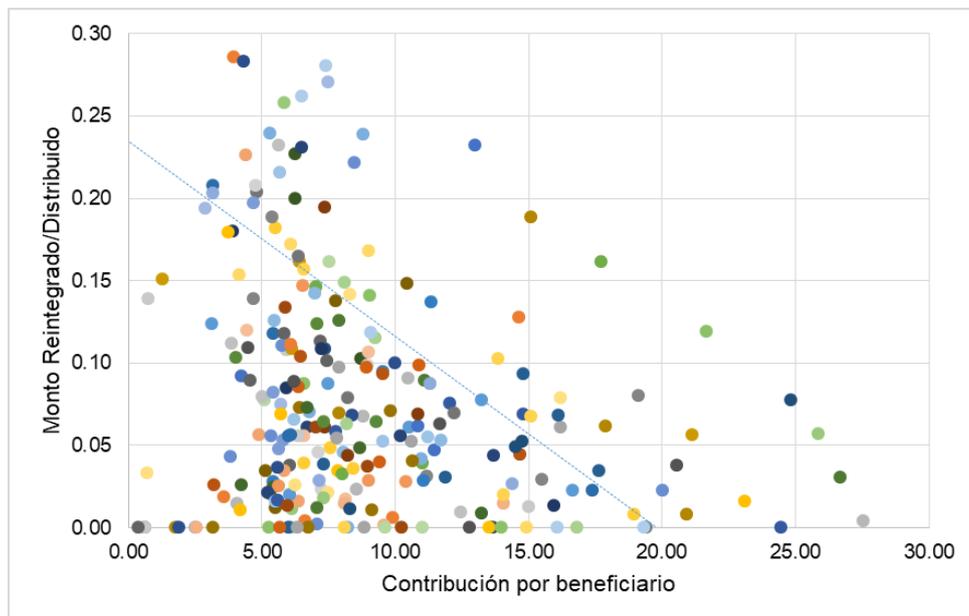


Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

7.3.- Indicador de Desempeño Institucional

Finalmente, la información disponible públicamente en los sitios web de la SSS y AFIP facilita la propuesta de un tercer indicador -más allá de los de riesgos financieros y demográficos propuestos previamente-. Este índice se construye como la tasa entre el monto reintegro del SUR sobre aquel distribuido por el sistema, y su contraste con el nivel de ingreso, y su resultado para el conjunto de las obras sociales nacionales se refleja en la Figura 10.

Figura 10
Tasa de monto reintegrado por SUR sobre ingreso neto de la OSN
(excluyendo top 15 - por OSN - año 2016)



Nota: Se excluyen las OSN con tasa superior a 0.3 y contribución/beneficiario mayor a 30 mil pesos
Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Se espera que, en un sistema de protección financiera con equidad, esta tasa se incremente conforme disminuya el nivel de ingreso neto promedio de la Obra Social. En tal caso, el contraste entre la “razón de subsidio” y el ingreso neto (la contribución por beneficiario) debería tener una tendencia negativa, tal como lo muestra la gráfica.

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

Como fuera reiterado previamente, más allá de estas tendencias generales en la distribución de recursos por parte del Sistema Único de Reintegro, las Figuras también explicitan los amplios niveles de dispersión existentes en tomas de riesgos financieros y sanitarios entre instituciones con parámetros de ingreso similar y disparidad con respecto a la media.

A fin de investigar sobre tales argumentos, en las siguientes tres Tablas se resumen las posiciones de las veinte Obras Sociales Nacionales de mayor escala, separando la información entre variables demográficas (cantidad de beneficiarios, participación de la OSN en el total del padrón de beneficiarios de la seguridad social nacional, y tanto cantidad como peso porcentual de los mayores de 65 años sobre el total de las instituciones, como una variable “proxy” de riesgo sanitario de la población a cargo de cada institución.

Con más de 8,5 millones, las veinte primeras OSN constituyen más del 55% del padrón, y reúne al 45% de los ancianos, refiriendo al alto nivel de concentración del sector, y la escasa escala relativa de beneficiarios de las organizaciones más pequeñas. OSECAC es la Obra Social Nacional más relevante, con aproximadamente el 13% del padrón, y su inmediata posterior -la Obra Social del Personal Rural- llega al 7%.

La Tabla 5 a continuación ofrece un grupo de indicadores económicos para las mismas instituciones, con montos recibidos y reintegrados por el SUR, en total y per cápita, permitiendo identificar las diferencias de recursos promedio de cada instituto de seguridad social, más allá de la escala.

Posteriormente, la Tabla 6 proporciona una reseña de los indicadores diseñados para este estudio, comparándolos entre instituciones: riesgo demográfico relativo (con menor exposición a indicadores menores al valor unitario), riesgo financiero (con lectura inversa), equidad relativa (mayor equidad generada por el programa a menor nivel de ingreso), y la tasa de reintegro sobre aporte neto corriente, introducido en la última figura del trabajo. Finalmente, la Tabla 7 ofrece una selección de estos indicadores para las instituciones con mayor recepción de recursos de enfermedades catastróficas y crónica.

En todos los casos, la información ofrece un escenario de máxima amplitud, donde los patrones de reintegro e ingreso son particularmente disímiles. **Ello permite establecer que la importancia de la SSS como entidad regulatoria enfrenta un gran desafío, que excede al desempeño del SUR, y avanza en la necesidad de establecer señales y líneas de priorización que potencien economías de escala en el uso de tecnologías y compra de medicamentos de alto costo; y desarrolle capacidad gerencial de algunas Obras Sociales Nacionales, entre otros temas a abordar.**

Documentos de Trabajo CEDES 143/2018

En todos los casos, la información ofrece un escenario de máxima amplitud entre obras sociales, de modo que las tendencias identificadas demandan, sin embargo, de un análisis detallado que explique las diferencias en reintegros a niveles similares de aportes y riesgos. Ello permitiría identificar con mayor precisión la importancia de la SSS como entidad regulatoria en la homogeneización de prácticas entre Obras Sociales, donde el desempeño del SUR es sólo una de las herramientas disponibles.

Tabla 4
Estadísticas demográficas - Top 20 OSNs por cantidad de beneficiarios - 2016

Obra Social	Cantidad de Beneficiarios en miles	% beneficiarios en el total	Beneficiarios > de 65 años	% beneficiarios >65 años en el total
TOTAL	15.460,21	100,00	418.746	2,71
OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	1.981,95	12,82	66.810	3,37
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	1.048,54	6,78	8.035	0,77
OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS	738,69	4,78	5.836	0,79
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION	674,52	4,36	2.358	0,35
OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION	665,77	4,31	27.742	4,17
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA REP. ARG.	394,60	2,55	4.947	1,25
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	360,84	2,33	9.006	2,50
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	307,86	1,99	10.783	3,50
OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS	272,79	1,76	1.045	0,38
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	256,27	1,66	8.117	3,17
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO	224,93	1,45	1.505	0,67
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ASOCIADO A ASOCIACION MUTUAL SANCOR	206,69	1,34	195	0,09
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERS. DEL TRANSPORTE AUT. DE CARGAS	200,00	1,29	638	0,32
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES	199,02	1,29	1.787	0,90
OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES	198,12	1,28	4.201	2,12
OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES	191,60	1,24	2.937	1,53
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	190,98	1,24	1.583	0,83
OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES	181,83	1,18	2.153	1,18
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	181,06	1,17	4.307	2,38
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	178,12	1,15	26.990	15,15
TOTAL TOP 20 OSN	8.654,17	55,98	190.975	2,21
RESTO (+ 260 OSN)	6.806,04	44,02	227.771	3,35

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Tabla 5
Estadísticas financieras - Top 20 OSNs por cantidad de beneficiarios - 2016

Obra Social	Ingreso Promedio Neto por Beneficiario en pesos	Reintegro SUR por beneficiario en pesos	Ingreso Neto Total millones de pesos	Monto Reintegrado SUR millones de pesos
TOTAL	7,936	527,88	122.690,700	8.161,119
OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	6,360	347,64	12.605,307	689,011
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	2,812	278,39	2.948,182	291,899
OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS	15,027	405,34	11.100,000	299,419
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION	4,608	674,83	3.108,111	455,187
OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION	8,174	1017,94	5.441,936	677,712
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO , HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA REPUBLIC AARGENTINA	5,028	629,98	1.984,086	248,585
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	7,162	180,44	2.584,392	65,111
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	5,849	567,30	1.800,720	174,649
OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS	14,700	954,34	4.010,005	260,335
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	7,073	874,36	1.812,610	224,075
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO	14,151	744,66	3.182,900	167,492
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ASOCIADO A ASOCIACION MUTUAL SANCOR	8,162	353,91	1.687,081	73,150
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS	5,930	639,99	1.186,088	127,999
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES	3,821	165,39	760,368	32,916
OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES	6,716	410,94	1.330,654	81,417
OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES	6,796	478,49	1.302,057	91,677
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	5,738	428,04	1.095,879	81,749
OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES	24,599	684,32	4.472,735	124,429
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	5,528	1005,78	1.000,959	182,106
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	5,919	500,28	1.054,310	89,111
TOTAL TOP 20 OSNs	7.449	512,82	64.468,380	4.438,026
RESTO (+ 260 OSN)	8.555	547,03	58.222,320	3.723,093

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Tabla 6
Indicadores de Riesgo y Subsidio SUR - Top 20 OSNs por cantidad de beneficiarios - 2016

Obra Social	Incidencia %>65 de la OS / promedio incidencia %>65 del total de OSN	Ingreso neto por beneficiario de la OS / promedio total OSNs	Reintegro por beneficiario de la OS / reintegro promedio total OSNs	Tasa de reintegro SUR de la OS / ingreso neto de la OSN	Tasa de reintegro/ingreso SUR de la OS / tasa de reintegro/ingreso promedio total OSNs
TOTAL	0,6	0,86	0,81	0,07	0,54
OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	0,8	0,69	0,53	0,05	0,44
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0,2	0,30	0,42	0,10	0,81
OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS	0,2	1,62	0,62	0,03	0,22
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION	0,1	0,50	1,03	0,15	1,19
OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION	1,0	0,88	1,55	0,12	1,01
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0,3	0,54	0,96	0,13	1,02
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	0,6	0,77	0,28	0,03	0,21
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0,8	0,63	0,87	0,10	0,79
OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS	0,1	1,58	1,46	0,06	0,53
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	0,7	0,76	1,33	0,12	1,01
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO	0,2	1,53	1,14	0,05	0,43
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ASOCIADO A ASOCIACION MUTUAL SANCOR	0,0	0,88	0,54	0,04	0,35
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS	0,1	0,64	0,98	0,11	0,88
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES	0,2	0,41	0,25	0,04	0,35
OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES	0,5	0,72	0,63	0,06	0,50
OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES	0,3	0,73	0,73	0,07	0,57
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	0,2	0,62	0,65	0,07	0,61
OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES	0,3	2,65	1,04	0,03	0,23
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	0,5	0,60	1,53	0,18	1,48
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	3,5	0,64	0,76	0,08	0,69

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Tabla 7
Indicadores de Riesgo y Subsidio SUR - Top20 Receptores - 2016

Obra Social	Cantidad de Beneficiarios (miles de personas)	% beneficiarios en el total	% beneficiarios >65 años en el total	Monto Reintegrado SUR millones de pesos	Tasa de reintegro sobre monto distribuido	Ingreso neto por beneficiario sobre el promedio de las OS
TOTAL de OSN	15460,21	100,00	2,7	8161,12	0,067	1,54
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES VENDEDORES DE DIARIOS REVISTAS Y AFINES	0,62	2,78	36,26	3,48	7,248	0,15
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CORDOBA	12,26	19,18	19,85	22,28	1,649	0,21
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD AZUCARERA TUCUMANA	14,67	1,03	0,30	1,55	1,433	0,01
OBRA SOCIAL DE OBREROS Y EMPLEADOS TINTOREROS SOMBRETEROS Y LAVADEROS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	9,13	1,94	0,23	2,09	0,934	0,05
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE LA INDUSTRIA GRAFICA Y EL PERSONAL JERARQUICO DEL AGUA Y LA ENERGIA	22,15	7,51	3,20	11,15	0,692	0,14
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS DE CORDOBA	4,75	13,23	0,65	13,23	0,627	0,86
OBRA SOCIAL PROFESIONALES DEL TURF DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0,32	0,98	37,42	1,14	0,590	1,18
OBRA SOCIAL DE ACTORES	5,45	12,28	15,25	14,93	0,455	1,17
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESA NACIONAL DE CORREOS Y TELEGRAFOS S.A. DE LA REPUBLICA ARGENTINA	5,84	10,41	29,13	15,10	0,404	1,24
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE AVELLANEDA	4,42	6,94	2,83	8,30	0,345	1,06
OBRA SOCIAL DE PEONES DE TAXIS DE LA CAPITAL FEDERAL	18,82	23,75	1,36	28,66	0,310	0,95
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PRENSA DE BUENOS AIRES	11,50	9,28	24,36	13,07	0,286	0,77
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PESCADO DE MAR DEL PLATA	1,82	2,23	0,33	2,23	0,283	0,84
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE PRENSA DE CORDOBA	4,22	5,01	4,89	8,75	0,281	1,44
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE ELECTRICIDAD	33,17	43,57	46,41	67,16	0,270	1,45
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA	38,30	61,84	2,39	65,25	0,262	1,26
MUTUAL DEL PERSONAL DEL AGUA Y LA ENERGIA DE MENDOZA	5,50	6,30	17,03	8,26	0,258	1,13
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL	58,87	70,74	0,30	75,11	0,239	1,03
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADO Y AFINES	5,42	10,14	1,79	11,38	0,239	1,71
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO	1,72	4,33	19,24	5,17	0,232	2,52
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA.	1,83	1,93	6,06	2,40	0,232	1,09
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA	11,35	13,75	3,52	17,09	0,231	1,27
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO	12,59	16,96	0,28	17,92	0,227	1,22
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE RECOLECCION Y BARRIDO DE ROSARIO	8,71	7,53	0,52	8,70	0,226	0,86
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EMPRESAS FIAT Y EMPRESAS PEUGEOT CITROEN ARGENTINA	15,81	28,08	0,14	29,71	0,222	1,65
OBRA SOCIAL DE ALFAJOREROS, REPOSTEROS, PIZZEROS Y HELADEROS	27,63	28,08	2,40	33,91	0,216	1,10
OBRA SOCIAL DE VAREADORES	1,33	0,87	0,45	0,87	0,208	0,62
OBRA SOCIAL MUTUALIDAD INDUSTRIAL TEXTIL ARGENTINA	8,29	6,90	32,39	8,18	0,207	0,92
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ASOCIACION MUTUAL MERCANTIL ARGENTINA	23,61	21,98	0,21	23,19	0,203	0,94
OBRA SOCIAL DE TECNICOS DE FUTBOL	1,26	0,72	8,00	0,81	0,203	0,62

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

8- Discusión

8.1.- Convergencia a la Equidad y la Eficiencia

A lo largo del documento se ha analizado el papel que desempeña el SUR en el modelo de protección financiera en salud de Argentina, su estructura de cobertura y el esquema de garantías de derecho, en comparación con otras naciones dentro y fuera de la región. Asimismo, se han seleccionado un grupo de variables disponibles en la base de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, y públicas para el acceso externo, que colaboran en la lectura de la gestión institucional del SUR.

Si bien se observa la necesidad de más información para un estudio comprehensivo, de la lectura de las Figuras de la sección anterior se identifican movimientos hacia una la equidad distributiva y la eficiencia asignativa. En la medida que el concepto de equidad horizontal refiere al uso de recursos orientados hacia el/la que más los necesita, como fuera analizado en otros documentos previos, la eficiencia asignativa se alinea con la equidad en salud. Ello es así porque tal concepto se vincula con la aplicación de recursos en las actividades que reporten la mayor productividad por unidad de inversión, lo cual se emparenta con su uso en los ámbitos de mayor necesidad.

Bajo esta motivación, se avanzó en el diseño de tres curvas de Lorenz¹² que permiten identificar el nivel de equidad/eficiencia en la gestión del SUR, con el nivel de información disponible. En nuestro caso, la población se agrupa en Obras Sociales, y el orden de la línea horizontal de cada gráfica se define, de izquierda a derecha, desde las obras sociales más pequeñas a las más grandes (Figura 11), desde las de mayor riesgo sanitario relativo a aquellas de menor riesgo (Figura 12), y de aquellas con menor ingreso promedio a las de mayor ingreso per cápita (Figura 13). El eje vertical, en todos los casos, refleja el porcentaje de los reintegros distribuidos para cada grupo.

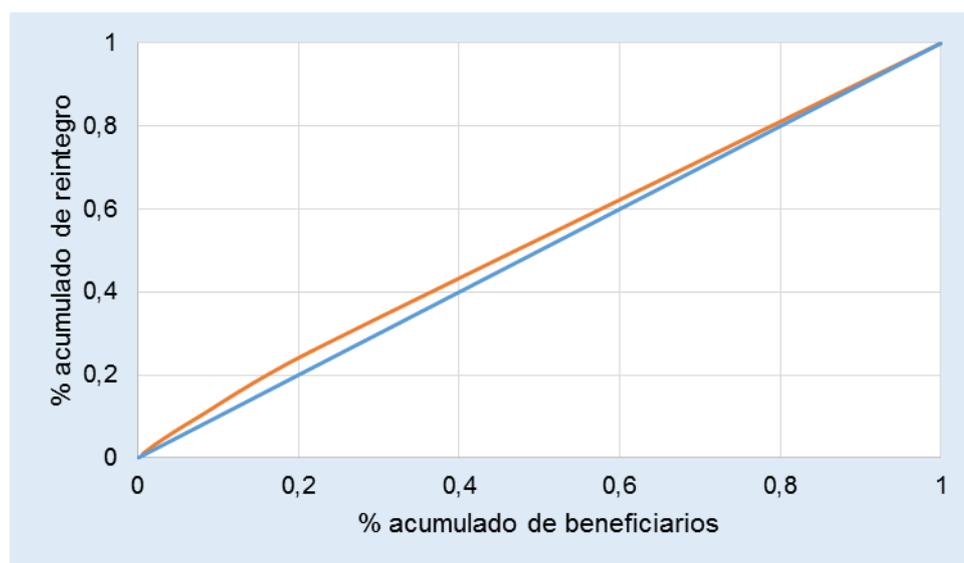
La Figura 11 mide la brecha entre la escala de beneficiarios por obra social, donde las instituciones más pequeñas se encuentran en el primer 20% y las de mayor tamaño en el último quintil del eje horizontal. Como puede observarse, la curva de Lorenz supera a la

¹² La curva de Lorenz mide la asignación de recursos por tramos de ingreso y su distribución sobre el total. En su versión tradicional, el eje horizontal exhibe a la población ordenada por quintiles de ingreso -desde la persona más pobre a la más rica-, mientras que el eje vertical identifica el porcentaje del ingreso asignado a cada quintil. En un mundo igualitario, cada 20% de la población se vincularía con el 20% del ingreso -haciendo que la curva de Lorenz coincida con la diagonal-, en tanto que distribuciones más inequitativas muestran que quintiles más pobres tienen participaciones menores, por lo que la curva de Lorenz se desplaza hacia debajo de la diagonal. El análisis de la curva de Lorenz con respecto a la diagonal de la gráfica en la distribución del ingreso por quintiles da lugar al índice de Gini: mayor distancia entre la curva y la diagonal refiere a una distribución más desigual, y a la inversa. Una curva de Lorenz por encima de la diagonal refiere a una distribución más equitativa que aquella ocurrida en un esquema igualitario.

diagonal, ubicándose por encima de la misma, aunque marginalmente. Ello muestra que los fondos asignados por el Sistema Único de Reintegros son relativamente igualitarios en términos de escala, y avanzan en la dirección de mayor protección relativa a las instituciones más pequeñas.

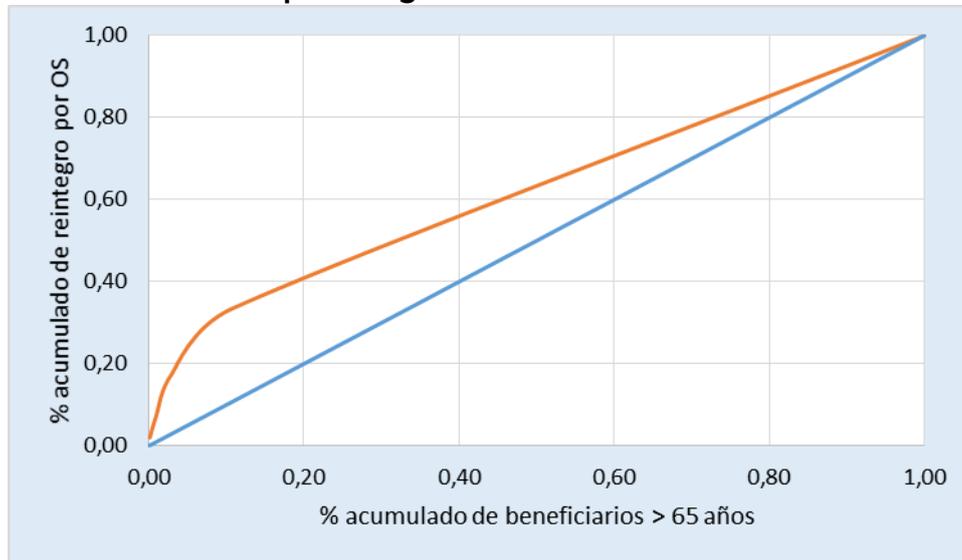
Por su parte, la Figura 12 reproduce el mismo criterio de medición, indicando en el eje horizontal al porcentaje de beneficiarios de mayor riesgo -cerca del origen-, para lo cual se toma como “proxy” a la población mayor a 65 años. En este caso, la curva de Lorenz se muestra más cóncava, sugiriendo una distribución más equitativa/eficiente de los recursos del SUR hacia las obras sociales de mayor exposición sanitaria relativa.

Figura 11
Curva de Lorenz en reintegros para Obras Sociales,
por cantidad de beneficiarios/as



Fuente: Elaboración propia en base a información de la SSS.

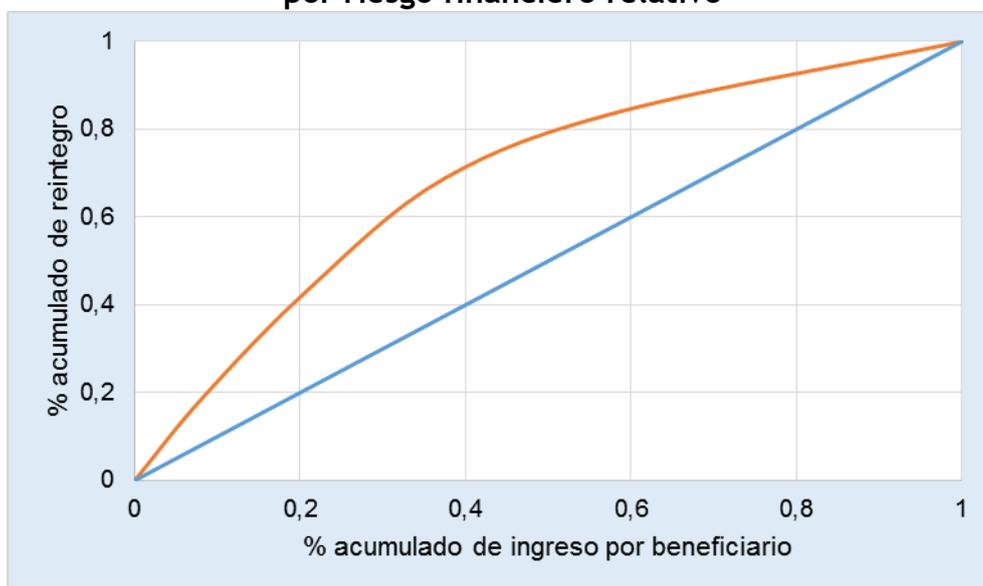
Figura 12
Curva de Lorenz en reintegros para Obras Sociales,
por riesgo sanitario relativo



Fuente: Elaboración propia en base a información de la SSS.

Finalmente, la Figura 13 replica el análisis anterior, pero estableciendo como parámetro de medición la contribución promedio de los aportantes de cada obra social. Nuevamente, las instituciones más expuestas -financieramente, en este caso- se ubican cerca del origen de la línea horizontal, y se avanza hacia el extremo opuesto en la medida que la obra social cuenta con mayor nivel de ingreso por beneficiario. En este caso, la curva de Lorenz establece su máxima diferencia con respecto a la diagonal: claramente la distribución de recursos del SUR favorece a aquellas instituciones que, más allá de su escala poblacional y riesgo relativo, perciben remuneraciones medias menores.

Figura 13
Curva de Lorenz en reintegros para Obras Sociales,
por riesgo financiero relativo



Fuente: Elaboración propia en base a información de la SSS.

8.2.- Asignación de Recursos a la Seguridad Social

La discusión sobre asignación eficiente y equitativa del SUR remite al modo en que la seguridad social nacional permite dar respuesta a los tratamientos de alto costo de su población beneficiaria. Identificando flujos de recursos entre grupos sociales pertenecientes a distintas instituciones del subsistema.

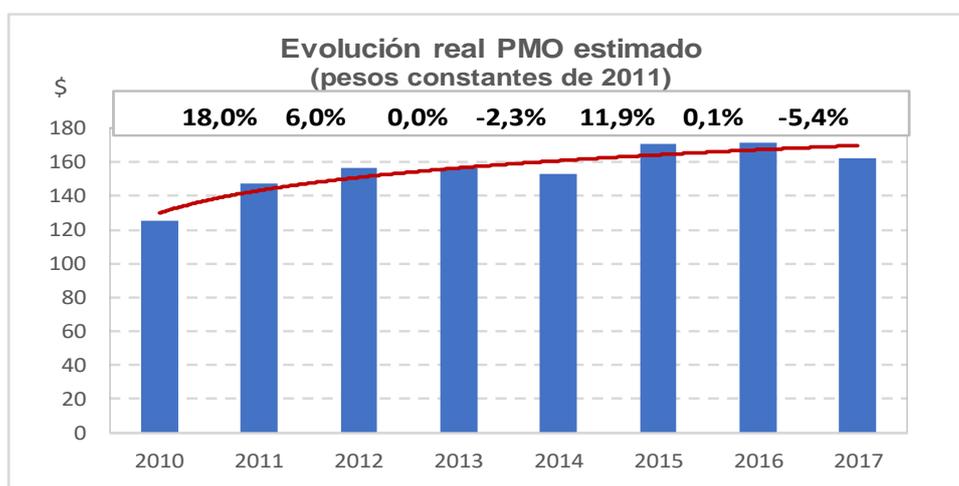
Ello no necesariamente ubica la mirada sobre la composición de las intervenciones del Programa Médico Obligatorio y su pertinencia para abordar el perfil epidemiológico de su población, los mecanismos de promoción de prácticas costo-efectivas, ni tampoco sobre el modo de costeo de éste y sobre la posibilidad de financiar con el monto establecido los requerimientos de salud incluidos en la normativa.

No es el objetivo de este proyecto abordar la temática del costeo, habiéndose hechos avances parciales en trabajos anteriores (Maceira et al., 2012). Sin embargo, para avanzar en esta dirección se propone considerar el costo del Programa Médico Obligatorio a lo largo de los años calculado por otras fuentes locales, y exponerlo a la comparación con otros indicadores relevantes de contraste, tales como el nivel de inflación y el tipo de cambio (que refieren a los costos que los prestadores deben afrontar para brindar sus servicios), como también a la evolución del salario real (de

donde dependen los ingresos de las Obras Sociales). Las Figuras 14 y 15 permiten una mirada de este fenómeno.

Van der Kooy et al (2017) sugiere una serie de costeo que fue transformada en la siguiente Figura a precios constantes de 2011 a fin de poder dar una lectura que habilite la comparación inter-temporal. El valor de este análisis es que se apoya en una metodología que los autores declaran homogénea a lo largo del tiempo. Se observa que existe una tendencia creciente, aunque moderada a lo largo del período 2010-2017 con tres períodos de crecimiento en términos reales (2011, 2012 y 2015), y dos de caída relativa (2014 y 2017).

Figura 14



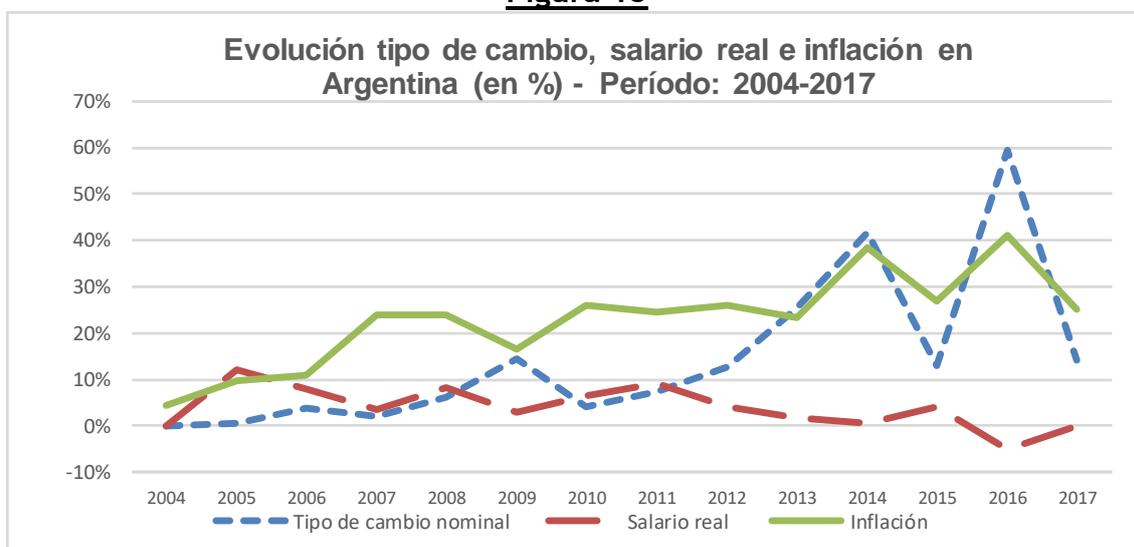
Fuente: Elaboración propia en base a Prosanity Consulting & ISalud (2017) y Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

Esta Figura contrasta con la evolución de tres indicadores clave para considerar el costo del Programa y su capacidad de financiamiento: por una parte, la tasa de inflación muestra una evolución creciente a lo largo del mismo período, lo que sugiere que, más allá de haber transformado los costos anteriores en moneda constante y comparable, el cambio de precios relativos ha sido significativamente más brusco, pudiendo alterar los valores entre diferentes prestaciones incorporadas en el paquete obligatorio de servicios.

En segundo lugar, el tipo de cambio no ha seguido una trayectoria equivalente a la inflación, con períodos de retraso cambiario y devaluaciones, factor que afecta la estructura de costos de los bienes y servicios brindados en el desagregado del Programa.

Finalmente, se identifica una disminución de la variación del salario real, particularmente desde el año 2011, pero que se torna contractiva a partir de 2016. Ello constituye un argumento clave para la comparación, en tanto es la variable sobre la cual se obtienen los recursos que financian la prestación de los servicios de salud¹³. La necesidad de profundizar en una agenda de costeo, por tanto, resulta crítica, a fin de complementar los resultados alcanzados en este trabajo.

Figura 15



Fuente: Tabla A3 del Anexo

1- Conclusiones

La discusión sobre cómo aumentar la capacidad del sistema sanitario para cubrir las necesidades crecientes de cuidado de la salud se enfrenta en el caso argentino con el desafío de la segmentación y la falta de coordinación entre actores.

La información reciente muestra al país en una situación relativamente más expuesta que en otras ocasiones: **menor gasto total en salud, participación del gasto de bolsillo mayor al esperado, y un modelo de atención con capacidades desiguales de cobertura. Dado ello, surge la necesidad de establecer una estrategia de convergencia hacia un modelo de cobertura universal, utilizando las instituciones y la experiencia existente para lograrlo.**

¹³ Un desagregado de los valores expresados en la Figura se exponen en el anexo (Tabla A3).

El caso de los gastos catastróficos, asociados con enfermedades de alto costo, como la presencia de gasto financieramente catastrófico y empobrecedor, constituye el espacio crítico para la toma de decisiones. Ello es así en tanto no hemos logrado articular redes sanitarias que faciliten el vínculo entre la promoción, la atención de la persona sana, la prevención de enfermedades y la protocolización de los cuidados del/la paciente una vez ella/él requiera del sistema de salud.

Dentro de este marco, la comparación con otras naciones, tanto de América Latina como extra-región, interpelan sobre la brecha entre las ventajas de un modelo integrado de cuidados de la salud y el mantenimiento de subsistemas donde la garantía de derechos es diferencial, asociada con la capacidad de pago y el lugar de residencia.

La Superintendencia de Servicios de Salud, en tal contexto, se convierte en un actor nodal, en la medida que tiene a su cargo administrar dos de los instrumentos más valiosos sobre los cuales construir un diseño comprehensivo de salud con cobertura amplia y homogénea.

El primero de ellos, el Programa Médico Obligatorio, puede ser visto no sólo como un listado de prestaciones a partir del cual las instituciones de seguridad social planifican sus desembolsos y negocian prestaciones. El PMO potencialmente es un instrumento regulatorio capaz de alinear intereses, proporcionando un mecanismo de amplio alcance para asignar recursos, establecer estrategias de atención y cobertura, promoviendo una tendencia hacia la equidad del sistema de aseguramiento social y privado (Maceira et al., 2012). Convergencia a un PMO consistente y universal refiere a un esfuerzo conjunto de las autoridades sanitarias nacionales, y un plan de convergencia entre subsistemas.

Por otra parte, ambos, el Fondo Solidario de Redistribución y asociado a él, el Sistema Único de Reintegro pueden identificarse como instrumentos de este modelo de cobertura ampliado. Así, el análisis de su desempeño permite extraer enseñanzas para el conjunto del sistema. De sus avances y de sus desafíos se obtienen insumos para una visión estratégica del futuro del sector.

La comparación internacional de este mecanismo de reasignación de recursos muestra, por una parte, una gran fortaleza en cuanto a la cobertura promovida, tanto en términos de patologías incorporadas como en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento garantizados. La amplitud del PMO no logra superarse por la gran mayoría de sus pares tanto dentro como fuera de la región. Asimismo, el SUR es una institución amplia en términos de objetivos de cobertura, en perspectiva con otros esquemas de cuidado y tratamiento de enfermedades de alto costo en naciones latinoamericanas.

En segundo lugar, la construcción de tres indicadores de resultados para los recursos distribuidos por el SUR muestra que, más allá de la relación positiva entre cantidad de

beneficiarios y montos reintegrados, el modelo de transferencia de recursos define tendencias hacia una mayor capacidad de absorción de riesgo financiero y demográfico, aportando a la construcción de mayor equidad.

Asimismo, la gratuidad de sus prestaciones evidencia la presencia de una política de protección financiera sostenida en el tiempo, poco comparable con otros países, que requiere de esfuerzos adicionales para promover mayor eficiencia asignativa.

Esta eficiencia asignativa, sin embargo, amerita decisiones que potencien la acción regulatoria de la SSSalud, permitiendo mayor calidad gerencial y emitiendo señales a todos los actores sectoriales que permitan orientar la asignación de recursos y promover prácticas prescriptivas que aporten a la gobernanza del sistema como un todo. Ello involucra: inclusión de nuevos mecanismos de prevención en el paquete de garantías, facilitar la presencia de economías de escala, y eventuales asignación de recursos

Los resultados hallados dan reconocimiento de los logros alcanzados en la dirección de una creciente cobertura, la absorción de riesgos financieros y una tendencia a la homogeneidad en la transferencia de fondos a instituciones de seguridad social con diferentes capacidades de financiamiento.

Más allá de ello, la presencia de brechas entre Obras Sociales -en términos de cantidad y riesgo de la población a cargo, como de aportes promedio por afiliado/a- sugiere una agenda de trabajo futura, dada las limitaciones actuales de la información disponible. Ello permitirá perfeccionar la información existente y lograr mayor profundidad en el estudio de los indicadores de desempeño. Entre ellos se encuentran:

- **Disparidad institucional:** si bien se observan tendencias definidas para el conjunto, existen fuertes diferencias en los indicadores disponibles entre obras sociales vinculadas a prevalencia de enfermedades catastróficas y niveles de riesgo relativo de cada institución. Ello requiere de un análisis en profundidad a fin de alinear los motivos de facturación y reintegro con las necesidades de cuidado.
- **Eficiencia administrativa:** Avanzar en una agenda de análisis de procesos, identificando cuellos de botella en los mecanismos actuales de facturación, aceptación de cargos y reintegros.
- **Eficiencia en el logro de ganancias operativas por costos decrecientes a escala:** La necesidad de consolidar estructuras de obras sociales se refleja en la gestión del SUR. Instituciones de baja escala poblacional aumenta los gastos administrativos promedio del sistema, afectando al conjunto de las instituciones de protección financiera con escala funcional. Generar espacios de convergencia a gestiones asociadas aportarían capacidad resolutoria a menor costo.
- **Eficiencia en los mecanismos de compra y contratación:** la gestión individual por institución probablemente logre alcanzar niveles aceptables de eficiencia en las Obras Sociales de gran envergadura, aunque probablemente sea difícil de

verse viable en entidades de baja cantidad de beneficiarios y/o en jurisdicciones con bajo número de asegurados. Ello tiende a elevar los precios unitarios y reduce la capacidad de negociación aguas abajo en el nivel de prestación. Aquello que resulta poco eficiente en el primer y segundo nivel es crítico en la alta complejidad, requiriendo un avance en el diseño de mecanismos de pago y estructuras contractuales con criterios de largo plazo. Al igual que en el caso anterior, avanzar en figuras contractuales tales como consorcio de compras y esquemas colaborativos de gestión de recursos permitiría orientar la operatoria hacia estadios de mayor eficiencia.

- **Eficiencia distributiva:** la interacción entre el SUR y los espacios de evaluación de tecnologías sanitarias requieren ser priorizados, dada la relevancia del Sistema Único de Reintegro en la garantía de derechos sanitarios con profundo impacto en la equidad del sistema. Los avances en protocolización implementados durante los últimos años son una señal significativa en esta dirección, aunque grandes esfuerzos deben continuarse en el tiempo para converger a un modelo eficaz y sustentable. La creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es un paso valioso en esa dirección (Maceira y Espínola, 2017).
- **Eficiencia sistémica:** el diálogo entre las instituciones de la seguridad social caracterizadas por su capacidad de fijación de reglas en financiamiento, aseguramiento y gestión de recursos debe potenciarse, incorporando en ese intercambio a referentes sanitarios nacionales y provinciales del sector público. De esta interacción podrá avanzarse en un plan consistente de convergencia a mayor cobertura bajo parámetros de priorización socialmente aceptados.

Referencias

Normativas

Ley 23660 Creación del régimen obras sociales.

Ley 23661 Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud y la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

Decreto 492/95. Creación del Programa Médico Obligatorio.

Resolución MS 247/96. Puesta en vigencia del Programa Médico Obligatorio.

Decreto 1615/1996. Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Resolución Ministerial 500/04. Creación de la Administración de Programas Especiales.

Resolución 1198/12 de la SSSalud. Absorción de la APE por la Superintendencia de Servicios de Salud

Resolución 1200/12 de la SSSalud. Creación del Sistema Único de Reintegros (SUR), que establece el mecanismo para reconocer las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Resolución 1511/12 de la SSSalud. Instauración de un Sistema Único de Reintegros (SUR) para las prestaciones de las personas con discapacidad.

Resolución 1561/12 de la SSSalud. Creación de la figura de la “patología tutelada” como un nuevo procedimiento para autorizar reintegros a los agentes del seguro nacional e incorpora más patologías y medicamentos.

Resolución 362/12 de la SSSalud. Regulación de medicamentos sobre mecanismos de trazabilidad.

Resolución 2206/13 de la SSSalud complementa el mecanismo de presentación de propuestas dirigido a establecer los fundamentos terapéuticos e informes sobre seguridad y efectividad de las tecnologías del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes implementado por Resolución 621/06.

Resolución 2840/13 de la SSSauld. Llamado a presentar propuestas en el sistema de medicina prepaga para cubrir enfermedades de alto costo y baja incidencia.

Resolución 1048/2014 de la SSSalud. Modificación del SUR.

Referencias

AFIP, página web.

AGN. Fallas en el control interno de la Superintendencia de Servicios de Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.agn.gov.ar/informesresumidos/fallas-en-el-control-interno-de-la-superintendencia-de-servicios-de-salud>

Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 4:S407-S415.

Baeza, C. y T. Packard, (2006) *Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America.* Washington, Standford University Press - The World Bank.

Beck RR (2016). *Obras Sociales Nacionales: Financiamiento del Plan Médico Obligatorio* [internet]. Tesis de Grado. Departamento de Economía. Universidad de San Andrés.

Bürgin Drago MT, Hamilton G, Tobar F, Lifschitz E, Yjilioff RD. 2014. *Respuestas a las enfermedades catastróficas.* Federico Tobar (coord.). 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2014.

Claus, AF, Garrido R, Romeo G, Schuler ME. 2008. *Administración de Programas Especiales (APE)* [internet]. Monografía. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Aleman. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/APE2008.pdf>

Fondo Nacional de Recursos. (2010). *Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo.* Publicación Técnica (Nº 13), pp. 29. Montevideo.

Fondo Nacional de Recursos. (17 de mayo de 2013). *Derecho a la Salud, Medicamentos y otras prestaciones de alto costo.* Consultado el 20 de febrero de 2014, disponible en Fondo Nacional de Recursos, Medicina Altamente Especializada: http://www.fnr.gub.uy/debate_justicia_salud.

Giovanella L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada* [Internet]. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013 [citado 11 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanellacomparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>

Lee, R., Mason, A., y Cotlear, D. (2010) *Some Economic Consequences of Global Aging.* A Discussion Note for the World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the developing world.* Washington DC: Brookings Institution Press.

Knaul, F.; Wong, R.; Arreola-Ornelas, H. (2012) “Financiamiento de la Salud en América Latina, Volume 1: gasto de hogares y empobrecimiento”, Ed., Global Equity Initiative, Harvard University.

Maceira, D. (2001) “Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.”, *Iniciativas Latinoamericanas* (Harvard School of Public Health, FPMD, Partnerships for Health Reform, Pan-American Health Organization, USAid), Edición Especial 3.

Maceira, D. (2014^a) “Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina”, Documento de Trabajo no.122, Area de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/UNICEF LACRO. Diciembre.

Maceira, D. (2014^b) “Envejecimiento y Desafíos para el Sistema de Salud Argentino”, Capítulo 6 en Gragnolati y Roffman, comp. “Oportunidades y Desafíos Económicos de la Transición Demográfica en Argentina”, The World Bank Group.

Maceira, D. (2017) “Seguridad Social en América Latina: Evolución, Reformas Recientes y Perspectivas”, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en prensa.

Maceira, D., Kremer, P., Melamud, A., y Palacios, A. (2012) “Propuesta Metodológica para el Costeo Regional del PMO”, mimeo CEDES-Superintendencia de Servicios de Salud.

Maceira, D. y Espinola, N. (2017) “Garantía de Derechos, Protección Financiera y el Papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Aportes para el Caso Argentino”, Documento de Trabajo CEDES/Preservar Salud.

Maceira, D. (2018) “Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza”, Documento de Trabajo CEDES/Preservar Salud.

Martínez M, Timor G. El Sistema Único de Reintegros. La Cobertura de las Enfermedades Catastróficas en la Argentina [Internet]. 2014 [citado 23 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/EL%20SISTEMA%20C3%9ANICO%20DE%20REINTEGROS.%20Timor%20Martinez.pdf>

Rubinstein A, Pichon-Riviere A, Zerbino MC. 2016. Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías. Documento CECE. Disponible en: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/2017/01/sde44.pdf>

Superintendencia de Servicios de Salud, página web.

Tobar F, Drago MTB, Hamilton G, Lifschitz E, Yjilioff RD. Respuestas a las enfermedades catastróficas [Internet]. CIPPEC, editor. 2014 [citado 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://ghiadvisors.org/Docs/Libro+Catastroficas+WEB.pdf>

Tobar, F. (2010) “¿Qué aprendimos sobre la cobertura de las enfermedades de alto costo? En. Tobar, F. ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina”. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

Toro, W. (2010). “Marco contextual: las enfermedades ruinosas o catastróficas-ERC en el régimen contributivo del sistema de salud”. Consultado el 7 de enero de 2010, disponible en <http://www.eumed.net/tesis/wrtj/03.pdf>

Van der Kooy, E., Pezzella, H., Carril, A. et al (2017) “Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio”. Prosanity-Isalud.

Wagstaff, A. y Van Doorslaer, E. (2002) “Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98”. Washington, D. C., Banco Mundial.

Wagstaff, A. et al. (2014) “Assessing Latin America’s Progress towards Universal Health Coverage”, Health Affairs, vol.34-no.10, 2015.

World Development Indicators webpage.

Xu, K., D. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus, C. Murray, (2003) “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”. The Lancet, 362.

Yjilioff RD. (2013). “Administración de Programas Especiales y su cobertura de enfermedades catastróficas. Evolución histórica”. Fundación Güemes.

Anexos

Tabla A1

Comparación entre la Resolución 0500/04 APE y la Resolución 1561/2012 SUR sobre la estructura y organización de ambos mecanismos

	Resolución 500 APE	Resolución 1561 SUR
Naturaleza de la Institución	Organismo autárquico con personalidad jurídica propia	Actúa a través de la Gerencia General de la SSSalud
Recursos de financiación	Fondo Solidario de Redistribución	Fondo Solidario de Redistribución
Formas de asignación de recursos	Subsidios directos y reintegros	Reintegros
Inicio de Trámite	Carga a través del Programa SIAPE	Carga en sistema SUR a través de la web
Ingreso de la información	A través de un disquet que acompañaba documentación	Mediante carga por web y otorgamiento de código de barras individuales para cada expediente
Número de expediente	Al inicio del trámite en el área mesa de entrada	Al final desde el área jurídica
Patología	Si	Si
Concepto	Cuadro Resumen	Comprobante de concepto
Cuadro de comprobantes (facturas y recibos)	No	Si
Remitos	No	Si
Certificado de validación de troqueles por laboratorio de origen	Si	No
Trazabilidad	No	Si
Sistema de tutelaje	No	Si
Vía de Excepción	Si	No
Consentimiento informado	No	Si
Validación de facturas y recibos por AFIP	No	Si
Obligación de laboratorios a publicar y actualizar a través del Manual Farmacéutico	No	Si
Tecnología sanitaria emergente	No	Requiere autorización original extendida por la Gerencia de Gestión Estratégica de la SSSalud

Recurso: Elaboración propia con base en Yjilioff (2013)

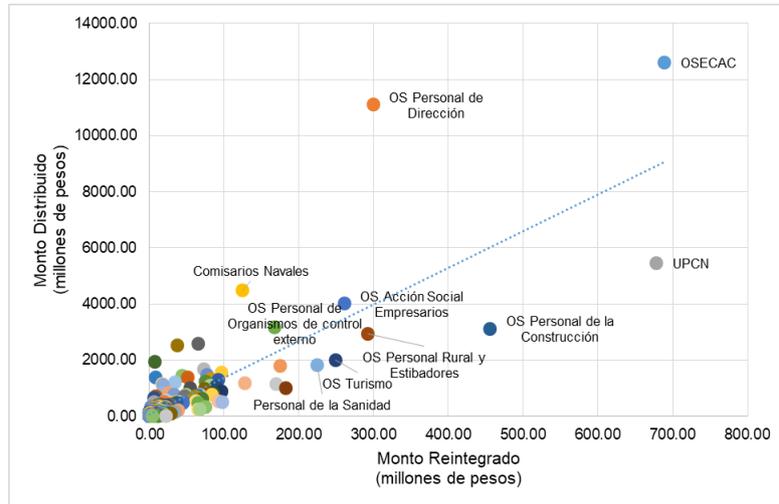
Tabla A2
Evolución de la cobertura de enfermedades de alto costo en Argentina.
Del APE al SUR

Lo que se agregó	Lo que se dejó de cubrir
Dispositivo de asistencia ventricular (VAD o BI-VAD)	Stents (convencionales y farmacológicos)
Módulo de cirugía cardiovascular central cuando requieren con estabilizador miocárdico (EM) o circulación extracorpórea (CEC)	Osteosíntesis
Procedimiento de colocación percutánea de válvula aórtica (hasta diciembre de 2012 se cubría sólo el material)	Válvulas, salvo las aórticas
Bomba de insulina (antes, por vía de excepción)	Sistema de derivación ventriculoperitoneal
Radioterapia modulada en cáncer de próstata y en cánceres de cabeza y cuello	Anillos para valvuloplastia
Radioterapia 3D conformada en cánceres de cabeza y cuello, tumores cerebrales, cánceres de laringe, esófago, mama, pulmón, páncreas, hígado, vejiga, recto, próstata y otros.	Parches de PTFE
Prótesis para reconstrucción de calota craneana	Membranas de craneoplastia
Trasplantes	Espaciadores de cadera o rodilla
Prótesis de amputación de miembros superiores e inferiores	Pectus excavatum
Estimulación espinal en dolor crónico intratable	Resincronizadores
Neuroestimulación central profunda en enfermedad de Parkinson refractaria	Grandes quemados con compromiso menor al 25% de la superficie corporal
Neuroestimulador vagal en epilepsia refractaria (antes, por vía de excepción)	
Sistema de reconstrucción facial 3D	
Procesador de voz en el caso de implantes cocleares que requieren recambio	
Cirugía de reasignación de sexo	

Recurso: Martínez y Timor (2014)

Figura A1

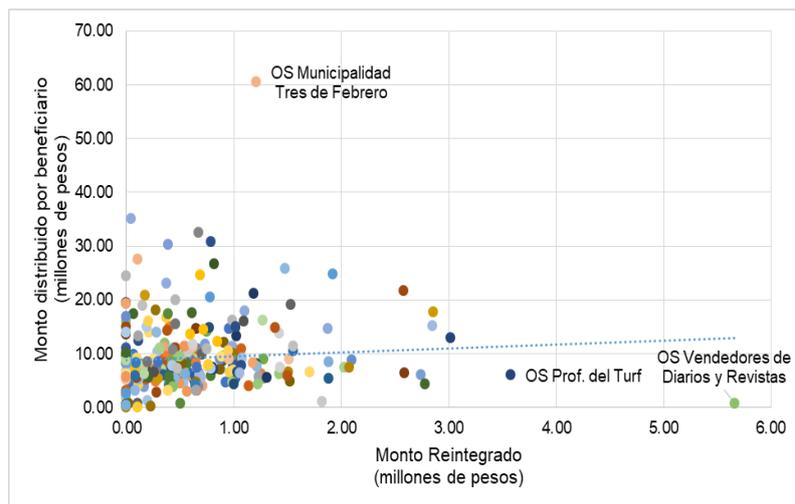
**Ingreso neto de las Obras Sociales Nacionales y Reintegros del SUR
(por OSN - año 2016)**



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

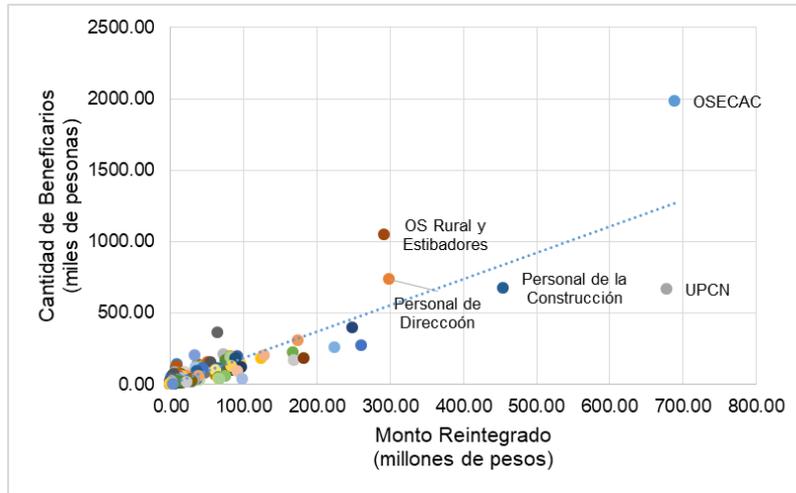
Figura A2

**Ingreso neto per capita de las Obras Sociales y Reintegros del SUR
(por OSN - año 2016)**



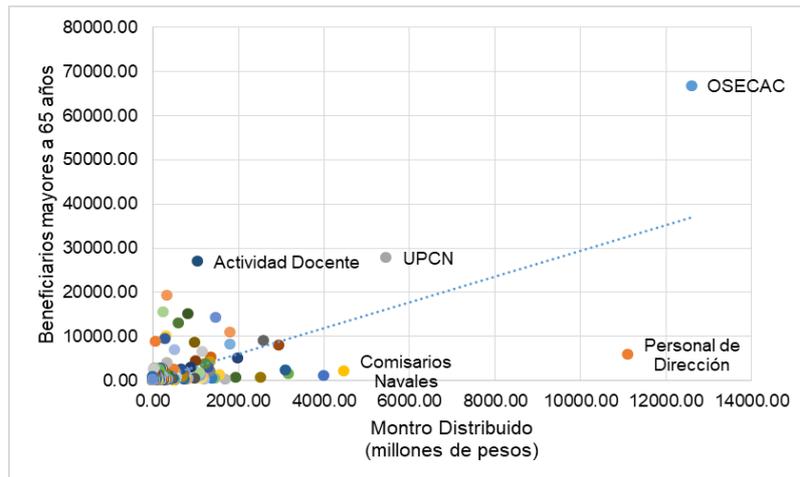
Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Figura A3
Cantidad de beneficiarios por OSN y monto reintegrado por el SUR
(por OSN - año 2016)



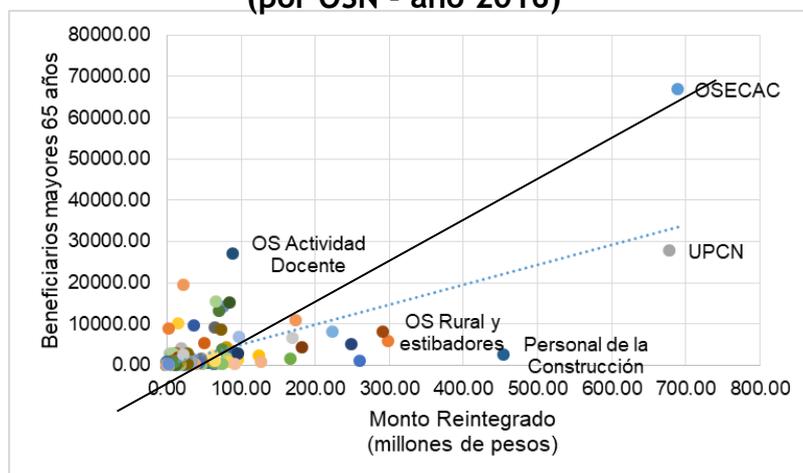
Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Figura A4
Cantidad de beneficiarios mayores de 65 años e ingresos netos por OSN
(por OSN - año 2016)



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Figura A5
Cantidad de beneficiarios mayores de 65 años y reintegros del SUR
(por OSN - año 2016)



Recurso: Superintendencia de Servicios de la Salud y AFIP, 2016

Tabla A3
Evolución de Tipo de Cambio, Inflación y Salario Real
Argentina 2004-2017

Año	Tipo de cambio nominal		Salario real		IPC	Inflación
	Valor	Var. %	dic. 2015=100	Var. %		
2004	2,95		55,3		105	
2005	2,97	0,4%	62	12,1%	117,92	9,80%
2006	3,08	3,7%	67	8,1%	127,32	10,90%
2007	3,14	2,0%	69,4	3,6%	154,72	24%
2008	3,33	6,2%	75,2	8,4%	186,59	23,85%
2009	3,81	14,5%	77,3	2,8%	221,06	16,45%
2010	3,97	4,1%	82,3	6,5%	280,81	25,95%
2011	4,26	7,4%	89,9	9,2%	346,17	24,50%
2012	4,80	12,6%	93,7	4,2%	425,81	26,05%
2013	6,01	25,4%	95,3	1,7%	561,83	23,35%
2014	8,51	41,5%	95,9	0,6%	780,99	38,55%
2015	9,63	13,1%	99,9	4,2%	1027,54	26,85%
2016	15,34	59,3%	94,9	-5,0%	1350,48	40,98%
2017	17,49	14,0%	94,8	-0,1%		25%

Fuentes:

Tipo de Cambio Nominal Promedio Mensual (TCNPM), noviembre: BCRA
 Poder Adquisitivo del Salario, Trabajadores Registrados Sector Privado, noviembre. 2015=100. Fuente:
 Herrera (precios estimados por Bein y Sipa).
 Índice de Precios al Consumidor (IPC) CABA