



UNA AGENDA
PARA LA
ECONOMÍA
DE LA SALUD

CDOR. CARLOS VASSALLO

EDICIONES

Fundación  Sanatorio Güemes

UNA AGENDA PARA LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Cdor. Carlos Vassallo

EDICIONES

Fundación  Sanatorio Güemes

ÍNDICE

**INTRODUCCIÓN. CÁTEDRA EXTRACURRICULAR
ECONOMÍA DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DEL SALVADOR Y
FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES.**

Carlos Vassallo

SALUD: RACIONALIZAR, NO RACIONAR

Carlos Vassallo

**ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD PARA LA VACUNA
CONJUGADA CONTRA EL NEUMOCOCO EN LA ARGENTINA**

Tomás Pippo y Carla Vizzotti, Ministerio de Salud (2010)

FONDO PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Federico Tobar, Gabriela Hamilton, Sofía Olaviaga, Romina Solano

Comentarios: Esteban Lifschitz

**LA RESPUESTA INSTITUCIONAL A LA INNOVACIÓN
TECNOLÓGICA Y LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**

Carlos Vassallo

**EQUIDAD, ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD. UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE LOS DATOS DE
ENCUESTAS**

Juan Sanguinetti

Comentarios: Natalia Jorgenson

**ESTIMACIÓN DEL COSTO PARA GARANTIZAR LA
COBERTURA ASISTENCIAL DEL PROGRAMA MÉDICO
OBLIGATORIO (PMO), MARZO 2012**

Rubén Roldán y Esteban Lifschitz

Comentarios: Héctor Rosende y Fernando Alesso

**PROPUESTAS EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1310.
CUADRO COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS
POR LA RESOLUCIÓN 1561 RESPECTO DE LAS RESOLUCIONES
500 Y 1200, Y LA PROPUESTA REALIZADA**

**LA CONSTRUCCIÓN DE OPORTUNIDADES PARA CAMBIAR
EL SISTEMA DE SALUD**

Carlos Vassallo

PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD | PAIS

REFERENCIAS / AUTORES

INTRODUCCIÓN

*Carlos Vassallo*¹

Apertura

Durante el año 2012 comenzamos a organizar desde la Cátedra de Economía de la Salud de la Universidad del Salvador y de la Fundación Sanatorio Güemes en forma sistemática, los Ateneos de Economía de la Salud que se habían realizado en forma más espaciada durante años anteriores.

En el año 2006, el primer ateneo de Economía de la Salud en Rosario con la presencia del Prof. Jaime Puig Junoy (Universidad Pompeu Fabra, Barcelona), quien presentó el tema de los precios de referencia de los medicamentos.

En el año 2008, el Prof. Juan Oliva (Universidad de Castilla, La Mancha) presentó en la Fundación del Sanatorio Güemes sus trabajos sobre el cálculo de los costos de enfermedades. Trabajo realizado a pedido de las Comunidades Autónomas de España que sirvió como referencia para constatar las limitaciones de información existente en Argentina así como del interés de los estados provinciales y del Estado nacional en este tipo de estudios.

Durante el año 2009, el Dr. Enrique Bernal Delgado, en base a los trabajos realizados en España con el atlas de variación de la práctica médica y su experiencia de trabajo con el Profesor Elliot Fisher, presentó la experiencia española en la materia para algunas patologías seleccionadas.

El cuarto ateneo surgió de una presentación conjunta que realizamos con Federico Tobar por invitación de la Universidad Nacional de San Luis, acerca de las perspectivas de los sistemas de salud en América Latina.

Finalmente durante el año 2012, a partir de una iniciativa surgida desde la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud que existe entre la Universidad del Salvador y la Fundación del Sanatorio Güemes, se pudo concretar y llevar adelante una programación de cuatro ateneos que se presentan a continuación.

Esta Cátedra fue creada mediante un convenio entre la Fundación del Sanatorio Güemes y el Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo de la Universidad del Salvador. La estructura académica de la misma es la siguiente:

Titular: Carlos Vassallo

Adjuntos: Federico Tobar, Laura Lima Quintana, Rubén Roldan

Ayudantes: Guillermo Oggier, Alejandro Sonis Giri, Natalia Jorgenson

La idea de los ateneos es instalar un espacio de debate y discusión desde un punto de vista científico de la Economía de la Salud con la variedad temática que hoy es parte de esta disciplina que ha tenido una expansión y un crecimiento realmente importante durante los últimos cuarenta años. Los dos artículos más citados han sido:

- Kenneth J. Arrow. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, The American Economic Review, 1963.
- Michael Grossman. *On the concept of health capital and the demand for health*, Journal of Political Economy, 1972.

Respecto de los temas tratados por la Economía de la Salud, a lo largo del tiempo se observa una tendencia creciente hacia la epi (determinantes de la salud) y la estadística y econometría, en tanto que el análisis de la oferta de servicios de salud y de los seguros médicos decae respecto de los cincuenta artículos más citados en cada década.

Topics of most-cited 50 publications by decade.

	1970s	1980s	1990s	2000s
Health and its value	3	1	4	2
Efficiency and equity	2	2	3	4
Determinants of health and ill-health	2	4	6	9
Public health	2	5	2	6
Health and the economy	5	4	5	4
Health statistics and econometrics		1	5	9
Demand for health and health care	3	3	3	1
Medical insurance	9	3	4	3
Supply of health services	12	9	3	2
Human resources	6	4	3	3
Markets in health care		3		
Economic evaluation	1	2	5	3
Total	45	41	43	46

Marisol Rodríguez hace un rápido repaso del artículo de *Adam Wagstaff* y *Tony Culyer* denominado *Four decades of health economics through a bibliometric lens*, aparecido en el *Journal of Health Economics* (volumen 31, pp. 406-439), o su encarnación previa como *Policy Research Working Paper 5829 World Bank*. Allí se puede verificar quien es quién en la Economía de la Salud, cuáles son las principales instituciones de producción de la investigación, sobre qué temas se escribe, cuáles son los artículos más citados y, como dichos temas, han ido subiendo o bajando de popularidad.

Las temáticas que se comenzaron a abordar en los ateneos y que se continuarán durante el próximo año son las siguientes:

- **Salud.** Producción, medida y evaluación de la salud, copagos, demanda de salud, prevención, discapacidad, comportamiento de los consumidores, etcétera.
- **Mercados de salud.** Oferta y demanda, producción de salud, teoría de la agencia, precios, pagos a proveedores, atención gerenciada, competencia, elección del consumidor, análisis de mercado, mercado de trabajo médico.
- **Seguros de salud.** Subvenciones a primas ajustadas por riesgo, capitación, mercado de seguros competitivos, selección adversa, descreme (*cream skinning*), demanda de seguros de salud, elección de planes, efectos de los seguros, riesgo moral.
- **Evaluación económica.** Evaluación económica de tecnologías médicas, análisis costo efectividad, costo de la enfermedad, mediciones de los costos en salud, calidad de vida y guías de medición de resultados, farmacoeconomía.
- **Regulación y políticas.** Reforma antimonopólicas en salud, precio de regulación, contención de costos, planificación de la oferta, restricciones en el acceso, planificación de la fuerza de trabajo médica, regulación de los precios farmacéuticos y listas restrictivas, derecho y economía de la salud.
- **Países en desarrollo y economías en transición.** Pobreza y salud en países de bajos ingresos, financiamiento y provisión formal e informal, mix público privado, cuentas nacionales de salud, técnicas para establecer prioridades.
- **Inequidades en Salud y en el sistema de cuidados.** Inequidades en salud, inequidades en el acceso a la salud, medida de inequidades en los resultados sanitarios.

Durante los cuatro ateneos se pudo comenzar a recorrer un camino donde se cruzan las temáticas y la metodología de la Economía de la Salud, con la agenda del sistema de salud de Argentina.

Los temas seleccionados para tratar en los ateneos fueron:

- 1. Estudio costo efectividad de la vacuna contra el neumococo.** El Ministerio de Salud solicitó a la Dirección de Economía de la Salud la realización del trabajo que sustente la decisión que se iba a tomar de incluir la vacuna. Más allá de la mayor o menor preponderancia que haya tenido el estudio en la decisión final, lo que quisimos reflejar en el primer ateneo fue la realización de este tipo de trabajos desde los organismos públicos y promover un análisis de la metodología utilizada. La presentación estuvo a cargo de la Lic. Maria Betelu, que fue una de las autoras del trabajo.
- 2. El segundo ateneo realizado abordó la temática de las enfermedades catastróficas y de cómo alcanzar una cobertura adecuada desde el punto de vista económico financiero,** considerando el impacto de los nuevos tratamientos, las modernas medicaciones biotecnológicas y los avances realizados por la medicina genómica. Federico Tobar presentó un trabajo que fue discutido por Carlos Vassallo. También se agrega el trabajo presentado en el marco de la Resolución 1310 de la SSS (Superintendencia de Servicios de Salud), que invitaba a la presentación de propuestas para el armado de la nueva resolución que iba a reemplazar la corta vida que tuvo la Resolución 1200. Finalmente, la Resolución 1561 establece el nuevo marco de funcionamiento de los recursos destinados a compensar al sistema de obras sociales acerca de los denominados gastos catastróficos. Se incluyó también un trabajo comparativo acerca de la cobertura de las distintas resoluciones y de la incidencia que ha tenido la propuesta en términos de la recientemente aprobada resolución.
- 3. Para el tercer ateneo se invitó al Lic. Juan Sanguinetti,** quien presentó un trabajo realizado para el Banco Mundial acerca de las **encuestas de factores de riesgo** y de la encuesta que se realiza del **gasto en salud por familia**. Permitieron, el trabajo y el debate, hacer un recorrido por la información estadística disponible en el sector y señalar los aciertos y carencias de la misma. Actuó como comentarista del trabajo la Lic. Natalia Jorgenson quien realizó también importantes aportes.
- 4. Finalmente el cuarto ateneo abordó el tema del costeo del PMO (Programa Médico Obligatorio)** que es el plan de beneficios aprobado por el Ministerio de Salud y que deben dar como piso para todos los beneficiarios, tanto el sistema de obras sociales como el de la medicina prepaga. Se discutió en base a un trabajo realizado por Rubén Roldan y Esteban Lifschitz y se contó con el inestimable aporte de Héctor Rosende y Fernando Alesso. Surgió del ateneo la importancia de avanzar hacia una mayor profundidad en materia de tasas de utilización que aparecen como muy variables según la región, la población, el tipo de cobertura y la modalidad de pago existente. Y por otra parte respecto de los precios de las prestaciones se planteó la amplia variación existente en los mismos, fundamentalmente en las consultas especializadas, cirugías más complejas, que encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires precios altamente superadores de la media de las provincias del Centro y en mayor medida de las del Norte del país.
- 5. Durante el año 2012 se eliminó la Administración de Prestaciones Especiales** que operaba con la Resolución 500/2004. Se planteó entonces una transformación institucional y de funcionamiento de la misma, ahora dentro del marco de la Superintendencia de Servicios de Salud. Durante el mes de septiembre salió a la luz la Resolución 1200 para reemplazar a la anterior. Solo duró su vigencia escasas 48 horas porque fue objetada por todos los sectores por sus problemas de calidad legislativa, de falta de enfoque del problema y de haber dejado afuera coberturas muy relevantes. Se dicta la Resolución 1310 que abre un compás de espera para mejorar la redacción y convoca a los diferentes sectores a presentar propuestas. Es allí donde un grupo de trabajo del cual formamos parte mucho de los miembros de la Cátedra de Economía de la Salud y del Máster en Administración de Servicios de Salud (FSG, Universidad de Buenos Aires), firmamos la propuesta que aquí se incluye y luego se realizó un comparativo con la Resolución finalmente aprobada (1561) con la 500, 1200 y propuesta presentada de tal manera de visualizar y comparar las ampliaciones y/o recortes de cobertura planteada, así como los criterios utilizados en cada caso para la definición correspondiente.

SALUD: RACIONALIZAR, NO RACIONAR

*Carlos Vassallo*¹

La palabra *racionamiento*, si bien es utilizada a menudo en economía, no me gusta.

Evoca una situación vinculada a los tiempos de guerra donde escasean los bienes de primera necesidad y se imponen reglas rígidas con el objetivo de que los bienes disponibles sean accesibles para todos. El sector salud en la Argentina, a pesar de la profunda crisis no está en guerra, si bien está afrontando una situación dramática por falta de recursos para seguir funcionando con el nivel (por cierto bastante relativo) de “eficiencia y eficacia” con que lo hizo durante todos estos años. Las tensiones entre necesidades y recursos en el abanico de sistemas de salud que tiene nuestro país, se vuelven cada vez más problemáticas. La población envejece y en consecuencia se incrementa la demanda de servicios por enfermedades crónicas y degenerativas, y aumentan los colectivos que potencialmente deberían acceder a coberturas de salud por razones de edad o pensión. Además los ciudadanos incrementan sus expectativas en su relación con la medicina y esas expectativas generan demandas con un fuerte componente de autonomía. Surgen nuevas enfermedades y a la vez nuevas tecnologías médicas, ambas en un entorno generalmente de alto costo.

No es algo novedoso lo relatado hasta aquí, ya que estos hechos suceden en todos los sistemas de salud, pero en nuestro caso se insertan en el inédito escenario de la crisis actual, donde debemos agregar que la pérdida de trabajo produce pérdida de cobertura de salud, y que los niveles de empobrecimiento de la población llevan a la aparición de enfermedades propias de esa situación social y generan fuertes demandas sobre la estructura pública de servicios de salud, a la vez que los canales de contención natural como son la familia y los espacios sociales se han fracturado en un alto grado por la misma causa. Se da entonces la paradoja que tenemos cada vez más población sin cobertura y con escasa o nula capacidad de pago, que se dirige a los prestadores públicos (centros de salud y hospitales) que arrastran fuertes retrasos de inversión y deficiente capacidad de gestión, en tanto que se agiganta la desocupación y la disminución del uso de los servicios privados de salud que crecieron en su momento al ritmo de las obras sociales, las prepagas y el INSSJP.

Es el tramo final de la extraña paradoja argentina un sistema de salud fragmentado y encasillado en subsectores, que de la ineficiencia en épocas de recursos suficientes hace finalmente crisis en la ineficacia cuando los recursos dejan de ser relativamente “escasos” para ser insuficientes. Lo que falta de un lado sobra del otro, y sin embargo son escasas las iniciativas de integración para complementar y racionalizar la oferta de servicios y responder a la diversificada demanda de salud.

Históricamente y en el pasado inmediato, la oferta de servicios de salud ha venido creciendo en algunos rubros (alta complejidad o servicios más sofisticados, medicamentos, recursos humanos), en tanto que en otros factores, si bien no han crecido desde el punto de vista cuantitativo en los últimos años como el caso de las camas, la sobreoferta actual es consecuencia de los cambios en el modelo de atención y en las nuevas demandas y necesidades de la población.

Por el lado de la oferta pública, las limitaciones de las cuentas públicas provinciales hicieron cada vez más difícil invertir recursos suficientes para introducir nuevas tecnologías, a menudo más costosas que aquellas que sustituyen. La relación en este sentido entre público y privado sigue dándose entre un sector público que paga mal en cuanto a tiempos (y muchas veces no paga), y un sector privado que ante el riesgo de una contratación finalmente impaga incrementa el precio para protegerse de la incobrabilidad. En este sentido, la posibilidad de alcanzar un estadio de “regularidad” en la financiación permitiría sin dudas mejorar los precios de contratación de servicios además de disminuir los costos de la imprevisibilidad.

En definitiva, lo que podemos observar es que aumentan y se vuelven cada vez más diversificadas las necesidades en tanto que los recursos crecen poco o nada.

¿Cómo afrontar entonces esta situación? Es necesario hacer más racional el funcionamiento de nuestro sistema de salud.

En primer lugar usando mejor los recursos disponibles. Dejando de lado las “islas sanitarias” y avanzando en procesos de integración sin dudas se incrementará la eficiencia en la producción de los servicios, mediante mejoras en la organización del trabajo y sus procesos, lo que conllevaría a un uso más racional de los recursos que permitiera ampliar las posibilidades asistenciales a paridad de costos. Un proceso de disminución selectiva de los financiadores, consolidación de redes prestadoras integrales en un contexto no expulsivo sino de contención en cuanto a las fuentes laborales de salud a nivel regional y local, y cambios sustanciales en el modelo de gestión de las instituciones de salud tenderían a orientar en el sentido antes indicado.

Un segundo frente atacar es todo lo vinculado con la eficacia. En este sentido merece mayor atención la forma de prestación de los servicios de salud, cuya eficacia está probada científicamente. Pero promover la eficacia de la decisión clínica, para que la misma progrese a estadios y resultados que impliquen a la vez efectividad y eficiencia, requiere un esfuerzo en todos los niveles para promover una medicina basada en las pruebas científicas que alcance no sólo la comunidad médica y resto de los actores sanitarios, sino también la sociedad en general. La información a los ciudadanos es el complemento necesario a lo anterior, ya que puede promover comportamientos más racionales y responsables.

Seguramente antes de racionar servicios eficaces, es necesario recorrer el camino de la búsqueda de la eficiencia y la efectividad, y sobre todo moverse cautelosamente. Palabra muy usada para el manejo económico financiero del sector pero escasamente al momento de introducir transformaciones estructurales en el sector salud, al menos en el ámbito nacional.

Algunas tecnologías (incluso algunos medicamentos) tienen un perfil costo-eficacia desfavorable, en el sentido de que producen mejoramientos modestos del estado de salud con costos muy elevados. Es sobre estos servicios que es necesario plantear la utilización de criterios económicos para limitar la cobertura de salud. La justificación para utilizar este enfoque es simple: los recursos utilizados para financiar servicios con un perfil costo-eficacia desfavorable constituyen un desperdicio, dado que utilizan recursos a servicios que a paridad de costos podrían producir más salud. Queda claro que no estamos hablando aquí entonces de negar servicios costosos pero muy eficaces, como la diálisis renal o las terapias de SIDA, o el tratamiento racional de la discapacidad. Nuestro sistema no está aún ni en condiciones ni en necesidad de tener que negar servicios de esta índole y, por el contrario, existe la vocación de preservarlos.

No creemos que la crisis actual sea en sí misma una oportunidad para gestar idealmente los cambios necesarios, ya que en salud los cambios es sabido que deben hacerse como decíamos antes, en un entorno de consenso, diseño y gestión prolijos, de paso corto pero sin pausa y con un horizonte de largo plazo. Pero sí coincidimos entonces en que esta oscura crisis que estamos atravesando, puede generar oportunidades para modificar el rumbo y buscar estabilizarlo en la dirección correcta. Es preciso hacer todo lo necesario para avanzar conforme a estos criterios desde el necesario marco macro de las políticas nacionales, hasta los aspectos de meso y microgestión de las áreas organizativas, institucionales y clínicas.

Es bienvenido en este punto un debate interdisciplinario, multisectorial y altamente profesionalizado, serio e inclusivo. Que convoque primero a la reflexión, al estudio y la discusión, de modo que las instancias operativas se sientan escuchadas y comprendidas, colaboren con el *feed back* necesario para las mejores decisiones, y puedan sentirse luego altamente involucradas en las acciones consensuadas.

Las ciencias de la salud, las ciencias sociales y dentro de ellas en particular las económicas, están llamadas a un aporte conjunto y superador de antinomias y discursos teóricos que apenas si trascienden un procesador de textos, unas planillas excel o el papel impreso y son claramente insuficientes en el momento actual, para insertarse en la realidad a través del trabajo común y constructivo que conduzca mediante la honestidad intelectual y la perseverancia volitiva, a la acción transformadora con resultados eficaces, efectivos, eficientes y lo que es final pero primero: ineluctablemente éticos.

Nota: El autor desea agradecer los valiosos aportes y comentarios realizados por el Dr. Giovanni Fattore (Cergas – Universidad Bocconi) y la Dra. Matilde Sellanes (Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de la Confederación Farmacéutica Argentina).

ESTUDIO DE COSTO EFECTIVIDAD PARA LA VACUNA CONJUGADA CONTRA EL NEUMOCOCO EN LA ARGENTINA

ARGENTINA, AÑO 2010

Tomás Pippo² y Carla Vizzotti³

1. Introducción

La enfermedad por neumococo es una importante causa de morbilidad, mortalidad y costos del sistema de salud en países en vías de desarrollo. En los niños, la condición clínica más frecuente causada por este microorganismo es la otitis media aguda (OMA), seguida por la neumonía y enfermedad invasiva por neumococo (EIN), que engloba las bacteriemias, sepsis y meningitis.

La principal causa de discapacidad es la meningitis, responsable de un gran número de individuos con secuelas auditivas y neurológicas. Sin embargo, la principal causa de muerte es sin duda la neumonía, afectando mayormente a niños entre 2 y 23 meses. La Organización Mundial de la Salud estimó, para países en vías de desarrollo, una incidencia de neumonía en menores de cinco años de 0.29 episodio por niño-año, lo cual equivale a 151.800.000.000 de nuevos episodios y a más de 2 millones de muertes por neumonía por año.¹ En nuestro país la incidencia de neumonía consolidante es aproximadamente 1250 casos/100.000 habitantes en menores de 5 años²⁵⁻²⁷, y la incidencia global de enfermedad invasiva en menores de 2 años ronda los 200 casos/100.000 habitantes.²⁵⁻²⁶

Otro problema relacionado al neumococo es el aumento global en la resistencia a la Penicilina, que en nuestro país ronda para cepas invasivas, en menores de 5 años, el 30%.² Esto no solo impacta en la mayor complejidad de los tratamientos, sino también en un incremento de los costos sanitarios.

Diferentes ensayos clínicos han probado la seguridad, inmunogenicidad y eficacia de diferentes vacunas conjugadas contra el neumococo para prevenir las EIN así como también la neumonía y otitis media de cualquier causa.³⁻¹³

La vacuna 7-valente es una vacuna conjugada que contiene 2µg de polisacáridos de los serotipos 4, 9V, 14, 18C, 19F y 23F y 4µg del serotipo 6B, unidos a una proteína transportadora CRM197, que es una mutante no tóxica de la toxina diftérica. Esta vacuna ha demostrado eficacia y efectividad para proteger contra las EIN, la neumonía y la OMA3. Desde su aprobación en el año 2000 en distintos países del mundo, se ha comprobado una disminución de las EIN así como también la neumonía y otitis media de cualquier causa.¹⁴⁻¹⁵

Sin embargo, como principal desventaja, se ha observado en distintas regiones del mundo un incremento en las EIN por serotipos no contenidos en la vacuna.¹⁶⁻²¹ Esto llevó al desarrollo de dos nuevas vacunas incorporando serotipos:

1. La vacuna 10-valente: utiliza la proteína D del *Haemophilus influenzae* no tipificable e incluye los serotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F y 23F del neumococo.
2. La vacuna 13-valente: utiliza la misma proteína transportadora CRM197 de la vacuna 7-valente y, además de los 7 serotipos contenidos en la vacuna heptavalente, incorpora 6 serotipos adicionales: 1, 3, 5, 6A, 7F y 19A.

Ambas vacunas han demostrado en diferentes ensayos clínicos ser seguras, poseer una inmunogenicidad comparable a la vacuna 7-valente y la posibilidad de coadministrarse con otras vacunas de calendario sin interferencias entre sí.⁵⁻¹³

En Argentina actualmente la Vacuna 7-valente se encuentra disponible en el ámbito privado y en el sector público limitado únicamente a grupos de riesgo. Se trata de una vacuna con alto costo que cubre aproximadamente un 50% de los serotipos circulantes de neumococo a nivel local.

En nuestro país las vacunas 10 y 13 valente han sido registradas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y aprobadas para las siguientes indicaciones:

- Vacuna 10-valente (Nro. de Certificado de inscripción en el REM: 55150, 14/08/2009): inmunización activa de lactantes y niños a partir de seis semanas hasta los dos años de edad contra la enfermedad causada por los serotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F y 23F de *Streptococcus pneumoniae* (incluyendo sepsis, meningitis, neumonía, bacteriemia y otitis media aguda) y contra la otitis media aguda causada por *Haemophilus influenzae* no tipificable.
- Vacuna 13-valente (Nro. de Certificado de inscripción en el REM: 55413, 11/03/2010): prevención de enfermedades invasivas, neumonía y otitis media provocadas por *Streptococcus pneumoniae* de los serotipos contenidos en la vacuna (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F) en lactantes y niños.

Sin embargo, hay diversos factores a tener en cuenta al momento de proponer la introducción de una de estas vacunas a un programa nacional de inmunizaciones.

Por un lado, la complejidad del *S. pneumoniae* como patógeno, causado en parte por sus diversos tipos capsulares. Se conoce que existen diferencias geográficas, de grupos etarios y variaciones temporales en la prevalencia de serogrupos causantes de enfermedad. Esto remarca la necesidad de contar con datos epidemiológicos locales recolectados a través de programas de vigilancia, incluyendo aspectos clínicos y microbiológicos.

Por otra parte, deben considerarse los costos de un programa de inmunizaciones, evaluando los diferentes serotipos incluidos en cada una de las vacunas conjugadas, frente a los costos del sistema de salud en la asistencia de pacientes con otitis, neumonía, EIN, y/o con discapacidad asociada a EIN.

En septiembre de 2009 la Comisión Nacional de Inmunizaciones definió las recomendaciones técnicas para la introducción de la vacuna al Calendario de Nacional de Inmunizaciones.²² Entre ellas, la vacuna a incorporar debiera:

- Introducirse con el objeto de disminuir la morbi-mortalidad por enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* y la neumonía
- Contener al menos los serotipos 1 , 5 y 14 en menores de dos años (estrategia que beneficia a la población general por el efecto rebaño)

Con el propósito entonces de disminuir la morbi-mortalidad asociada a EIN y la neumonía, el PNI del Ministerio de Salud de la Nación se planteó la introducción al calendario nacional de una vacuna conjugada contra neumococo; y para tal fin, junto con la Dirección de Economía de la Salud, y en colaboración con la iniciativa ProVac de OPS, desarrolló un estudio de costo-efectividad para apoyar una toma de decisión basada en la evidencia en relación a la introducción de dicha vacuna en el Calendario Regular de Argentina.

1.1 Objetivos del estudio

- Evaluar las mejoras previstas en salud, costos incrementales del programa de vacunación, costos prevenidos en el sistema de salud y costo-efectividad de la introducción de diferentes vacunas conjugadas contra el neumococo, en población pediátrica en la Argentina.
- Construir un documento técnico para difundir entre los tomadores de decisión, que colabore como herramienta de asesoramiento al momento de evaluar la incorporación de vacuna conjugada contra el neumococo al calendario nacional.
- Fortalecer la capacidad nacional de trabajo multidisciplinario, generando estudios de calidad con datos locales para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

1.2 Rol de OPS

La iniciativa ProVac de la OPS presta cooperación técnica y fortalece la capacidad de los países de la región de tomar decisiones basadas en la evidencia en el contexto de la introducción de vacunas nuevas y subutilizada^a.

Para este proyecto, además de la asesoría metodológica y técnica, OPS contribuyó con el *software* utilizado como herramienta para el análisis de costo efectividad. Dicho *software* fue adaptado a las necesidades del equipo de trabajo.

2. Metodología

El estudio contempla la incorporación de la vacuna conjugada 10-valente frente a la no vacunación y la aplicación la 13 valente frente a la no vacunación de la población objetivo.

Se decidió no evaluar en este estudio la incorporación universal de la vacuna valente por contar con una baja cobertura de serotipos locales y no cumplir con el requisito indispensable que es la cobertura de los serotipos 1 y 5 recomendado por la CONAIN.

Para ambas vacunas se analizó el porcentaje de serotipos cubiertos según la circulación de serotipos locales de los últimos cinco años y se contempló un esquema de 3 dosis (2, 4 y 6 meses) más un refuerzo (12 a 18 meses).

Se tomaron en cuenta para el análisis dos escenarios:

1. El escenario base, el cual adoptó la perspectiva del sistema de salud, y se incluyeron los costos del subsistema público, de seguridad social (obras sociales nacionales y provinciales) y del subsistema de aseguramiento voluntario (prepagas y/o mutuales).
2. En un escenario alternativo, se adoptó una perspectiva social, donde se sumaron al escenario base los costos no asociados al sistema de salud propiamente dicho, afrontados por las familias (costos sociales). En este caso se incluyeron costos directos no médicos, como transporte y gastos extras durante la internación. Asimismo se incorporaron costos indirectos no-médicos asociados con la pérdida de productividad laboral de los padres del niño afectado por inasistencias laborales durante los días de internación.

2.1 Fuentes de información

Se conformó un grupo multidisciplinario de discusión, formado por expertos de distintas áreas, donde se consensuaron y se determinaron los datos más próximos a la realidad de nuestro país.

Se utilizaron diferentes fuentes de información; se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PUBMED y se recurrió a bibliografía publicada en revistas indexadas o presentada en congresos, a bases de datos de las distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación y a otros organismos e instituciones privadas.

Asimismo, se elaboraron encuestas para estimar la utilización de recursos en salud para cada patología estudiada, las cuales fueron enviadas a pediatras y especialistas de instituciones de la salud pública y privada, habituadas al manejo de enfermedades causadas por el neumococo. Se obtuvo una respuesta positiva en la devolución de las encuestas, dando como resultado estimaciones aproximadas a la realidad de nuestra sociedad.

2.2 Descripción general del modelo

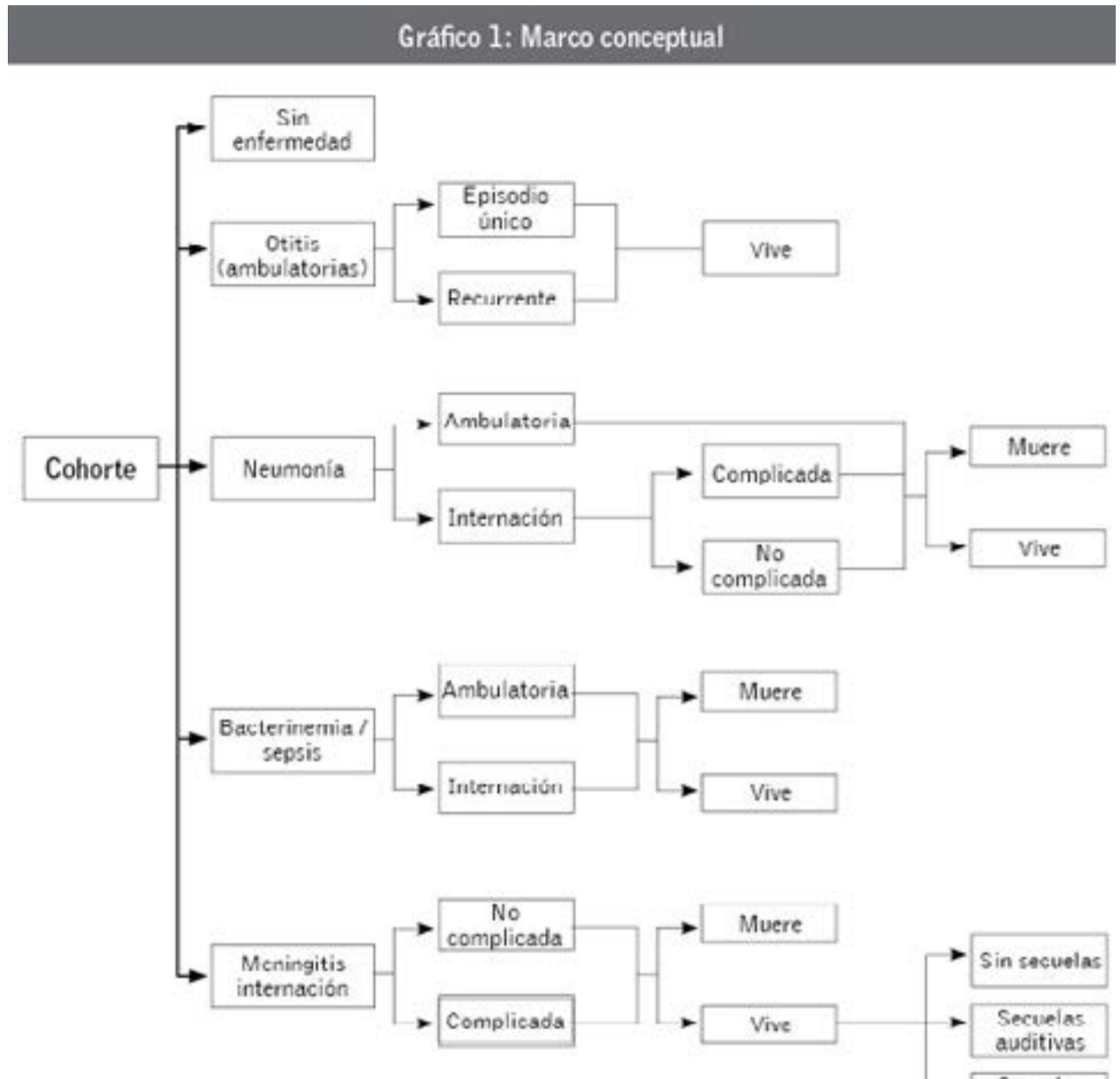
Para el análisis se utilizó un software diseñado por la iniciativa ProVac de OPS específico para esta patología, desarrollado en Microsoft Excel, en colaboración con investigadores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM).

El mismo incorpora datos demográficos, de carga de enfermedad, de cobertura y eficacia de la vacuna en estudio, de utilización de recursos en salud y de costos tanto de la vacunación como de tratamiento de la enfermedad neumocócica en niños menores de cinco años.

El modelo analiza 20 cohortes de niños, cada una de ellas con un horizonte temporal de 5 años, e informa resultados para un año (se toma como ejemplo el año 2020) luego de la introducción de la vacuna, y también el total de resultados para las 20 cohortes analizadas. Los resultados que brinda son: la cantidad de casos evitados de enfermedad neumocócica debido a la vacuna, las muertes evitadas, los costos incurridos por incorporar la nueva vacuna al calendario nacional y los costos evitados en servicios de salud que no se utilizarán gracias a las enfermedades evitadas. También el modelo brinda información sobre los años de vida ganados y los años de vida perdidos ajustados por discapacidad evitados durante toda la vida de esa cohorte. Finalmente, el modelo brinda una razón de costo-efectividad incremental (Incremental Cost-Effectiveness Ratio= ICER), que indica el costo en dólares por AVAD (Año de Vida Ajustado por Discapacidad) evitado.

En la siguiente figura se describe el marco conceptual que delinea el modelo para la introducción de la vacuna contra el neumococo y resume la información utilizada en el modelo.

Gráfico 1: Marco conceptual



2.3 Análisis de Costo efectividad

Los análisis de costo efectividad comparan alternativas en términos de relación entre los costos y los beneficios en salud de cada una de las alternativas. Es decir, responden a la pregunta de cuál es la alternativa con mejor relación costo resultado.

El estudio de costo efectividad de la vacuna antineumocócica implicó calcular el costo neto del programa de vacunación, el cual se estimó como la diferencia entre el costo total del programa de vacunación y los costos ahorrados por la prevención de enfermedades sobre los años de vida ajustados por discapacidad evitados, como medida del beneficio en salud que otorga la vacunación frente al escenario de no vacunación.

Es decir, se calculó el cociente:

$$\text{ICER} = \frac{\text{Costo Incremental (Costo vacunación - costos ahorrados)}}{\text{AVAD evitados}}$$

Para estimar los AVAD evitados, en el modelo se incorporaron los indicadores de la OMS^b para definir el peso de la discapacidad en cada patología. Asimismo se tomaron las recomendaciones de la OMS/OPS²³ para determinar si la intervención es costo efectiva o no. Según estas recomendaciones, la intervención es altamente costo efectiva si la razón de costo efectividad es menor al PBI per cápita, es costo efectiva si está entre una y tres veces el PBI per cápita, y no sería costo efectiva, si es más a tres veces este valor.

Otros ratios de costo efectividad que se estimaron son el costo por año de vida ganado, el costo por caso o por hospitalización evitada y el costo por muerte evitada.

2.3.1 Tasa de descuento

El estudio de costo efectividad mide costos y resultados en salud que ocurren a lo largo del tiempo. Dado que existe una preferencia temporal, los costos y beneficios en términos de salud que ocurren en el futuro deben descontarse de manera de estimar lo que representan en relación al mismo costo o beneficio que ocurre en el presente.

No existe un acuerdo general sobre los valores apropiados de tasas de descuento, y a su vez, éstos varían entre culturas y sociedades.

Las directrices para la evaluación económica de tecnologías sanitarias del MERCOSUR, recomiendan estandarizar las tasas de descuento al 3% o 5% e incluir un análisis de sensibilidad con distintas tasas de descuento^c.

A su vez, las agencias de evaluación de tecnologías de salud internacionales (INAFARMED 1998, NICE 2003, CES 2004, CADTH, 2006) y otros autores relevantes en el campo (Gold et al., 1996; Drummond et al., 1997) recomiendan el uso de la misma tasa de descuento para los beneficios y los costos^d.

Para el escenario base se consideró una tasa de descuento del 3%, la cual fue modificada en el análisis de escenarios.

2.4 Datos epidemiológicos

2.4.1 Demografía

Los datos demográficos incluidos en el modelo son la cantidad de nacidos vivos por año, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, la expectativa de vida al nacer y el total de la población menor a cinco años. Se utilizaron datos demográficos para las cohortes de nacimiento desde el año de introducción de la vacuna (año 2010), hasta el año 2029 obtenidos de las proyecciones del Censo Nacional de Población del año 1991 (último censo con proyecciones hasta ese año). Si bien existe un censo posterior (año 2001), el mismo brinda proyecciones sólo hasta el año 2015. Esta información fue brindada por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación en base a información suministrada por el INDEC.

2.4.2 Carga de enfermedad

Con respecto a la carga de enfermedad, se recabaron datos sobre la incidencia de cada entidad clínica (otitis media aguda, neumonía consolidante, meningitis por neumococo y bacteriemias/sepsis por neumococo) en menores de 5 años por cada 100.000 habitantes, la tasa de letalidad para cada síndrome y el porcentaje de secuelas en el caso de las meningitis.

La obtención de datos nacionales resultó en ocasiones dificultosa debido a la escasez de bibliografía local; motivo por el cual se realizó una extensa revisión bibliográfica, que se analizó y discutió con un panel de expertos de las distintas sociedades científicas y se consensuó el uso de las siguientes fuentes de información:

- Datos nacionales obtenidos de literatura publicada en revistas indexadas. En caso de contar con más de un artículo se priorizaron los datos del que tuviera mayor rigor científico en su metodología.
- Datos nacionales presentados en congresos médicos.
- Bases de datos oficiales del Ministerio.
- Ante la ausencia de datos locales se revisó la bibliografía internacional y se extrapolaron esos datos al modelo local.

Otitis Media Aguda (OMA)

Ante la falta de datos nacionales publicados sobre incidencia de OMA, se recurrió a un estudio de cohorte-poblacional de gran tamaño de la literatura internacional.²⁴ De este estudio se tomaron los datos del promedio de episodios de OMA por cada año de vida y se promedió esa información para los primeros 5 años. Se asumió entonces una incidencia para niños <5 años de 90.000/100.000 habitantes.

Se consideraron sólo las otitis clínicas y no se especificó en el modelo la incidencia de otitis neumocócica por considerarse que los datos de rescate microbiológico son en una pequeña proporción de pacientes específicos que requieren miringotomía (otitis recurrentes, inmuno comprometidos, ausencia de respuesta al tratamiento empírico inicial, etc.) y por ende no representan el total de los episodios clínicos.

Por otra parte se asumió que ninguna OMA requiere internación ni se asocia con casos fatales.

Neumonía consolidante

Dos estudios poblacionales nacionales del ámbito público reportan datos de neumonía consolidante. Uno de ellos realizado en la ciudad de Córdoba en niños menores de 2 años²⁵⁻²⁶ y otro realizado en los distritos de Pilar (Provincia de Buenos Aires), Concordia y Paraná (Provincia de Entre Ríos) en menores de 5 años.²⁷ En ambos estudios se definió neumonía consolidante a la presencia de sintomatología clínica asociada a la confirmación radiológica.

En estos estudios, como es habitual en la práctica clínica, el rescate microbiológico de sitio estéril de *Streptococcus pneumoniae* fue infrecuente (< 5% en ambos trabajos).

Dado que este microorganismo es sin duda responsable de gran cantidad de neumonías que no tienen confirmación microbiológica, se decidió entonces no evaluar las neumonías neumocócicas y tomar en cuenta para la incidencia el dato de neumonía consolidante.

Acorde a lo consensuado para la calificación de la información se priorizó el estudio realizado en Córdoba para el cálculo de incidencia en los primeros 2 años de vida y se tomaron los datos del segundo estudio para estimar la incidencia de los 3 años subsiguientes. Finalmente dicha información fue promediada y se obtuvo el dato de incidencia de neumonía consolidante en <5 años: 1.256,3/100.000 habitantes.

En ambos estudios la tasa de letalidad fue extremadamente baja (<0,1% y de 0,65% respectivamente). Esto probablemente tuvo que ver con el hecho de que los pacientes se encontraban en el marco de un estudio de investigación y la calidad de atención fuera diferente al standard de cuidado habitual, por lo cual se consideró que este dato subestimaría la tasa de letalidad real. Por otra parte la revisión y análisis económico preliminar del año 2007 del Sabin Vaccine Institute, que revisó datos de carga de enfermedad de Latinoamérica, reporta un 3 y 5% de tasa de letalidad para la neumonía clínica y con confirmación radiológica respectivamente²⁸. Sin embargo, estos datos fueron obtenidos de estudios regionales donde no participó Argentina y podrían sobreestimar la realidad nacional. Por este motivo se recurrió a la tasa oficial de mortalidad por neumonía de todas las causas brindado por la Dirección de Estadística e Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, que reporta una mortalidad del 1,1% en menores de 5 años²⁹, y se consideró a ésta la mejor evidencia.

Bacteriemias / Sepsis por neumococo

Un solo estudio poblacional nacional (el mismo que se utilizó para las neumonías que fue realizado en la ciudad de Córdoba en menores de 2 años) reporta una incidencia de bacteriemias y sepsis por neumococo en niños menores de 2 años de 98,6/100.000 habitantes.²⁵⁻²⁶ Dado que el modelo requiere la incidencia en menores de 5 años, y que la información oficial para este grupo etario se encuentra disgregada y clasificada en forma heterogénea, se recurrió a la literatura internacional para la estimación de la incidencia en los tres años subsiguientes.

Para ello se observó la disminución porcentual por año de EIN entre los 0 y 59 meses de vida reportada por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) previo a la introducción de la vacuna 7-valente en los Estados Unidos¹⁴ y se extrapólo esta disminución proporcional a los datos locales para el cálculo de la incidencia nacional en niños menores de 5 años. El resultado de esta estimación fue de 50,6/100.000 casos de bacteriemia/sepsis en menores de 5 años.

En el estudio cordobés, el 88,2% de los casos fueron de manejo ambulatorio y no hubo ninguna muerte asociada a bacteriemia o sepsis por neumococo en los 3 años de seguimiento, probablemente por los mismos motivos antes mencionados para las neumonías.

Para estimar la tasa de letalidad de las bacteriemias/sepsis se tomó la reportada en un estudio nacional prospectivo de un hospital pediátrico de referencia de la ciudad de Buenos Aires que fue del 12,5% para los pacientes internados.³⁰ Esta tasa se aplicó sólo a las bacteriemias/sepsis que fueron hospitalizadas en el estudio cordobés y se asumió que los casos ambulatorios no se asocian a mortalidad. El resultado final fue una tasa de letalidad por bacteriemia/sepsis por neumococo en menores de 5 años de 1,5%.

Meningitis por neumococo

Nuevamente un solo estudio poblacional nacional reporta una incidencia de meningitis por neumococo en niños menores de 2 años de 8,1/100.000 habitantes²⁵⁻²⁶. Sin embargo, para esta patología la información oficial brindada por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación se encuentra clasificada uniformemente y se consideró este dato como la mejor evidencia disponible.³¹ La incidencia nacional reportada en niños menores de 5 años para el año 2008 es de 3,49/100.000.

Con respecto a la mortalidad de las meningitis, tanto Tregnaghi en el estudio cordobés²⁵⁻²⁶ como Bakir en el del Hospital Ricardo Gutiérrez²⁸, reportan una tasa similar de aproximadamente 14% y se eligió como dato final el promedio de ambas. En este caso se asumió que todas las meningitis requieren internación.

La información local respecto de las secuelas es escasa y no siempre discriminada según patógeno en el caso de las meningitis. Un solo estudio nacional con datos de dos hospitales mendocinos describe un 42,6% de complicaciones neurológicas para las meningitis por neumococo³², pero en este estudio no se discrimina entre las complicaciones agudas y crónicas, por lo tanto se dificulta la estimación del porcentaje de pacientes con secuelas. Por tal motivo se recurrió a la literatura internacional, y se tomó como estudio de referencia un meta-análisis donde se evaluaron las secuelas en más de 4.400 niños, luego del alta por un cuadro de meningitis bacteriana.³³ En este estudio se reporta un 27,7% de pacientes con hipoacusia de cualquier magnitud y un 15,5% de sordera profunda para los pacientes post meningitis neumocócica. En el análisis se incluyeron todas las hipoacusias considerándose dicha proporción para la estimación de costos, ya que las hipoacusias leves y moderadas son de diferente manejo que las severas.

Con respecto a las secuelas neurológicas en este mismo estudio se describe un 17% de retardo mental, 11,5% de espasticidad/paresia y 14,3% de desórdenes convulsivos en niños que habían padecido una meningitis por neumococo. Dado que un paciente podría tener más de una secuela neurológica se tomó como dato final y de modo conservador un porcentaje de secuelas neurológicas global del 17%.

Cuadro 1. Incidencia, mortalidad y secuelas en niños menores de 5 años					
Niños < 5 años		Otitis Media Aguda	Neumonía consolidante	Bacteriemia / Sepsis por neumococo	Meningitis por neumococo
Incidencia (casos / 100.000 habitantes)		90.000 ²⁴	1256,3 ²⁵⁻²⁷	50,6 ^{14,25-26}	3,49 ²⁸
Tasa de mortalidad (%)		n/a	1,1 ²⁹	1,5 ³⁰	14,34 ^{26,29,30}
Secuelas permanentes (%)	Auditivas	n/a	n/a	n/a	27,7 ²⁹
	Neurológicas	n/a	n/a	n/a	17 ²⁹

2.5 Efectividad de la vacunación

2.5.1 Esquema elegido y cobertura de la vacunación

Para el análisis de este estudio se escogió, para cada una de las vacunas, un esquema de 3 dosis (2, 4, y 6 meses) y un refuerzo (12 a 18 meses). Dado que esta nueva vacuna se aplicaría simultáneamente con otras del calendario nacional, en el modelo se asumió una tasa de cobertura de vacunación similar a la alcanzada en el año 2008 de la vacuna cuádruple para las tres primeras dosis y a la de la vacuna triple viral para el refuerzo de los 12 meses^e:

- Dosis 1: 96,6%
- Dosis 2: 94,1%
- Dosis 3: 91,6%
- Refuerzo: 96%

Según estos datos, la cobertura teórica del esquema completo 3 dosis + refuerzo alcanzado en el año de introducción de la vacuna sería del 87,9%. Se asumió en el modelo una tasa de mejoría de la cobertura de vacunación de un 5% por año.

2.5.2 Eficacia de la vacuna

Tanto la vacuna conjugada 10-valente como la 13-valente han demostrado en diferentes ensayos clínicos ser seguras, poseer una inmunogenicidad comparable a la vacuna 7-valente y la posibilidad de coadministrarse con otras vacunas de calendario sin interferencias entre sí.⁵⁻¹³ Sin embargo, si bien hay estudios en curso con la vacuna 10-valente, no hay aún publicaciones que demuestren la eficacia de estas dos nuevas vacunas en ensayos clínicos. Por tal motivo, en el modelo se extrapolaron los resultados de otros ensayos clínicos que demostraron eficacia con las vacunas 7-valente^{3,34-36} y 11-valente.⁴

Otitis media aguda

En función de la escasez de datos nacionales confiables para estimar la incidencia de otitis neumocócica en <5 años, se decidió considerar las otitis clínicas de cualquier causa para estimar incidencia en esta población. En consecuencia, para medir el impacto de la vacunación, también se tomó en cuenta la eficacia de cada vacuna para prevenir episodios de otitis clínicas de cualquier causa.

Extrapolando los resultados del estudio Kaiser Permanente del norte de California que se realizó con la vacuna 7-valente³, y asumiendo que las dos nuevas vacunas tienen una inmunogenicidad al menos comparable con la anterior, la eficacia para prevenir episodios de otitis clínicas de cualquier causa para ambas vacunas sería del 7%.

Sin embargo, la vacuna 10-valente tendría además, por su composición, un efecto protector adicional contra *Haemophilus influenzae no tipificable*, el cual es responsable de más del 40% de las OMA en nuestro país. Esta vacuna es similar en su composición a la anterior vacuna 11-valente del mismo laboratorio que, en un estudio realizado en Eslovaquia y República Checa, demostró una eficacia del 33,6% en prevenir otitis clínicas de cualquier causa.⁴ Por consiguiente, considerando este efecto protector adicional, y dado que en nuestro país la ANMAT ha registrado esta vacuna para su utilización en la prevención de otitis, se asumió para este análisis que la vacuna 10-valente tendría también una eficacia del 33,6% en prevenir otitis clínicas de cualquier causa.

Neumonía consolidante

De la misma manera que con la Otitis media aguda, y dado que para la estimación de incidencia de neumonía se consideraron las neumonías consolidantes, para medir el impacto de la vacunación también se consideró la eficacia para prevenir neumonías con confirmación radiológica de cualquier causa.

Para esto se tomaron en cuenta los resultados del sub-análisis de todas las neumonías de la misma cohorte del estudio Kaiser Permanente del norte de California que se realizó con la vacuna 7-valente y que fueron evaluadas por un panel de expertos radiólogos³⁵. Estos resultados fueron extrapolados al modelo otorgándoles a las dos nuevas vacunas una eficacia de 30,3% en prevenir la neumonía consolidante de cualquier causa.

Bacteriemia/Sepsis por neumococo y Meningitis por neumococo

La eficacia considerada para las dos nuevas vacunas para prevenir estos síndromes se extrapoló del primer estudio publicado de la misma cohorte del estudio Kaiser Permanente del norte de California que se realizó con la vacuna 7-valente³ que fue de 97,4% para la enfermedad invasiva por neumococo (tanto para las bacteriemias/sepsis como para las meningitis).

Eficacia relativa de un esquema reducido

Para evaluar la eficacia relativa de esquemas con menor cantidad de dosis a las recomendadas en nuestro modelo, se tomó como referencia un estudio sobre EIN realizado en Massachusetts que reporta lo sucedido en algunos distritos de los Estados Unidos de América durante el período 2001-2004, en donde por razones de falta de disponibilidad de la vacuna 7-valente se recurrió a esquemas de vacunación abreviados.³⁶ Se definió eficacia relativa de la siguiente manera:

$$\text{Eficacia relativa} = \frac{\text{Eficacia del esquema abreviado}}{\text{Eficacia del esquema completo}} \cdot 100$$

Se obtuvo de esta manera una eficacia relativa de:

- Esquema de 3 dosis sin refuerzo: 84,6%
- Esquema de 2 dosis: 78%
- Esquema de 1 dosis: 25% (este dato es asumido por los autores ya que en el estudio citado el beneficio de un esquema de 1 dosis única no es claro).

Cabe aclarar que en nuestro país, la ANMAT sólo aprobó el esquema de 2 dosis más un refuerzo para la vacuna 13-valente.

2.5.3 Cobertura de serotipos

Para evaluar la cobertura teórica de serotipos de cada vacuna se revisó la circulación de serotipos de neumococo en enfermedad invasiva en menores de 6 años desde el inicio de la vigilancia de laboratorio en el año 1993 en el Instituto INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán". Dado que hubo gran variabilidad desde entonces, se consideró como dato más representativo el promedio de los últimos 5 años y esto dio como resultado una cobertura teórica de 74,6% para la vacuna 10-valente y de 85,3% para la vacuna 13-valente.

Cuadro 2: Cobertura teórica de las vacunas conjugadas para neumococo en menores de 6 años		
Año	Porcentaje de cobertura	
	10-valente	13-valente
2004	02,7	09,0
2005	74	87,3
2006	76,7	86,6
2007	66,3	79,5
2008	73,5	83,1
Promedio 2004-2008	74,6	85,3

Fuente: INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

2.5.4 Efectos indirectos de la vacunación

El modelo permite medir el impacto de algunos efectos indirectos asociados a la inmunización universal. Existen dos fenómenos que fueron bien descritos en diferentes partes del mundo luego de la introducción de esta vacuna al calendario regular. Uno es la inmunidad de rebaño, que representa una disminución en el riesgo de contraer la enfermedad por la población no vacunada por el hecho de disminuirse la portación del patógeno en la vía aérea de la población vacunada (inmune).

El otro es el reemplazo de serotipos, que también se describió luego de la introducción de esta vacuna en diferentes países y que representa un incremento gradual en la cantidad de casos de enfermedad neumocócica por serotipos no contenidos en la vacuna aplicada.

Adoptando una postura conservadora, en el escenario base no se incluyó ni la inmunidad de rebaño ni el reemplazo de serotipos, sin embargo estas dos variables se tuvieron en cuenta en el análisis de escenarios adicionales.

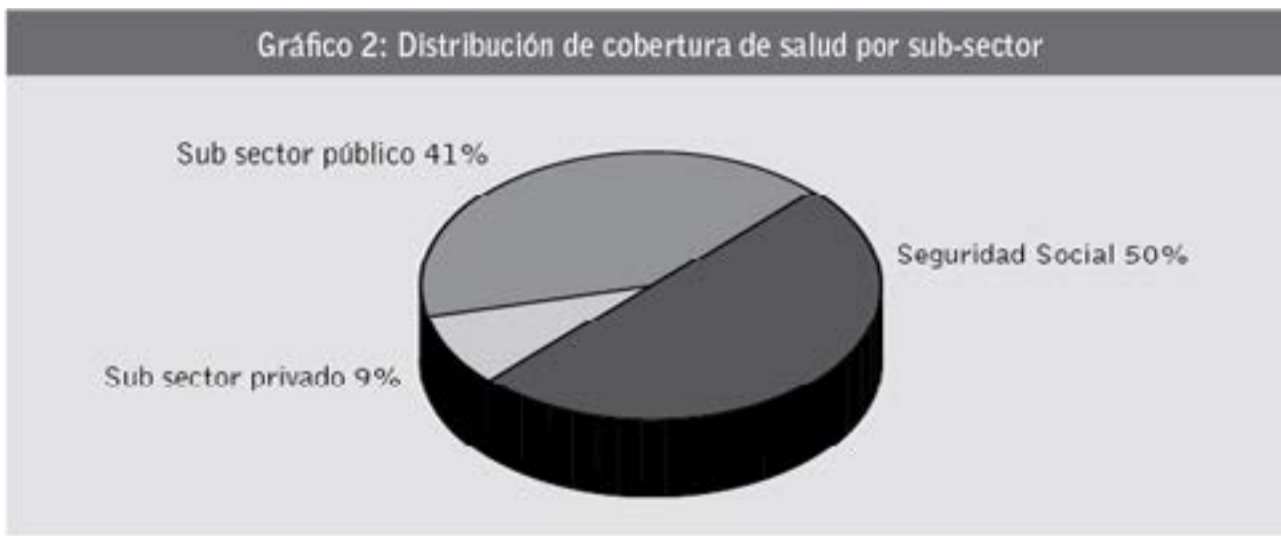
2.6 Utilización de recursos en Salud y Costos

2.6.1 Utilización de recursos en salud

Según estimaciones de la Dirección de Economía de la Salud un 8,8% de la población utiliza el subsistema de medicina privada, un 49,9% el sistema de la seguridad social y el 41,3% se atiende en el subsistema público de salud.

Cabe destacar, que la inexistencia de un padrón único de beneficiarios y la presencia de doble cobertura en el sistema de aseguramiento (OO.SS y prepaga) dificultan la posibilidad de determinar con exactitud la distribución de población entre los distintos subsectores. Estas estimaciones se realizaron considerando la doble cobertura y suponiendo que la población que no cuenta con cobertura de medicina prepaga o de obra social, utiliza los servicios del subsistema público.

En el modelo se asume que cada patología estudiada mantiene esta relación en cuanto a la distribución de los casos entre subsectores.



Fuente: Dirección de economía de la Salud en base a datos del INDEC, SSS, COSSPRA.

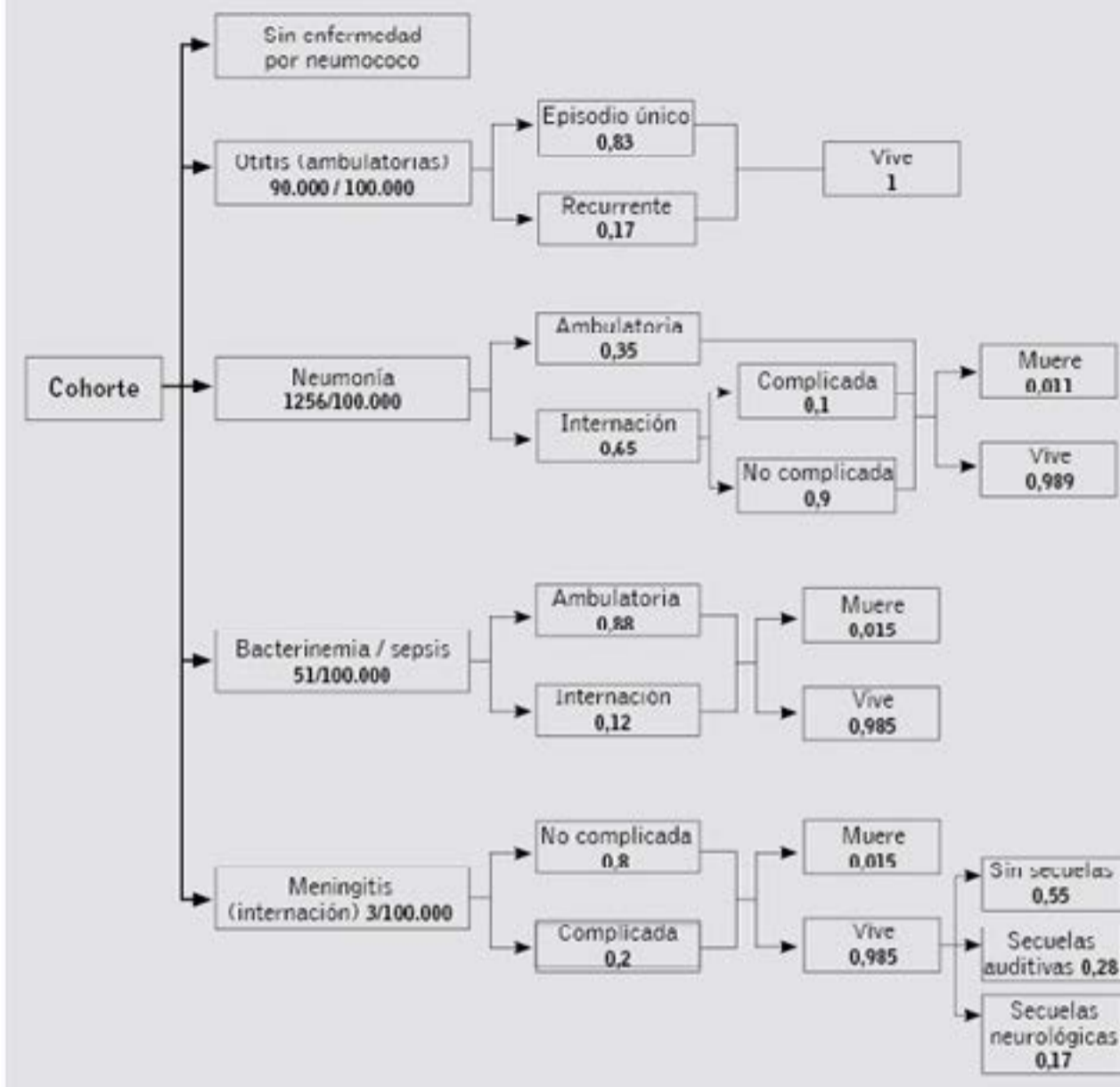
Para estimar la proporción de pacientes que se maneja en forma ambulatoria y la que lo hace en el ámbito de la internación se recurrió a la bibliografía publicada. Se asumió que todas las otitis son de manejo ambulatorio y que todas las meningitis son hospitalizadas. Para el caso de las neumonías y bacteriemias/sepsis se utilizó como referencia el estudio de Tregnaghi.²⁵⁻²⁶ En este estudio, el 65% de las neumonías requirieron hospitalización y 35% se manejaron en forma ambulatoria. Sin embargo solo un 12% de las bacteriemias/sepsis por neumococo fueron hospitalizadas mientras que el 88% se manejó ambulatoriamente.

A su vez también se evaluó el porcentaje de pacientes que evoluciona favorablemente y el que presenta complicaciones según las encuestas realizadas a los especialistas. En el Gráfico 3 se observa el diagrama de flujo desarrollado para cada entidad clínica.

Para cada una de estas situaciones se estimó la utilización de recursos en función de una serie de encuestas a médicos especialistas en cada área (pediatras generales, otorrinolaringólogos y neurólogos). En estas encuestas se les preguntaba a los médicos sobre el manejo habitual en su práctica diaria de determinada patología, por ejemplo, para un paciente con una neumonía que no se interna, cuántas consultas realiza, cuántas radiografías, análisis de sangre, cultivos, etc., requiere para su diagnóstico y seguimiento y qué tratamiento habitualmente recibe. De esta forma se desarrollaron una serie de módulos para cada situación y a estos se les incorporaron los costos de cada intervención o práctica.

En el caso de las secuelas de meningitis se siguió una metodología similar, consultando la bibliografía para estimar el porcentaje y tipos de secuelas y a los especialistas para la estimación de utilización de recursos en salud. Sin embargo, dado que las secuelas asociadas a meningitis son generalmente de por vida, se contemplaron también las prácticas e intervenciones que estos pacientes requieren por año (por ejemplo, sesiones de fonoaudiología, kinesioterapia, audiometrías, audífonos, etc.).

Gráfico 3: Diagrama de flujo



Fuente: elaboración propia en base a bibliografía publicada y encuestas a profesionales de la salud.

2.6.2 Costos

Los costos del sistema de salud ahorrados por la prevención de las enfermedades causadas por el neumococo ante la inclusión de la vacuna en el calendario de vacunación nacional se estimaron según los distintos subsectores del sistema de salud y en función de los costos unitarios de los servicios, medicamentos y otras prestaciones de salud (análisis de laboratorio, estudios por imágenes y otros estudios diagnósticos, prácticas, etc.).

Los subsistemas contemplados en este estudio son, el sub-sector de provisión pública de servicios de salud, el sub-sector de la seguridad social, y por último, el subsector privado, compuesto básicamente por las empresas de medicina pre-paga o de aseguramiento voluntario. Cabe aclarar que se considera que todas las personas que no poseen cobertura de obra social o prepaga son asistidas en sistema público.

COSTOS UNITARIOS

Costos de las prestaciones

Las fuentes de información en cuanto a los cálculos de costos de cada patología para cada uno de los subsectores son diferentes, y se aproximan en base a la facturación que los prestadores realizan a los distintos financiadores.

- *Costos prestaciones del sector público*

En el caso de las prestaciones y/o prácticas que se realizan en efectores públicos se utilizaron los datos del nomenclador IOMA – SAMO^f, el convenio con hospitales autogestionados^g, datos obtenidos del Hospital Garrahan y la base de datos de costos elaborada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).

Los valores obtenidos de cada fuente se promediaron de manera de tener un valor de referencia más representativo. Resulta necesario aclarar que no todos los costos unitarios fueron obtenidos de todas las fuentes, por lo que el valor utilizado resultó de promediar los valores obtenidos, y en algunos casos, se obtuvo un solo dato de costo.

Cada costo se actualizó a valores del año 2009 según las variaciones del Índice de Precios al Consumidor del INDEC (IPC), capítulo salud.

- *Costos prestaciones de la Seguridad Social y del sistema prepago*

Los costos unitarios del sector de la Seguridad Social se obtuvieron del nomenclador de prestaciones médicas valorizado (año 2009) y de datos provistos por el IECS.

Del mismo modo que para el cálculo de los costos en el sector público, los valores obtenidos para cada costo unitario surgieron de promedios de todos los datos disponibles para cada prestación. Los datos obtenidos corresponden a distintos años, por lo cual, se actualizaron a valores del año 2009 según la variación del IPC – capítulo salud.

Costos de los medicamentos

Los precios de referencia de medicamentos utilizados en la internación se obtuvieron de información suministrada por dos hospitales, El Cruce y Garrahan. Debido a carencias de información, se tomaron los promedios de dichos precios como referenciales tanto para el sector público, como para el sector de la seguridad social y sistema prepago.

Los medicamentos en internación están totalmente cubiertos, ya sea por la obra social, la prepaga, o el hospital público. El precio utilizado es el precio de compra de los hospitales. Debido a que sólo se obtuvieron datos de precios de compra de medicamentos de hospitales públicos, éstos se consideraron como aproximados de los costos de medicamentos en internación en todos los sub-sectores.

En cuanto a los medicamentos utilizados en el paciente de manejo ambulatorio, para el caso del sub-sector público se recurrió a los precios del programa REMEDIAR, para aquellos medicamentos que están incluidos en su vademécum y que son provistos en forma gratuita a la población. Para aquellos medicamentos no provistos por el programa, se consideraron los precios promedio de mercado^h del año 2009.

En el caso del subsector de la seguridad social y prepago, los valores de referencia para los medicamentos utilizados en el paciente de manejo ambulatorio fueron los precios promedios de mercado. Resulta apropiado aclarar que no se distingue entre lo que pagan las familias y lo que corresponde al financiador, ya sea obra social o prepago.

COSTOS ASISTENCIALES DE ENFERMEDADES Y SECUELAS

Costos asistenciales

Una vez determinados los costos de referencia para cada prestación y de los medicamentos requeridos, se estimó el costo asistencial de cada enfermedad en función de los módulos de atención determinados por los profesionales médicos consultados mediante encuestas.

Se estimó un valor promedio en base a las proporciones de uso de cada prestación y medicación estipulada en cada módulo para cada afección.

Asimismo, se estimó el costo promedio de los tratamientos ambulatorios y de internación, donde, el costo de las enfermedades que requieren internación, se estimó en función de la proporción de casos complicados y no complicados de cada patología.

Cuadro 3: Costos asistenciales por paciente por patología (en dólares). Año 2009				
Enfermedad		Costo por paciente por subsector de atención		
		Sector público	Seguridad social	Sistema prepago
Neumonía internación	No complicada	643,81	836,43	1011,50
	Complicada	2499,78	2659,14	3152,73
Neumonía ambulatoria		26,39	43,60	40,65
Bacteriemia internación		624,08	821,14	947,34
Bacteriemia ambulatoria		126,06	128,25	129,30
Meningitis	No complicada	1298,95	1295,78	1275,64
	Complicada	1216,15	5362,29	5081,91
Otitis	Episodio único	12,62	19,23	15,41
	A repetición	85,19	78,09	77,55

Fuente: elaboración propia en base a encuestas a profesionales, IECS, Hospital El Cruce, Hospital Garrahan, Nomencladores de Prestaciones, Programa REMEDIAR y Manual Farmacéutico.

En la muestra de costos unitarios obtenida, no se observa un patrón determinado con respecto a que subsectores son más o menos costosos. Esto se refleja en el resultado final de costos por patología, en donde se encuentran diferencias respecto al subsector más costoso para cada patología.

Costos de las secuelas

En base a las encuestas realizadas en el ámbito médico sobre la utilización de recursos y a los costos unitarios, se estimó también el costo anual de las secuelas auditivas y neurológicas provocadas por la meningitis.

El costo de las secuelas incluyó los costos relacionados con la salud, como consultas de control, tomografías, etc., y algunos costos extras al sistema de salud, entre ellos, los de asistir a un colegio diferencial o a un hogar permanente, según la severidad de la secuela.

Para estimar los costos de audífonos e implante coclear en los casos de secuelas auditivas, se tomaron como referencia los valores suministrados por el Ministerio de Desarrollo, el cual brinda subsidios para cubrir estas prestaciones.

En cuanto a los costos de colegio diferencial, de hogar permanente y estimulación temprana se utilizaron los valores que surgen de la Resolución Ministerial 523/2009 la cual brinda valores de referencia para dichas prestaciones.

COSTOS SOCIALES

Debido a la complejidad que implica calcular los costos extras al sistema de salud a los que las familias incurren ante el tratamiento de cada una de las distintas enfermedades, sólo se tuvieron en cuenta para este estudio: costos de transporte, costos extras durante la internación y la pérdida de productividad de los padres por inasistencias al trabajo, durante los días de internación. La estimación se hizo en base a lo publicado en el estudio “Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños” realizado en el marco de la beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2004” del Ministerio de Salud de la Nación³⁷.

Este estudio se realizó para una población perteneciente al quintil más pobre. Para el caso de la pérdida de productividad, estos valores se extrapolaron para el resto de la población a través del ingreso medio del resto de los quintiles. Los datos de costos publicados en este estudio se actualizaron según el IPC capítulo transporte y nivel general, y para la actualización del salario, se utilizó el índice de variación salarial.

2.6.3 Costos del programa de vacunación

Los costos de vacunación por dosis incluyendo la vacuna, el descartador, los costos aduaneros, la cadena de frío, el transporte, etc., se consideraron iguales para ambas vacunas y fueron estimados por el Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.

Se asumió un precio de U\$S 20,75 para ambas vacunas en función del precio actual de la vacuna 7 valente que el Ministerio de Salud de la Nación adquiere a través del Fondo Rotatorio de la OPS y según lo informado por los laboratorios fabricantes de la 10 y 13 valente al Programa Nacional de Inmunizaciones. A este valor se le aplicó en el modelo una tasa de disminución en el precio por año del 2,5% en función de lo informado por el PNI del Ministerio de Salud de la Nación según experiencias con otras vacunas de índole similar. Adicionalmente, se espera que el precio de la vacuna disminuya progresivamente a medida que otros países de la región incorporen el biológico a sus respectivos calendarios de vacunación y adquieran dicho producto a través del fondo rotatorio de OPS. En consecuencia, esta tasa de disminución en el precio de la vacuna surge de un promedio de lo esperado que suceda en los siguientes 20 años de la introducción del producto.

Al precio de la vacuna y de los descartadores (u\$s 1,55 para los últimos) se le adicionó un 3% por compra a través de Fondo Rotatorio de OPS y un 15% correspondiente a entrega, flete y seguro hasta el aeropuerto y se asumió un costo extra del sistema de u\$s 1,40 por dosis que incluye cadena de frío, transporte, insumos, capacitación, supervisión y monitoreo. Se asumió un 10% de desperdicio tanto para la vacuna como para los descartadores.

3. Resultados

3.1 Casos y muertes evitadas

Los resultados en el modelo se expresan para un año (tomándose como ejemplo el año 2020) y para el total de las 20 cohortes estudiadas.

Situación de no vacunación

Estos resultados son los esperables sin la incorporación de la vacuna antineumocócica al calendario de vacunación. Según las estimaciones del modelo, en Argentina se producirían, en un año sin vacunación, 2.325.266 casos de otitis por cualquier causa, 32.458 casos de neumonías consolidantes, 1.307 bacteriemias/sepsis por neumococo y 90 meningitis neumocócicas en niños menores de cinco años. Este microorganismo en este grupo etario, sería responsable además de 389 muertes por año, siendo la principal causa de muerte la neumonía, y sería también una importante causa de discapacidad asociada a secuelas auditivas y/o neurológicas secundarias a meningitis neumocócica (28% de los pacientes con meningitis neumocócica evolucionan con secuelas auditivas y 17% lo hace con secuelas neurológicas) con un total de 35 niños con secuelas permanentes en un año.

El tratamiento de estas patologías representa un costo promedio estimado (a valores de 2009) de u\$s 84.000.000 por año para el sistema de salud.

Si tuviéramos en cuenta el total de las 20 cohortes estudiadas en el modelo, los casos de otitis sumarían cerca de 50.000.000, las neumonías consolidantes aproximadamente 660.000, habría más de 25.000 bacteriemias/sepsis por neumococo y casi 2.000 meningitis por neumococo. En este caso las muertes ascenderían a cerca de 8.000, siendo aproximadamente 700 los niños con discapacidad permanente.

Vacunación universal con vacuna 10-valente

La introducción de la vacuna 10-valente en forma universal, cuya cobertura de cepas circulantes de neumococo en nuestro país es de aproximadamente un 75% en la actualidad, y evaluando solamente su actividad contra neumococo, evitaría, en un año 113.566 casos de otitis por cualquier causa. Sin embargo, esta vacuna posee además, por su composición, un efecto protector adicional contra *Haemophilus influenzae no tipificable*, el cual es responsable de más del 40% de las OMA en nuestro país. De esta manera, y tomando en cuenta este efecto protector adicional, se obtendría con su utilización, una reducción de 532.432 casos de otitis por todas las causas por año.

Con la utilización de esta vacuna se evitarían además 6.655 neumonías consolidantes, 861 bacteriemias/sepsis por neumococo y 59 meningitis en niños menores de 5 años por año. Por otra parte se producirían aproximadamente 96 casos fatales menos por año y se evitarían 23 casos de pacientes con secuelas permanentes de meningitis anuales.

Vacunación universal con vacuna 13- Valente

De introducirse de manera universal, en cambio, la vacuna 13 - valente, la cual cubre aproximadamente el 85% de los serotipos circulantes actualmente en Argentina, se evitarían en un año típico 126.833 casos de otitis por cualquier causa, 7.610 neumonías consolidantes, 985 bacteriemias por neumococo y 68 meningitis en niños menores de 5 años. Por otra parte se producirían aproximadamente 109 casos fatales menos por año y se evitarían 26 casos de pacientes con secuelas de meningitis anuales.

En el cuadro N° 4 se observan los resultados comparados en un año (se tomó como ejemplo año 2020).

Cuadro 4: Resultados comparados – año 2020					
Patología	Sin vacunación	10 valente		13 valente	
		Casos	Casos evitados	Casos	Casos evitados
Casos					
Otitis	2.325.266	1.792.834	532.432	2.198.432	126.833
Neumonía	32.458	25.803	6655	24.849	7610
Bacterinemia	1307	446	861	322	985
Meningitis	90	31	59	31	68
Casos con secuelas	35	12	23	22	26
Muertes		Muertes	Muertes evitadas	Muertes	Muertes evitadas
Neumonía	35 /	283	74	273	84
Bacterinemia	20	7	13	5	15
Meningitis	13	4	9	3	10
Total	390	294	96	281	109

Fuente: elaboración propia en base a encuestas a profesionales, IECS, Hospital El Cruce, Hospital Garrahan, Nomencladores de Prestaciones, Programa REMEDIAR y Manual Farmacéutico.

3.2 Costo efectividad

Teniendo en cuenta los resultados para las 20 cohortes evaluadas, la vacuna 13- valente tendría un mayor impacto en relación a los AVAD evitados. Éstos ascienden a 71.628 y 64.252 para la 13 y 10 valente respectivamente.

Asimismo, los años de vida ganados con la 13- valente (65.038) superan a los ganados con la 10- valente (56.882) en aproximadamente un 11,5%.

En cuanto a la evaluación económica, ambas vacunas resultaron costos efectivas, considerando el rango de costo-efectividad de U\$S 7.366ⁱ - 22.099 por AVAD evitado el cual se determinó siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS²³ para los estudios de costo efectividad. El ratio de costo por AVAD evitado resultó en U\$S 8.973 y U\$S 10.948 para la 10 y 13-valente respectivamente, considerando la perspectiva del sistema de salud (escenario base).

Si bien la vacuna 10-valente resultaría ser más costo-efectiva, generando un mayor ahorro de costos al sistema de salud, con la vacuna 13-valente se obtendrían mejores resultados en términos de muertes y AVAD evitados.

En el escenario alternativo, es decir tomando en cuenta los costos sociales incorporados, el costo por AVAD evitado se redujo a u\$s 8.546 para la vacuna 10-valente y a u\$s 10.510 para la vacuna 13-valente por cada AVAD evitado.

El costo de la vacunación para ambas vacunas, dado que se consideraron los mismos costos por dosis, fue de u\$s 973.513.153 para las 20 cohortes evaluadas (a valores de 2009).

En el cuadro N° 5 se detallan los resultados sanitarios y económicos de las 20 cohortes luego de la incorporación hipotética de una u otra vacuna al calendario nacional.

Cuadro 5: Resumen de resultados – 20 Cohortes					
Vacunación		10 valente		13 valente	
		Escenario base	Perspectiva social	Escenario base	Perspectiva social
Casos evitados	Otitis	10,754,016		2,561,767	
	Neumonía	134,406		153,684	
	Bacterinemia	17,402		19,898	
	Meningitis	1,200		1,372	
Muertes evitadas	Neumonía	1,477		1,689	
	Bacterinemia	261		298	
	Meningitis	172		197	
Total muertes evitadas		1,910		2,184	
Costo de vacunación (en dólares)		973,513,153		973,513,153	
AVADs evitados		64,252		71,628	
Años de vida ganados		56,882		65,038	
Costos ahorrados del Sistema de Salud (en dólares)		396,953,956	424,362,186	189,344,152	220,683,590
Costo por AVAD evitado (en dólares)		8,973	8,546	10,948	10,510

Dado que la vacunación universal con la 13 – valente tiene mayores beneficios medidos en AVAD evitados resulta importante evaluar el costo incremental de dichos beneficios adicionales, es decir, el ratio de costo efectividad incremental de la vacunación universal con 13 – valente versus vacunación universal con la 10 – valente.

En el cuadro N° 6 se presentan los resultados de costo efectividad incremental. En primer lugar se calcula el costo neto de vacunación con ambas vacunas y escenarios, el cual se obtiene de la diferencia entre el costo de la vacunación universal que incurriría el PNI y los costos ahorrados por la prevención de enfermedades, para las 20 cohortes analizadas. Para el escenario base, se obtuvo un costo neto de vacunación de 784.169.001 y de 576.559.197 para la 13 y 10 valente respectivamente.

Asimismo se presenta la efectividad incremental entre ambas vacunas. El mismo surge de la diferencia entre los AVAD evitados con la 13 valente (71.628) y 10 valente (64.252).

Por lo tanto, los beneficios adicionales que brinda la vacunación universal con 13 valente (7.376 AVAD evitados) tienen un costo de U\$S 207.609.807 en el escenario base, lo que representa un costo por AVAD evitado de u\$s 28.147. Esto refleja lo mencionado anteriormente, en cuanto a los mayores beneficios sanitarios que genera la 13 valente, y los mayores costos que ello implica. En el cuadro se presentan también los resultados para el escenario social.

Cuadro 6: Costo efectividad 13 valente vs 10 valente		
	Escenario base	Perspectiva social
Costo neto de la Vacunación Universal con 13 valente	784.169.001	752.829.563
Costo neto de la Vacunación Universal con 10 valente	576.559.197	549.150.967
Costo Incremental Vacunación Universal 13 vs 10 (U\$S)	207.609.804	203.678.596
Efectividad (AVAD evitados) 13 valente		74.628
Efectividad (AVAD evitados) 10 valente		64.252
Efectividad incremental		7376
Razon de costo efectividad incremental (U\$S)	28.147	27.614

4. Análisis de escenarios alternativos

En las evaluaciones económicas de salud es imprescindible la realización de análisis de escenarios en aquellas variables que puedan generar un mayor impacto en los resultados. La justificación de este tipo de análisis es la necesidad de considerar la incertidumbre generada en la estimación de las variables ya sea por falta de información de alta calidad o por el horizonte temporal evaluado.

En consecuencia, se procedió a la realización de un análisis de escenarios adicionales a fin de evaluar el efecto del cambio de las distintas variables en los resultados con respecto al escenario base. Los escenarios considerados en el análisis se determinaron en base consulta de expertos y a estudios nacionales e internacionales relacionados a carga de enfermedad, inmunizaciones, etc.

En lo que refiere a la carga de enfermedad se estudiaron las modificaciones en los valores de incidencia de otitis media, neumonía y mortalidad por neumonía.

Para el caso de otitis se evaluó una reducción de la incidencia con respecto al caso base de hasta un 22% (70.000 casos de otitis cada 100.000 niños). Con respecto a la tasa de mortalidad de neumonía se evaluó en un rango de 0,5% y 3%. Finalmente, se analizó una reducción de la incidencia de neumonía de hasta un 10%. En el caso de la otitis se justificó por ser de alta incidencia, y por tanto de alto impacto en los resultados, y en el caso de la tasa de mortalidad por neumonía, debido a la mayor variabilidad en la información obtenida con respecto a otros datos de carga de enfermedad.

Dada la dificultad para estimar el real impacto del efecto rebaño y del recambio de serotipos, estos datos no fueron incorporadas en el escenario base, pero sí se estudiaron en el análisis de escenarios adicionales. De esta manera, se evaluaron los resultados con el efecto rebaño en un rango del 5 al 10 % en menores de 5 años y el recambio de serotipos en un 2-5% de recambio por año.

También se evaluó el impacto en los resultados de un esquema de vacunación reducido (2+1) y la tasa de descuento, con un rango entre el 0 y el 5%.

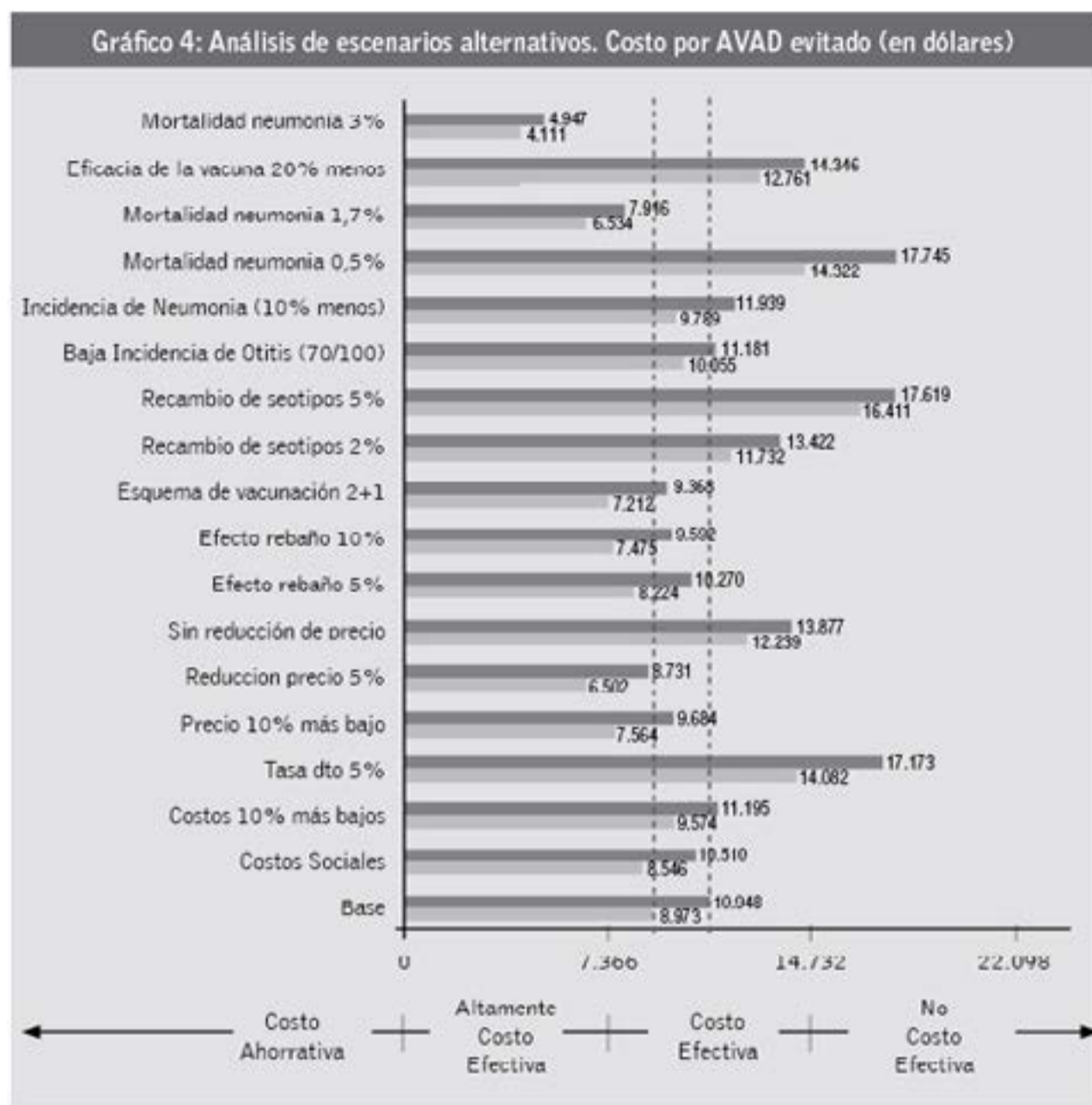
Adicionalmente, se consideró una variabilidad en la eficacia de la vacuna en un 20% inferior al caso base en todas las patologías.

Finalmente, se realizó el análisis con costos de tratamientos más bajos (en un 10%) a los del escenario base, sin disminución en el precio de la vacuna por año y con una reducción por año del 5%. Con respecto al precio de las vacunas, se estimaron los valores umbrales de manera de determinar los rangos de costo efectividad.

En suma, las variables que tuvieron mayor impacto en el ratio de costo por AVAD evitado fueron la tasa de descuento aplicada, el precio de la vacuna, el recambio de serotipos, el efecto rebaño y la tasa de mortalidad por neumonía. La tasa de costoefectividad se vio altamente reducida cuando no se aplicó tasa de descuento alguna, y cuando la tasa de mortalidad de la neumonía aplicada fue de hasta 3%, resultando en estos escenarios ambas vacunas altamente costo-efectivas.

El análisis de escenarios adicionales demuestra la robustez del estudio dado que, ante las modificaciones en las variables seleccionadas, la introducción de las vacunas continuaron siendo costo –efectivas.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados del análisis de escenarios adicionales realizado para ambas vacunas desde la perspectiva del sistema de salud.



5. Discusión

Los estudios de costo-efectividad ponen de manifiesto la situación actual del sistema de salud en un área en particular y a su vez los beneficios potenciales de implementar una estrategia determinada. Su principal utilidad es como herramienta para una toma de decisión basada en la evidencia, y este fue uno de los objetivos del trabajo.

En este estudio se realizó una evaluación económica completa a fin de analizar la costo efectividad de una estrategia de inmunización universal con dos vacunas distintas contra el neumococo en la población pediátrica argentina, desde la perspectiva del sistema de salud, y en un escenario ampliado desde la perspectiva social también.

En este análisis, si bien ambas vacunas resultaron costo-efectivas, la vacuna 13- valente, por su mayor cobertura de serotipos locales, tendría un mayor impacto que la vacuna 10- valente en la prevención de casos y muertes de las EIN, así como de las secuelas asociadas a meningitis por neumococo. Esto se traduciría en un mayor número de años de vida ganados y AVAD evitados.

Por lo contrario, la vacuna 10-valente, por su potencial efecto protector contra el *Haemophilus no tipificable*, tendría un mayor impacto en la prevención de OMA, y por ende evitaría más gastos para el sistema de salud que la vacuna 13-valente.

La escasez de información epidemiológica y de carga de enfermedad en los países de América Latina suele ser un obstáculo al momento de realizar una evaluación económica. Sin embargo, luego de una revisión exhaustiva de la bibliografía y de las bases de datos de los distintos sectores del Ministerio de Salud de la Nación, se obtuvieron la mayoría de los datos nacionales demográficos y de carga de enfermedad requeridos por el modelo y estos datos fueron validados por expertos de distintas sociedades científicas.

Sólo se recurrió a la bibliografía internacional para la incidencia de otitis media aguda y secuelas de meningitis.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran, por un lado, la sobre o subestimación del impacto que podrían tener estas vacunas sobre las otitis y/o neumonías. Para este análisis se decidió no incluir la incidencia de otitis ni neumonía *neumocócica* debido a la escasez de datos confiables. Se incorporaron entonces la incidencia de otitis media aguda y neumonía consolidante de todas las causas. Si bien, para la evaluación de eficacia vacunal se tuvo en cuenta la eficacia para prevenir otitis y neumonías con confirmación radiológica de todas las causas, esta decisión pudo haber influenciado en el impacto de la vacuna sobre estas patologías.

En el caso de las otitis, el impacto de la vacuna puede estar sobreestimado al incluirse las otitis por microorganismos que en ocasiones no requieren tratamiento y que el cuadro clínico resuelve espontáneamente. Sin embargo, también es habitual en la práctica clínica el tratamiento antibiótico universal de todas las otitis clínicas independientemente del microorganismo responsable, ya que la miringotomía diagnóstica no es un procedimiento de rutina en nuestro medio.

Con respecto a las neumonías, la situación es ligeramente diferente. En la incidencia de neumonía consolidante pueden estar incluidos otros microorganismos (otras bacterias, virus, etc.), y por ende, el impacto de la vacuna sobre esta entidad podría estar sobreestimado. Sin embargo, se conoce que el principal responsable de neumonía consolidante es el neumococo. Tampoco puede obviarse el hecho de que no a todos los pacientes con neumonía se les realiza una radiografía de tórax; en ocasiones por considerarse innecesario pero muchas otras veces por no contar con dicho procedimiento diagnóstico. Es por ello que en este sentido el impacto de la vacunación podría ser mayor, ya que podría prevenir neumonías no confirmadas por radiología también.

En este estudio se decidió medir el impacto que tendría la incorporación al calendario nacional de cada una de las dos nuevas vacunas conjugadas contra neumococo. Sin embargo una de las principales limitantes del estudio es la falta de datos que avalen la eficacia de estas nuevas vacunas en ensayos clínicos. Si bien hay estudios en curso con la vacuna 10-valente³⁸, hasta el momento sólo se cuenta con datos de seguridad e inmunogenicidad que sí demostraron resultados comparables a la vacuna 7-valente. Es por ello que todos los datos de eficacia fueron extrapolados de ensayos clínicos realizados con vacunas diferentes a las evaluadas en este estudio.

Otra limitación fue la escasa incorporación en el modelo de costos sociales. Dada la dificultad que implica estimar todos aquellos costos que no están asociados directamente al sistema de salud, y que la recolección de dicha información de fuentes primarias hubiera excedido los objetivos y plazos de este estudio, los costos sociales se estimaron en base a una encuesta realizada por el Hospital Garrahan donde se les consultaba a las familias sobre sus costos y pérdida de ingresos por estar al cuidado de los niños durante su internación en el hospital público. En consecuencia, para el caso de la población que tiene cobertura de seguridad social y prepaga los costos sociales se subestimaron, debido a que no se extrapolaron los costos extras y de transporte por no contar con la información adecuada. Por el mismo motivo, no se consideraron los costos sociales asociados a las enfermedades ambulatorias y a los días post-internación. Esta reducida incorporación de costos sociales en el modelo, podría explicar la pequeña brecha que se observó entre el escenario base y alternativo en cuanto a los costos por AVAD evitados para ambas vacunas.

Con respecto a los precios de medicamentos ambulatorios, es necesario aclarar que al considerar valores de venta al público en farmacia, se pueden estar sobreestimando suponiendo que las prepagas y OO.SS. obtienen menores precios a los de venta al público debido a las negociaciones que realizan con el sector farmacéutico a través de convenios.

Otra consideración es la variación del perfil epidemiológico que difiere según la región o provincia que nos ubiquemos. Adicionalmente, dada la estructura federal del país, cada una de las 24 jurisdicciones es responsable, y de manera autónoma de llevar adelante las políticas sanitarias de su provincia. En consecuencia, cada provincia posee características particulares que distan de ser comunes al resto del país. Sin embargo, dada las complicaciones que conllevan la pesquisa de datos, ya sea demográficos, epidemiológicos y/o de costos de las prestaciones, tanto a nivel regional como a nivel provincial, se consideró la recopilación de datos solo a nivel país, sin diferenciar jurisdicción, ni región geográfica.

Otra limitante del estudio es que se supone la misma distribución de cobertura de salud por sub-sector en todas las patologías. Esta subdivisión de la cobertura corresponde a una estimación en base a la proporción de población en general que tienen cobertura del sector público, de la seguridad social o del sistema prepago.

Por último, es sabido el impacto negativo que genera el aumento de precios en las sociedades y en particular en los sistemas de salud. Si bien se cuenta con una metodología rigurosa en la búsqueda de los costos, éstos deberían ser ajustados por la tasa de inflación teniendo en cuenta el horizonte temporal considerado.

No obstante, se esperaría que la inflación sea mayor en los costos evitados al sistema de salud que en los costos de una campaña universal de vacunación, ya que se supone que el precio de la vacuna, el cual representa una parte sustancial de los costos de la vacunación, disminuya a lo largo del tiempo según experiencias anteriores con otras vacunas. Sin embargo, no se consideró el aumento generalizado de precios, de manera de no sobrestimar los costos de los tratamientos asociados a la enfermedad neumocócica.

6. Conclusiones

La introducción de la vacuna neumococo conjugada con amplia cobertura de serotipos locales constituye una intervención de alto impacto en la salud pública de Argentina y responde a la resolución de la CONAIN en cuanto a la disminución de la neumonía y de la mortalidad por enfermedad neumocócica.

Se destaca la importancia de realizar estudios fármaco-económicos con datos locales como una herramienta más para la toma de decisiones basadas en la evidencia. En este sentido nuestro país cuenta con datos de calidad respecto a la incidencia poblacional y la vigilancia de laboratorio que favorecen la realización de este tipo de análisis. En consecuencia, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio resultará de fundamental importancia al momento de decidirse la introducción de esta vacuna al calendario, para medir el impacto de la intervención.

El trabajo intersectorial y multidisciplinario en el marco del Ministerio de Salud de la Nación, permitió optimizar la calidad de los datos generando conclusiones sólidas y facilitando la toma de decisiones basadas en la evidencia.

7. Referencias

- a** www.paho.org/provac
- b** WHO. Global Burden of Disease 2004 update: Disability Weights for Diseases and Conditions.
- c** MERCOSUR/XXX N° 11/ P. RES N° 06/09 “Directrices Metodológicas para Estudios de Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias”. SGT N° 11 – Montevideo, 09/X/09.
- d** Gold MR, Russel LB, Siegel JE, Weinstein MC. Cost – effectiveness in health and medicine. New York-Oxford: Oxford University Press, 1996. Buxton MJ, Drummond MF, van Hout BA, Prince RL, et al. Modelling in economic evaluation: an unavoidable Fac. of life, Health Economics 1997, 6(3): 217-227. Drummond MF, O’Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economics evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- e** Datos oficiales del año 2008 del PNI del Ministerio de Salud de la Nación.
- f** Este nomenclador incluye el valor de las prestaciones que los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires facturan a la Obra Social de la provincia de Buenos Aires (IOMA).
- g** Es el valor facturado por los hospitales públicos a las Obras Sociales y pre-pagas.
- h** Fuente: manual farmacéutico publicado por el grupo alfabetá.
- i** Corresponde al PBI per Cápita de Argentina en dólares para 2009. Fuente: Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación.

8. Bibliografía

- 1 Rudan I., y col. Epidemiology and Etiology of Childhood Pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*. May 2008, 86(5).
- 2 Informe Regional de Sireva II, 2006. Datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en procesos invasores.
- 3 Black S., et al. Efficacy, Safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. *The Ped Infect Dis J.*,2000; Vol 19(3):187-95.
- 4 Prymula R., et al. Pneumococcal capsular polysaccharides conjugated to protein D for prevention of acute otitis media caused by both *Streptococcus pneumoniae* and nontypable *Haemophilus influenzae*: a randomized double-blind efficacy study. *The Lancet*. Vol 367, March 4, 2006:740-748.
- 5 Vesikari T., y col, Immunogenicity of the 10-Valent Pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* Protein D Conjugate Vaccine (PHiD-CV) Compared to the Licensed 7vCRM Vaccine. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 4, April 2009. S66.
- 6 Bernal N., y col, The 10-Valent Pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* Protein D Conjugate Vaccine (PHiD-CV) coadministered with DTPw-HBV/Hib and Poliovirus vaccines: Assesment of Immunogenicity. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 4, April 2009. S89.
- 7 Chevalier B., y col, Safety and Reactogenicity of the 10-Valent Pneumococcal nontypeable *Haemophilus influenzae* Protein D Conjugate Vaccine (PHiD-CV) when coadministered with Routine Childhood Vaccines. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 4, April 2009. S109.
- 8 Omeñaca F., y col, Vaccination of preterm infants with the 10-Valent Pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* Protein D Conjugate Vaccine (PHiD-CV). *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e190.
- 9 Esposito S., y col. Safety and immunologic non-inferiority of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine given as a 3-dose series with routine vaccines in healthy children. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e169.
- 10 Diez-Domingo J., y col, Safety and Immunogenicity of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in healthy infants and toddlers receiving routine vaccination in Spain. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e167.
- 11 Grimpel E., y col, Safety and Immunogenicity of a 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine given with routine pediatric vaccination to healthy children in France. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e174.
- 12 Hughes J.Y., y col. Immunogenicity of booster doses of 13-Valent Pneumococcal Conjugate and HIB/MENC Vaccines given at 12 months of age in the UK. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e177.
- 13 Martinon-Torres F., y col. Safety and Immunogenicity of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine given with Meningococcal C Conjugate and other pediatric vaccinations in Spain. *The Ped Infect Dis J*. Vol 28, Number 6, June 2009. e185.
- 14 Invasive Pneumococcal Disease in Children 5 Years After Conjugate Vaccine Introduction- Eight States, 1998-2005. *MMWR*, February 15, 2008 / 57 (06);144-148.
- 15 Whitney CG, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *NEJM* 2003;348(18):1737-46.
- 16 Swanson D.S, et al. Epidemiological Trends in Pediatric Invasive Pneumococcal Disease. 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC. October 25-28, 2008. G1-2100.

- 17 De Wals P., et al. Changes in the Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease (ipd) Following Implementation of a 7-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (pcv7) Program in Quebec, Canada. *48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC. October 25-28, 2008. G1-2111.*
- 18 Jacobs M.R., et al. Emergence of Nonvaccine Serotypes of *Streptococcus pneumoniae* in Cleveland in Relation to Introduction of the Protein Conjugated Pneumococcal Vaccine. *48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC. October 25-28, 2008. G1-2112*
- 19 Ampofo K., et al. Pneumococcal Meningitis in Utah Children: Evolution of Serotypes(1996-2008). *48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC. October 25-28, 2008. G1-2113.*
- 20 Gubbay J.B., et al. Impact of 7-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV7) on Invasive Pneumococcal Disease (IPD) in Children in Toronto and Peel Regions, Ontario, Canada. *48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting. Washington DC. October 25-28, 2008. G1-2114.*
- 21 Vestrheim D.F., et al. Replacement of Pneumococcal Serotypes among Colonized Children Following introduction of PCV-7 in The Norwegian Vaccination Programme. *The Ped Infect Dis J. Vol 28, Number 6, June 2009. e77.*
- 22 Reunión Comisión Nacional de Inmunizaciones. Programa Nacional de Inmunizaciones. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Acta N°3. 18 de Septiembre de 2009.
- 23 Reducing Risks Promoting Healthy Life The World Health Report 2002. World Health Organization.
- 24 Teele D. W., et al. Epidemiology of Otitis Media During the First Seven Years of Life in Children in Graeter Boston: A Prospective Cohort Study. *JID. Vol 160. N°1. July 1989; 83-94.*
- 25 Tregnaghi M., y col. Vigilancia epidemiológica activa de la enfermedad neumocócica en lactantes, en el ámbito ambulatorio y en la internación. *Arch Argent Pediatr. 2006;104 (1): 3-10.*
- 26 Tregnaghi M., et al. Active Epidemiologic Surveillance of Pneumonia and Invasive Pneumococcal Disease in Ambulatory and Hospitalized Infants in Cordoba, Argentina. *The Ped Infect Dis J.2006. Vol. 25(4):370-2.*
- 27 Ruvinsky R., Gentile A., et al. Surveillance of probably bacterial pneumonia in children less than 5 years old in two geographical areas in Argentina. P1332 *Clinical Microbiology and Infection, Vol11, Supp 2, 2005.*
- 28 The Burden of Pneumococcal Disease and Cost-Effectiveness of a Pneumococcal Vaccine in Latin America and the Caribbean. A Review of the Evidence and a Preliminary Economic Analysis. 2007. *Sabin Vaccine Institute. www.sabin.org*
- 29 Base de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Total país. Año 2005.
- 30 Bakir J., y col. Perfil epidemiológico de las infecciones invasivas por *Streptococcus pneumoniae*. *Arch Argent Pediatr 2001; 99(2).*
- 31 Meningoencefalitis Por *Streptococco Neumoniae* Menores de 5 años. Casos y Tasas Acumulados por 100.000 habitantes hasta la 53ª semana epidemiológica. PAÍS ARGENTINA por Provincia. Años 2008 – 2008. Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.
- 32 Abate H., y col. Morbimortalidad de las meningitis bacterianas infantiles, no neonatales. *Arch Argent. Pediatr 1999;97(5):300-305.*
- 33 Baraff L., et al. Outcomes of bacterial meningitis in children: a meta-analysis. *Ped Infect Dis J. 1993; 12(5):389-94.*

- 34 Black S., et al. Effectiveness of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children younger than five years of age for prevention of pneumonia. *The Ped Infect Dis J.* 2002; Vol 21(9):810-815.
- 35 Hansen J., et al. Effectiveness of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children Younger Than 5 Years of Age for Prevention of Pneumonia. *The Ped Infect Dis J.* 2002; Vol 21(9):810-815.
- 36 Mahon B., et al. Effectiveness of abbreviated and delayed 7-valent pneumococcal conjugate vaccine dosing regimens. *Vaccine.* 24 (2006):2514-2520.
- 37 Rowensztein H, Demirdjian, G; Rodríguez, J. Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(1):5-11.
- 38 Palmu A., et al. FINIP: A Cluster-Randomized Trial of the New Pneumococcal Haemophilus influenza Protein D Conjugate Vaccine (PHID-CV) in Finland-Objectives and Design. *The Ped Infect Dis J.* Vol 28, Number 6, June 2009. e190.

UN SEGURO NACIONAL DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: FUNDAMENTOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Federico Tobar⁴, Gabriela Hamilton⁵, Sofía Olaviaga⁶, Romina Solano⁷

1. Introducción

Las enfermedades catastróficas constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que demanda un volumen creciente de recursos. Se las denomina catastróficas por el fuerte impacto que producen tanto sobre las economías de quienes las padecen y sus familias, como sobre los sistemas de salud que deben financiar su tratamiento.

En Argentina, la Encuesta Nacional de Gasto y Utilización en Salud de 2010 permitió estimar que alrededor del 6 % de los hogares afrontan gastos médicos que superan el 34% de sus ingresos. No obstante, la mayor parte del gasto que involucran estas enfermedades lo absorben los sistemas de salud que deben financiar los medicamentos y prestaciones médicas: en algunos casos obligados por el marco normativo vigente; y en otros, presionados por órdenes judiciales.

En coexisten seis modelos diferentes de cobertura y financiación de los tratamientos relacionados con las enfermedades catastróficas (Tobar, 2010). Sin embargo, a pesar de que la población que padece estas patologías encuentra respuestas desde el sistema sanitario, estas son fragmentadas e inequitativas.

Frente a ello, la creación de un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEC) permitiría:

- a. Alcanzar una cobertura universal
- b. Homogeneizar protecciones de calidad frente a estas enfermedades
- c. Lograrlo a un costo muy inferior al actual

Esta política pública responde a los desafíos de sustentabilidad económica, calidad y equidad que hoy plantea la cobertura de estas patologías al sistema sanitario argentino.

En este contexto, y con el objeto de promover la creación del Seguro, se presenta evidencia que demuestra su factibilidad técnica y eficiencia económica.

Con este fin, se realiza una caracterización de las enfermedades catastróficas. Luego se identifican los diferentes tipos de cobertura y financiamiento para estas patologías, vigentes en el país. A continuación se exponen brevemente diferentes opciones para resolver la protección frente a estas enfermedades, y también algunas experiencias internacionales. En este contexto, se argumenta la elección del seguro universal para la cobertura de estas enfermedades como opción de política más adecuada para el contexto argentino. Finalmente, se presentan los resultados de un ejercicio que estima los costos que conllevaría la creación de este seguro y los posibles escenarios de reducción de gastos asistenciales, a partir de su implementación en la Argentina.

2. ¿Qué son las enfermedades catastróficas?

Las enfermedades catastróficas constituyen un grupo de patologías que deben su nombre a las consecuencias económicas que acarrearán a quienes las padecen y las financian.

Más allá de su definición formal, estas enfermedades comparten ciertas características que las diferencian del resto y exigen un abordaje especial.

Sobre la base de la literatura especializada, a continuación se presentan las principales características de las enfermedades catastróficas que, en conjunto, dan cuenta del impacto económico negativo que provocan y demuestran cómo afectan la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

- **Tienen un alto costo.** Desde una perspectiva epidemiológica, estas enfermedades no constituyen una prioridad debido a su baja prevalencia. Sin embargo, desde el punto de vista financiero, **representan patologías cuyo tratamiento implica un desembolso monetario importante que excede el umbral considerado normal.** En este sentido, algunos las definieron como aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o mayor al 40 % del ingreso del hogar (Ke Xu, 2003). Esta definición fue tomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aplicada en varios estudios. Uno de ellos analiza encuestas nacionales de gastos de hogares en 89 países y concluye que cerca de 150 millones de personas por año sufren efectos catastróficos en los presupuestos de sus hogares por padecer enfermedades que requieren tratamientos costosos. De estos, alrededor de 100 millones cayeron debajo de la línea de la pobreza. Y dentro de estos últimos, 90 millones viven en países en vías de desarrollo (Ke Xu y otros, 2007).
- **Presentan una curva de gasto diferente.** La evolución habitual en el gasto generado por una persona con una patología determinada presenta el fenómeno de regresión a la media: se gasta más al comienzo y menos en los períodos subsiguientes. En el caso de las enfermedades catastróficas, la evolución es sumamente lenta y su gasto suele mantenerse en el tiempo: este comportamiento se denomina “reversión lenta a la media” (Beebe, 1988). Aunque estas enfermedades suelen requerir procedimientos altamente complejos para su diagnóstico o tratamiento, los medicamentos son el componente central, no solo por su alto costo, sino también por la cronicidad de su requerimiento.
- **Su financiación desde el presupuesto de los hogares no es sustentable.** Desde una perspectiva financiera, es impensable que ese gasto sea cubierto únicamente por los pacientes. Sin embargo, la utilización de otras fuentes de financiamiento pone en riesgo potencial la viabilidad financiera del sistema en su conjunto.
- **Se trata de un problema que afecta tanto a ricos como a pobres (Ke Ku, 2003).** Existe la equivocada creencia de considerar que estas enfermedades tienen una incidencia mayor en las sociedades más desarrolladas y, por contraste, menor prioridad en el interés público de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, la evidencia recogida por los estudios transversales demuestra que los gastos de los hogares en salud son afectados en mayor medida por las enfermedades catastróficas en los países de menores ingresos que en los de mayores (Padrón, 2003).
- **Dentro de los gastos catastróficos, el componente de mayor incidencia lo constituyen un grupo de medicamentos de alto costo.** Su sola utilización transforma a una enfermedad en catastrófica. Configuran un mercado que crece en todo el mundo, en cantidad de productos, pero mucho más en facturación. Los precios medios de estos productos también tienden al alza y se registra una significativa inelasticidad precio en su demanda. Tales productos constituyen el talón de Aquiles de los sistemas de salud, ya que absorben porciones cada vez mayores de sus recursos.

Dentro de la función de producción de la salud, el peso de los medicamentos resulta cada vez mayor (Seoane, 2009). A esto se suma que en los países de menores ingresos, cerca del 75 % del gasto en salud es privado, y el 70 % de éste proviene de los hogares (Schieber y otros, 2007). A su vez, dentro del gasto de los hogares, las tres cuartas partes se destinan a la adquisición de medicamentos. **Estos constituyen un subconjunto de productos monopólicos para los cuales se agravan los problemas de acceso.**

Por estas características, este conjunto de enfermedades que involucran tratamientos de alto costo comienzan a influir en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Su peso económico en crecimiento plantea la necesidad de políticas y estrategias para racionalizar la expansión de la cobertura, reducir la incertidumbre del resultado y disminuir la desigualdad en el acceso a los tratamientos.

3. ¿Cómo cubrimos estas enfermedades en Argentina?

En Argentina la cobertura de este tipo de riesgos es baja y muy heterogénea. No fue definida con precisión dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) que establece las prestaciones a ser cubiertas por obras sociales nacionales y prepagas. A su vez, los ministerios de salud provinciales intentan responder de forma aislada y desarticulada a las demandas de pacientes catastróficos sin cobertura formal. En todos los casos, los financiadores padecen el impacto vinculado a su tratamiento.

En la actualidad se implementan al menos seis modelos de cobertura y financiación de enfermedades catastróficas en Argentina¹:

a. Obras Sociales Nacionales (OSN)

Las OSN se financian mediante aportes de los afiliados y contribuciones de sus empleadores (3% y 6% de la nómina salarial, respectivamente). Actualmente, se trata de 300 instituciones responsables por la cobertura de más de 18 millones de argentinos.

Aunque estas instituciones tienen obligatoriedad de cubrir un paquete prestacional mínimo, denominado Programa Médico Obligatorio (PMO), allí no se define de forma explícita la mayoría de las prestaciones vinculadas a los cuidados de las enfermedades catastróficas.

El número total de beneficiarios de OSN es significativo para el sistema en su conjunto. Sin embargo, tomadas de manera individual, no todas las OSN reúnen el *pool* de riesgo adecuado para cubrir las enfermedades catastróficas. Para resolver esta situación y compensar los costos extraordinarios que involucran estas enfermedades, en 1998 se creó la Administración de Prestaciones Especiales (APE). Este era un organismo descentralizado del Estado nacional que administraba subsidios a las obras sociales nacionales². En este sentido, la APE actuaba como un reaseguro de enfermedades catastróficas para las OSN. Sin embargo, en la práctica, destinaba menos de la mitad de sus recursos para este fin. Los fondos se asignaban con mecanismos poco transparentes: no eran concedidos a todas las obras sociales ni distribuidos de forma automática.

Recientemente, la APE fue absorbida por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), quien mantiene temporariamente sus funciones “a los efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales de Estado” y “para lograr eficiencia en la gestión pública”, tal como se detalla en el Decreto 1198/12. En este marco, la SSS crea el Sistema Único de Reintegros (SUR) en reemplazo de los mecanismos empleados por la disuelta APE (Resolución 1200 y modificatorias). El SUR constituye un avance parcial, al hacer explícitas las prestaciones a ser reembolsadas para las OSN vinculadas a un conjunto de patologías catastróficas. Antes, la APE transfería fondos a las obras sociales para financiar estas patologías, pero no lo hacía sobre la base de una norma, sino por vía de excepción y con escasa transparencia.

Los dirigentes gremiales cuestionaron que esta medida lograra garantizar la transparencia y automaticidad de la financiación porque la resolución 1200, en su artículo 8, afirma que el SUR se “realizará según las disponibilidades presupuestarias y las razones de oportunidad, mérito y conveniencia”. En respuesta a estos reclamos, la SSS emitió la resolución 1310/12 que suspendió hasta el 30 de noviembre de 2012 la entrada en vigencia de la 1200 y convocó a la OSN a presentar propuestas superadoras.

Esta medida constituye una oportunidad para implementar nuevas protecciones sociales para las enfermedades catastróficas.

b. Obras Sociales Provinciales (OSP)

Se trata de 24 instituciones que brindan cobertura a sus 6,4 millones de beneficiarios, quienes aportan contribuciones mensuales. Al no estar aglutinadas en un mismo marco regulatorio, las OSP poseen normativas y características diferentes en cuanto a tamaño, niveles de aporte³, solvencia financiera y tipo de cobertura que brindan.

Para proveer las prestaciones médicas y los medicamentos de alto costo vinculados a enfermedades catastróficas, las OSP contratan servicios médicos que brindarán atención a los pacientes y fijan convenios con farmacias y droguerías. Si bien los beneficiarios realizan aportes mensuales a las OSP, muchas veces deben pagar, además, copagos para llevar a cabo los tratamientos que estas enfermedades requieren.

Asimismo, la falta de definición en la cobertura explícita de muchas de estas enfermedades hacen que las OSP se encuentren sometidas a dictámenes judiciales que expanden verticalmente la cobertura.

c. Programa Federal de Salud - PROFE

El Programa Federal de Salud (PROFE) fue creado para garantizar la cobertura médica-asistencial de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas o Graciables. Aunque se organiza desde nivel nacional y actúa bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, su ejecución es provincial.

En la medida en que cerca de dos tercios de los beneficiarios obtienen la pensión al recibir el certificado de discapacidad, el PROFE presenta una incidencia mayor de enfermedades catastróficas que la población en general. Alrededor del 3% del padrón de beneficiarios del programa padece alguna enfermedad catastrófica y, por ello, la atención médica de estas enfermedades involucra hasta tres cuartas partes de su presupuesto.

Para responder a este desafío, principalmente económico, el PROFE incorporó un modelo asistencial centralizado, denominado Programa de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI)⁴. A través del PACBI, el PROFE contrata proveedores y otras prestaciones de alto costo en forma directa, desde el nivel central, para garantizar que la cobertura se homogenea en todo el país, en términos de acceso y calidad.

d. Prepagas

El subsector de la medicina prepaga está integrado por más de 500 empresas privadas (con y sin fines de lucro) que brindan cobertura a 6 millones de beneficiarios⁵. Se financia mediante cuotas aportadas de forma voluntaria por las familias o las empresas, aunque el 75% (4 millones) de sus beneficiarios provienen de las OSN, con las cuales las empresas de medicina prepaga hacen contratos de prestación.

La Ley 24.754 obliga a las empresas de medicina prepaga a garantizar la cobertura del PMO. Aunque también, al igual que el resto de los subsectores, están sometidas a presiones por parte de sus afiliados y de sentencias judiciales, para expandir la cobertura en sentido vertical.

Al igual que las obras sociales, la gran mayoría de las prepagas no cuenta con servicios médicos propios y recurren a diversas modalidades de contratos con prestadores privados para brindar la efectiva atención a sus beneficiarios. La provisión de medicamentos de alto costo, por su parte, se realiza a través de convenios con farmacias o droguerías especializadas, para que sea posible acceder a precios de lista sobre los que pueden negociar descuentos.

Si bien los beneficiarios pagan mensualmente una cuota a la empresa de medicina prepaga, muchas veces, dependiendo del plan que contraten, también deben abonar copagos por los servicios médicos. En general, no ocurre lo mismo con los medicamentos requeridos para tratar enfermedades catastróficas, los cuales son, en general, financiados íntegramente por las entidades.

e. Programas y Servicios del Subsector Público de Salud

Además de los mecanismos mencionados, existen programas del Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias que también se orientan a proveer y financiar los cuidados y prestaciones vinculados a algunas enfermedades catastróficas.

Estos programas realizan compras centralizadas de medicamentos e insumos y los transfieren a los ministerios de salud provinciales o a los servicios provinciales de referencia para el tratamiento de estas enfermedades.

Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación recibe financiamiento del Presupuesto Nacional y, mediante compras públicas, adquiere los insumos o medicamentos necesarios. Luego, los proveedores los entregan a los ministerios de salud provinciales, quienes los distribuyen a los hospitales. Las instancias provinciales también realizan algunas adquisiciones mediante compras públicas que complementan las adquisiciones de la Nación. Ejemplos de ello lo constituyen el Banco de Drogas⁶, que entrega drogas oncológicas o citostáticas a pacientes sin cobertura formal de salud; o el Programa de VIH-SIDA, que entrega inmunosupresores.

f. Desembolso directo de los hogares

Finalmente, los pacientes que padecen enfermedades catastróficas y sus familias también efectúan desembolsos directos en prestaciones y medicamentos.

Resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Gasto y Utilización en Salud, sobre la base del Área Metropolitana de Buenos Aires, permitieron establecer que el 6,02% de los hogares efectúa gastos en salud del orden del 34,5% (o más) del ingreso del hogar (Tobar, 2012).

4. Experiencias y lecciones aprendidas en otros países

Los países de América Latina de mayores ingresos (Argentina, Brasil, Chile Colombia, Costa Rica, México y Uruguay) comenzaron a desarrollar diferentes intervenciones para afrontar la cobertura de las enfermedades catastróficas.

Aunque la mayoría reaccionó a este desafío desde su agenda de políticas públicas, probablemente **Uruguay** sea el más destacado. En 1980, este país creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que progresivamente se constituyó en un seguro nacional de enfermedades catastróficas que: a) brinda cobertura universal a los uruguayos frente a estas patologías de baja incidencia y alto costo, b) acredita prestadores y c) define y supervisa protocolos de atención para dichas patologías, garantizando que frente a la misma enfermedad, todos los ciudadanos tengan idéntica respuesta⁷.

En **Chile**, los aseguradores privados, denominados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), realizan aportes a un fondo de reaseguro para las enfermedades catastróficas. Pero la respuesta más relevante fue la política de Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), mediante la que se establecieron protocolos para un conjunto de patologías (la mayoría catastróficas) buscando equiparar el acceso oportuno y la calidad para los diferentes grupos de población. Es el Estado el que subsidia la prestación de las garantías explícitas para los segmentos de la población de menores ingresos.

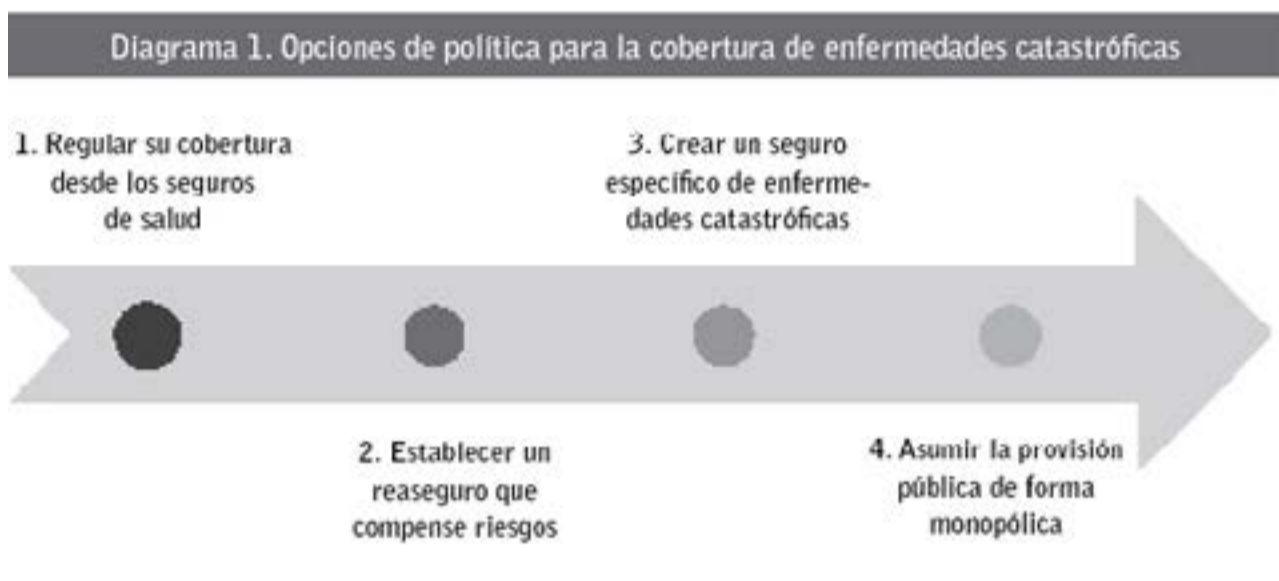
En **Brasil**, también se discriminó de forma positiva a un conjunto de patologías de alto costo. En primer lugar, fue el VIH-SIDA, pero luego se extendió la cobertura a un conjunto más amplio de patologías cuya financiación sigue siendo responsabilidad del Estado Federal. Esto permite realizar compras centralizadas de medicamentos de alto costo y lograr importantes economías de escala. Como resultado, se alcanzó la cobertura universal de un conjunto de patologías caras como Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad de Gaucher, inmunodeprimidos, etc., las cuales no son contempladas por los planes privados de salud porque la respuesta ya está garantizada desde el Estado Federal y según los protocolos para diagnóstico y tratamiento establecidos.

En **Colombia**, estas patologías están fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir que las instituciones responsables por la protección médica (Entidades Promotoras de la Salud EPS) pueden solicitar al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) un reembolso por las prestaciones catastróficas. Esto afectó la sostenibilidad de la seguridad social y motivó que, en 2010, la Ley 1438 de reforma de salud incluyera un conjunto de medidas como la creación de un Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS), la revisión del POS y la implantación de un régimen regulatorio especial para los medicamentos biotecnológicos y de alto costo.

5. Alternativas para la cobertura de las enfermedades catastróficas

Generar políticas públicas para responder al desafío que plantea la cobertura de las enfermedades catastróficas en la Argentina puede involucrar diferentes estrategias.

A continuación se presentan una selección sintetizada de cuatro alternativas (ver diagrama 1), presentadas en orden creciente de intervención pública.



Fuente: CIPPEC.

1. Regular la cobertura de enfermedades catastróficas desde los seguros de salud

Un seguro es un mecanismo que permite reducir incertidumbres al transferir el riesgo de que ocurra un hecho fortuito a un tercero, que por ello recibe un pago adelantado. La sostenibilidad del seguro requiere reunir un grupo de asegurados, cuyos riesgos individuales se consolidan en un conjunto o *pool* de riesgo. Hay tres condiciones para garantizar un *pool* de riesgo adecuado: la cantidad de personas aseguradas, el costo de las enfermedades y la incidencia de las patologías. A mayor población cubierta, menor incidencia y mayor costo de las prestaciones involucradas, mejor resultará el funcionamiento de los seguros de salud como mecanismos de protección social (Martínez, 2010).

En esta línea, en la Argentina existe un proyecto impulsado por el Senador José Manuel Cano (UCR Tucumán) que busca universalizar la respuesta a las enfermedades catastróficas mediante un esquema en el que coexisten diferentes modalidades de aseguramiento. Propone sumar al reaseguro que hoy concreta la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) —a través de los subsidios por gastos especiales para OSN⁸— fondos de reaseguros para las empresas de medicina prepaga y crear así un sistema de seguro público para la población sin cobertura.

Las restricciones de esa propuesta de política radican en que sólo alcanza la universalidad en la medida en que lo haga la cobertura de los seguros de salud; resulta difícil lograr protecciones homogéneas en calidad entre los diferentes seguros; la expansión vertical de la cobertura tiende a darse más por la vía judicial que por decisiones sanitarias; y que resulta poco sustentable si no se reúne un *pool* de riesgo adecuado.

2. Establecer un reaseguro que compense el riesgo

Se trata de un mecanismo por el cual una aseguradora cede parte de los riesgos que asume para reducir el monto de su posible pérdida. En otras palabras, es un seguro contratado por un asegurador. Este mecanismo se aplica regulando el funcionamiento de los seguros de salud: se los obliga a cubrir prestaciones vinculadas a enfermedades catastróficas y se les exige que aporten a un reaseguro para cubrir los gastos catastróficos.

En Argentina, el subsistema de las OSN es el único que cuenta con un mecanismo de reaseguro frente a gastos catastróficos (*ver nota 8*). Además, existe una propuesta para crear un sistema de reaseguros, donde todos los financiadores (OSN, OSP y Prepagas y eventualmente los sistemas provinciales) aporten obligatoriamente a un fondo similar al Fondo Solidario de Redistribución, del cual provienen los recursos para reintegros y subsidios por gastos catastróficos a las OSN. Mientras que el Fondo de reaseguro chileno es único, el argentino se propuso crear un mercado de fondos, de forma similar a lo que se implantó con el Aseguramiento de Riesgos de Trabajo.

La ventaja de este instrumento es que elimina el problema de la falta de un *pool* de riesgo adecuado, ya que el reaseguro, al agrupar a varios seguros, alcanza las condiciones para un funcionamiento apropiado. Sus debilidades radican en que, por un lado, aumenta los costos de transacción y, por el otro, no incorpora mecanismos para racionalizar y controlar los gastos catastróficos.

3. Crear un seguro único que cubra las enfermedades catastróficas

Desde el enfoque del seguro, esta alternativa involucra eximir a los seguros de salud (obras sociales y prepagas) de cubrir los riesgos vinculados a las enfermedades catastróficas, ya que estas patologías pasarían a ser cubiertas de forma universal por el seguro público. En este caso, no habría un reintegro a los financiadores, sino que la provisión de bienes y servicios para enfrentar estas enfermedades se hace directamente desde un nuevo ente público no estatal. Este ente acredita prestadores, contrata prestaciones y compra en forma centralizada medicamentos e insumos, define protocolos de atención y audita resultados.

Esta propuesta se inspira en el modelo del Fondo Nacional de Recursos del Uruguay y es la que profundiza e impulsa este documento.

4. Asumir la provisión pública de forma monopólica de los cuidados de alto costo

Esta política asume en forma directa desde el Estado la provisión de los bienes y servicios vinculados a los cuidados de las enfermedades catastróficas. Se trata de un modelo de integración vertical, en la medida en que el mismo Estado financia, normatiza y provee los cuidados. Para ello, se utilizan los servicios de salud públicos y se realizan adquisiciones centralizadas de medicamentos de alto costo e insumos necesarios para los cuidados. Brasil aplica este modelo bajo la forma de programas verticales relativamente independientes, pero que adquieren los medicamentos de alto costo en forma centralizada.

Este modelo permite captar economías de escala y facilita una distribución de los servicios según las necesidades de la población, definidas en función de criterios sanitarios. Sin embargo, su funcionamiento presenta las mismas restricciones que registra, en general, el funcionamiento de los servicios públicos de salud, donde suelen faltar incentivos y sanciones para garantizar tanto el acceso como la calidad.

6. ¿Por qué debería implementarse un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEC)?

Un seguro nacional permitiría discriminar en forma positiva y explícita el abordaje de las patologías catastróficas. Es decir, los seguros de salud quedan eximidos de cubrir un grupo de patologías que pasan a ser cubiertas por un seguro único de alcance universal que protocoliza su tratamiento e implementa mecanismos que aseguren su financiación y verifiquen su prestación.

Esta estrategia aumenta el acceso a las prestaciones en forma suficiente, apropiada y oportuna; homogeneiza la calidad de la atención; aumenta la previsibilidad de los gastos y facilita la regulación de prestadores y prestaciones. De este manera **se resuelven simultáneamente los problemas de eficiencia (al racionalizar el gasto) y de equidad (al garantizar a todos los habitantes el acceso a los cuidados).**

Este mecanismo busca no sólo que toda la población sea cubierta sino que, como garantiza explícitamente un protocolo de cuidados al ciudadano, también apunta a verificar que las prestaciones se brinden en tiempo y forma. **Así, esta política resuelve también el dilema de la heterogeneidad en la calidad de las prestaciones.**

En definitiva, el SENEK propone una cobertura universal que consolida el derecho de todos los habitantes a la asistencia adecuada, cumpliendo, además, con aspectos fundamentales que la convierten en la mejor opción para el contexto argentino:

- **Calidad:** permite alcanzar un servicio de salud más homogéneo, adecuado y seguro.
- **Efectividad:** se sustenta en los avances de la medicina basada en evidencia, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica e implementando modelos de atención adecuados a las necesidades.
- **Eficacia:** al regular la demanda de bienes y servicios busca adecuar crecientemente la oferta y provisión de servicios a las necesidades sanitarias de la población.
- **Eficiencia:** reúne el pool de riesgo adecuado y capta economías de escala en la adquisición de medicamentos de alto costo (MAC) y la contratación de servicios médicos de alta complejidad.
- **Equidad:** provee servicios homogéneos de calidad, con independencia del nivel de ingreso y el tipo de cobertura de la población.
- **Gradualidad:** su implementación en etapas puede expandir la integralidad y la cobertura poblacional en forma progresiva.
- **Sostenibilidad:** incorpora población (cobertura horizontal) y protecciones (cobertura vertical) gradualmente y, en la medida en que se alcancen resultados en los niveles de eficiencia, logrará extender la cobertura y contener los costos.
- **Sostenibilidad financiera:** genera un pool de riesgo adecuado para la cobertura de estas enfermedades, que constituye una respuesta más efectiva que las respuestas fragmentadas o individuales que existen actualmente.

Crear este Seguro implica disponer de una institución social o pública que actúe como único comprador de bienes y servicios vinculados a las protecciones necesarias para dar respuesta a estas enfermedades, el cual requiere contar con fuentes estables de financiación, ya sean contribuciones sociales o recursos fiscales.

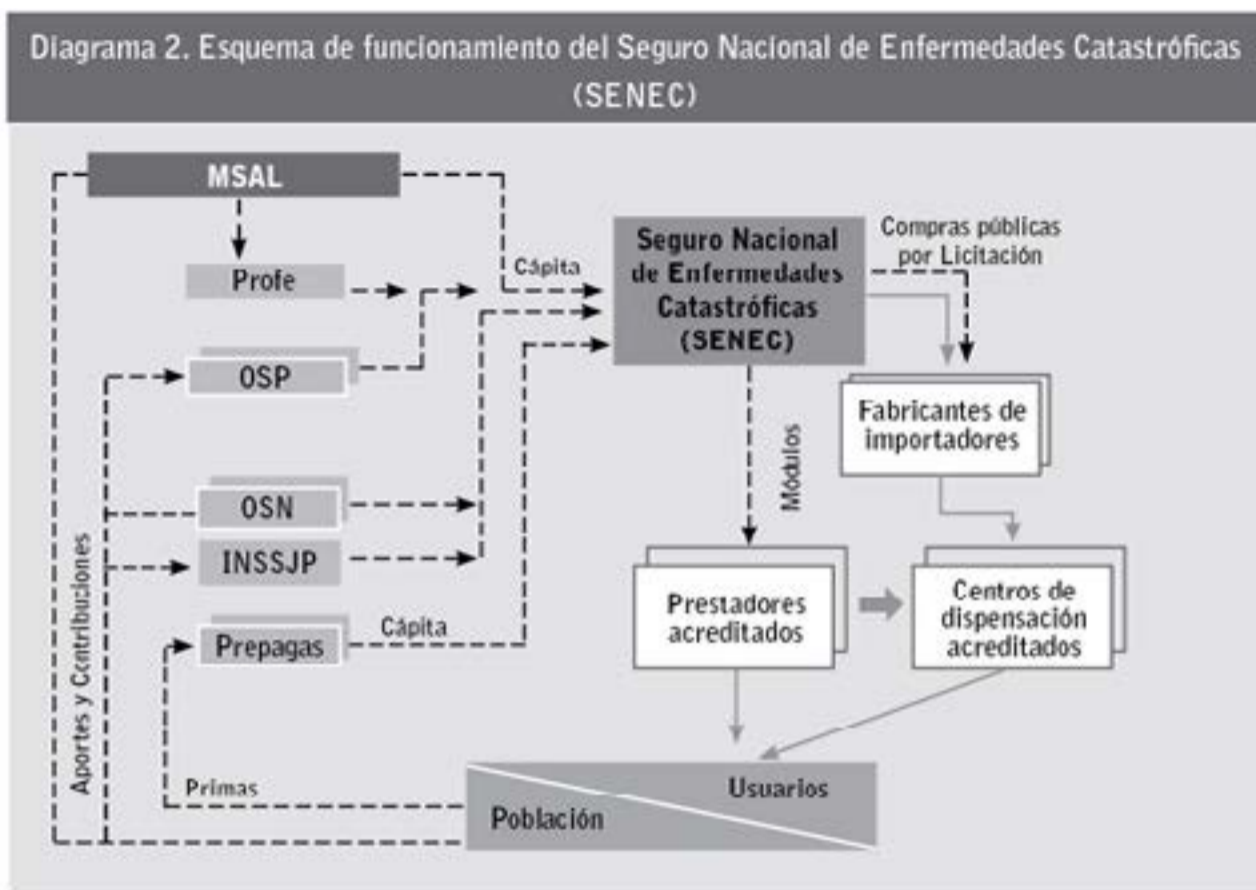
El instrumento para implementar esta respuesta será un Fondo Federal de Enfermedades Catastróficas, que tendrá la función de financiar prestaciones médicas altamente especializadas y de demostrada efectividad. Esto permitirá que las prestaciones estén disponibles para toda la población y que se realicen con calidad y en condiciones de sostenibilidad económica y financiera. Recibirá aportes del Ministerio de Salud de la Nación, los financiadores de la seguridad social (OSN y OSP) y los seguros privados (prepagas) que adherirán en forma voluntaria, siendo su aporte capitado de acuerdo al número de personas que se encuentre bajo su cobertura.

Este modelo de financiación mediante fuentes estables e independientes evitará el recurso a copagos, que actúan como una barrera al acceso y generan el empobrecimiento de los pacientes.

La implementación de la protección social frente a enfermedades catastróficas debe realizarse por etapas. El objetivo final consiste en alcanzar cobertura universal, pero las acciones se iniciarán desde el sector público, privilegiando el acceso de quienes no tienen seguro de salud y de quienes están asegurados por el Programa Federal de Salud (PROFE). En segundo lugar, se buscará integrar dentro del mismo esquema de aseguramiento a las OSP y sus beneficiarios. A partir de entonces, se habrá consolidado un seguro federal y el correspondiente fondo de enfermedades catastróficas, al que cada esquema de cobertura deberá aportar una cápita por beneficiario cubierto.

El tercer paso consistirá en abrir la posibilidad a que OSN y las prepagas se incorporen dentro del SENE. La adhesión de estas entidades no sería obligatoria, mas resultaría conveniente y deseable para ellas, en tanto conseguirían una respuesta homogénea en calidad para sus beneficiarios, a un costo bajo, estable y previsible.

El diagrama 2 sintetiza el esquema de funcionamiento del SENE.



Fuente: CIPPEC.

Aclaraciones: MSAL (Ministerio de Salud de la Nación), Profe (Programa Federal de Salud), OSP (Obras Sociales Provinciales), OSN (Obras Sociales Nacionales) y INSSJP o PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados).

7. Escenarios alternativos para la construcción del Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEC)

Luego de evaluar diferentes opciones para enfrentar el desafío que plantea la cobertura de las enfermedades catastróficas, y una vez seleccionada la alternativa de política a implementar en el contexto argentino, este estudio evaluó su factibilidad y eficiencia en términos económico financieros. Para ello se analizan escenarios alternativos de implementación del SENEK, que involucran diferentes estrategias de reducción de costos.

La metodología utilizada incluyó los siguientes pasos:

- **Selección de las patologías** a ser cubiertas por el SENEK, como resultado de la discusión con los actores involucrados en la financiación de las enfermedades catastróficas⁹.
- **Relevamiento y selección de protocolos** para el tratamiento de las patologías seleccionadas, mediante la evaluación de las guías de tratamiento disponibles.
- **Determinación del costo anual promedio del tratamiento de cada patología** (incluye servicios médicos y de diagnóstico y medicamentos), a partir de los protocolos relevados¹⁰.
- **Simulación de cuatro escenarios de implementación del Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEK)**. Estas cuatro alternativas evalúan específicamente opciones de reducción del gasto operativo del SENEK. Este ejercicio se centró en el componente de medicamentos, que es el de mayor peso y el que registra mayor inflación en el tratamiento de las enfermedades catastróficas.

En el **anexo I** se presentan más detalles de la metodología utilizada.

7.1 Resultados

El ejercicio de costeo permitió, en primer lugar, calcular el costo total del tratamiento para cada patología en el modelo actual.

El **cuadro 1** presenta los costos anuales de los principales medicamentos para cada patología y del tratamiento total para las mismas (incluye la medicación principal y los servicios de diagnóstico y médicos).

En el **anexo II** se presenta la memoria de cálculo para llegar a estos datos para cada patología.

Cuadro 1. Enfermedades catastróficas seleccionadas. Costo anual de la medicación principal (menor, mayor y medio) y costo total del tratamiento (medicación y servicios de diagnóstico y médicos) por paciente. En pesos. Argentina, 2011				
Patología	Costo menor de la medicación principal	Costo mayor de la medicación principal	Costo medio de la medicación principal	Costo total del tratamiento
Enfermedad de Gaucher	1 332 923	1 332 923	1 332 923	1 568 144
Enfermedad de Fabry	1.029.101	1.029.101	1.029.101	2.058.202
Enfermedad Pompe	1 201 382	1 201 382	1 201 382	2 402 764
Enfermedad Crohn	206.479	950.632	702.581	2.602.153
Fibrosis Quística	195.452	222.896	209.568	419.137
Tratamiento con Hormona de Crecimiento	120.893	316.303	239.564	479.129
Insuficiencia Renal Crónica- Tratamiento con diálisis	–	–	–	57.000
Insuficiencia Renal Crónica- Tratamiento Post-Trasplante	17.917	812.958	95.162	190.325
VIH-SIDA	3.365	20.773	7.551	8.484
Hemofilia	2.157.272	2.836.521	2.595.040	3.052.988
Esclerosis múltiple	429.325	479.780	453.929	907.858
Mieloma Múltiple	52.147	53.311	52.919	132.297
Tumores del Sistema Nervioso Central	167.919	343.756	275.739	551.479
Hepatitis C	87.141	118.023	102.498	204.996
Leucemias	16.381	20.592	17.987	35.973
Tumores del Estroma Gastrointestinal-GIST	382.049	382.049	382.049	764.098
Cáncer de mama	58.124	98.659	76.607	153.214
Cáncer de riñón	645.935	711.383	685.159	1.370.317
Cáncer colon-rectal	185.980	262.480	226.950	453.900

Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de Genzyme, Lazar, Roche y Guía Kairos.

La información generada en el ejercicio de costeo permitió desarrollar la simulación del gasto operativo de un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEC), en cuatro escenarios alternativos de implementación. La propuesta incorpora los siguientes supuestos:

- **Cobertura universal de la población argentina** frente al conjunto de patologías catastróficas seleccionadas.
- **Reducción del costo de los tratamientos por economías de escala en adquisiciones y contrataciones.** Al centralizar compras es posible conseguir precios menores, aun en los casos de productos monopólicos.
- **Reducción del costo de los tratamientos por racionalización de las prestaciones al incorporarse protocolos de tratamiento.**

En este contexto, a continuación se describen los escenarios alternativos.

ESCENARIO 1

En el primer escenario se alcanzaría la cobertura universal de las **18 patologías** a través de la extensión de la cobertura a toda la población, utilizando el **modelo de provisión actual de las obras sociales nacionales (OSN) y de las empresas de medicina prepaga**. Es decir, sin protocolizar tratamientos y reembolsando los tratamientos a precios de venta al público.

En este escenario inicial, el gasto anual del SENECS en medicamentos alcanzaría los **\$14.704,38** millones. Este valor total se obtiene tras multiplicar los costos unitarios estimados (ver columna de costo medio de la medicación principal, del cuadro 1) por la prevalencia estimada para cada patología catastrófica (ver número estimativo de casos en la segunda columna del cuadro 3). El gasto anual de medicamentos por patología para el primer escenario se observa en la tercera columna del cuadro 3.

ESCENARIO 2

Para el segundo escenario se presume que todos los productos serán adquiridos a través de **compras centralizadas**. Esto permitiría obtener beneficios tanto por economía de escala como por la reducción de costos de intermediación.

Para estimar las **economías de escala** posibles se asumió como factible el extrapolar a la Argentina la normativa asumida por Brasil, en la que se establece que las compras públicas deben involucrar un descuento de al menos 24,69% sobre el precio de salida de laboratorio¹¹. Aunque generalizar este descuento para todos los medicamentos podría parecer simplista, es una opción sensata según el análisis de estudios anteriores¹².

En segundo lugar, para estimar la **reducción de los costos de intermediación** se partió de investigaciones anteriores sobre la formación de precios de los medicamentos en la Argentina, que concluyeron que el precio de venta al público (PVP) equivale a un 151% del precio de salida de laboratorio (o en otros términos, que el precio de salida de laboratorio equivale al 66% del PVP)¹³.

Aplicando ambos factores de corrección a la vez, el descuento potencial que podría obtenerse es del orden del 50%. El gasto anual en medicamentos por patología para el segundo escenario se encuentra en la cuarta columna del cuadro 3. Como se observa, en este caso el gasto anual en medicamentos del SENECA alcanzaría los \$ **7.352,19** millones aproximadamente.

ESCENARIO 3

Para este escenario se consideró **eximir a estos medicamentos del Impuesto al Valor Agregado (IVA)**, es decir, del 21% del precio final del producto. Esta reducción se puede concretar mediante compras a través de organismos internacionales, que ya están exentos de IVA, o bien por la creación de un marco legal que lo permita.

Desde el punto de vista fiscal, esto involucra una renuncia puesto que el Estado dejaría de recaudar recursos. Sin embargo, se trata de una recaudación distorsiva. Por un lado, porque no existe abuso moral en el consumo de medicamentos de alto costo (en su mayoría inyectables y con fuertes efectos adversos). Por el otro, porque la Argentina es el segundo país del mundo con mayor carga tributaria aplicada a los medicamentos (ver cuadro 2). En otros países de la región como Perú e incluso Brasil, existen listados de medicamentos de alto costo protegidos que son exonerados.

En Argentina, el Estado en sus diferentes jurisdicciones (nacional, provinciales y municipales) recurrió a contratos de intermediación con agentes multilaterales como los programas de Naciones Unidas, en particular el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) y UNOPS (Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos), o mediante el fondo rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos organismos realizan compras centralizadas por cuenta de terceros¹⁴. Al ser exonerados de pagar IVA, los medicamentos resultan un 21% más baratos. Se trata de un recurso sencillo que se podría utilizar para la puesta en marcha del SENEK. Sin embargo, resultaría conveniente que en el mediano plazo se lograra exención impositiva de los medicamentos así como la autonomía administrativa de esta instancia de intermediación que, por otro lado, tiene un costo de entre el 3% y el 5% del total de las compras.

Para asegurar que este ahorro no sea absorbido por los laboratorios, se podría acompañar la medida con la internacionalización de la compra. Esto significa realizar la compra de medicamentos a través de licitación pública internacional, utilizando precios testigo obtenidos entre los países que adquieren al menor precio.

Cuadro 2. Carga tributaria aplicada a los medicamentos en países seleccionados	
País	Carga tributaria
Brasil	33,8
Argentina	21
Austria	20
Perú	18
Chile	18
Alemania	16
El Salvador	13
Uruguay	12
Promedio países de América Latina	10,07
Italia	10
Grecia	7,5
Finlandia	7,5
Turquía	7,5
Bélgica	6
Holanda	6
Promedio países industrializados	5,8
Portugal	5
Japón	5
Paraguay	5
España	4
Suiza	2,5
Francia	2
Reino Unido	0
Canadá	0
Suecia	0
Estados Unidos	0
Nicaragua	0
Panamá	0
Colombia	0
México	0
Venezuela	0

Fuente: CIPPEC.

El gasto anual en medicamentos por patología para el tercer escenario se encuentra en la quinta columna del cuadro 3. Como se observa, en este caso el gasto anual en medicamentos del SENEK sería de \$ **11.616,46** millones.

ESCENARIO 4

A diferencia de los anteriores escenarios, este reúne **todas las estrategias de reducción de gastos** mencionadas previamente. Así, a los ahorros atribuibles a **compras centralizadas (escenario 2)** y **exenciones impositivas (escenario 3)**, se agregan las reducciones posibles a partir de la **prescripción racional de los medicamentos**.

Además, para aquellos tratamientos que registran una amplia variación de precios del mismo medicamento, es posible seleccionar la **alternativa terapéutica más económica del mercado**. Esta opción, combinada con las reducciones logradas mediante la economía de escala y exenciones impositivas, permite alcanzar el escenario de máximo ahorro.

De esta manera, el gasto anual en medicamentos por patología para el **escenario 4** sería de **\$ 3.761,58 millones**.

El **cuadro 3** presenta los gastos previstos en medicamentos para cada patología seleccionada y permite determinar los recursos que requería el SENECS para funcionar, en los diferentes escenarios alternativos. Para facilitar la apreciación de los datos, se presenta la estimación del costo que involucraría el SENECS por patología, total y capitado (valor anual y mensual).

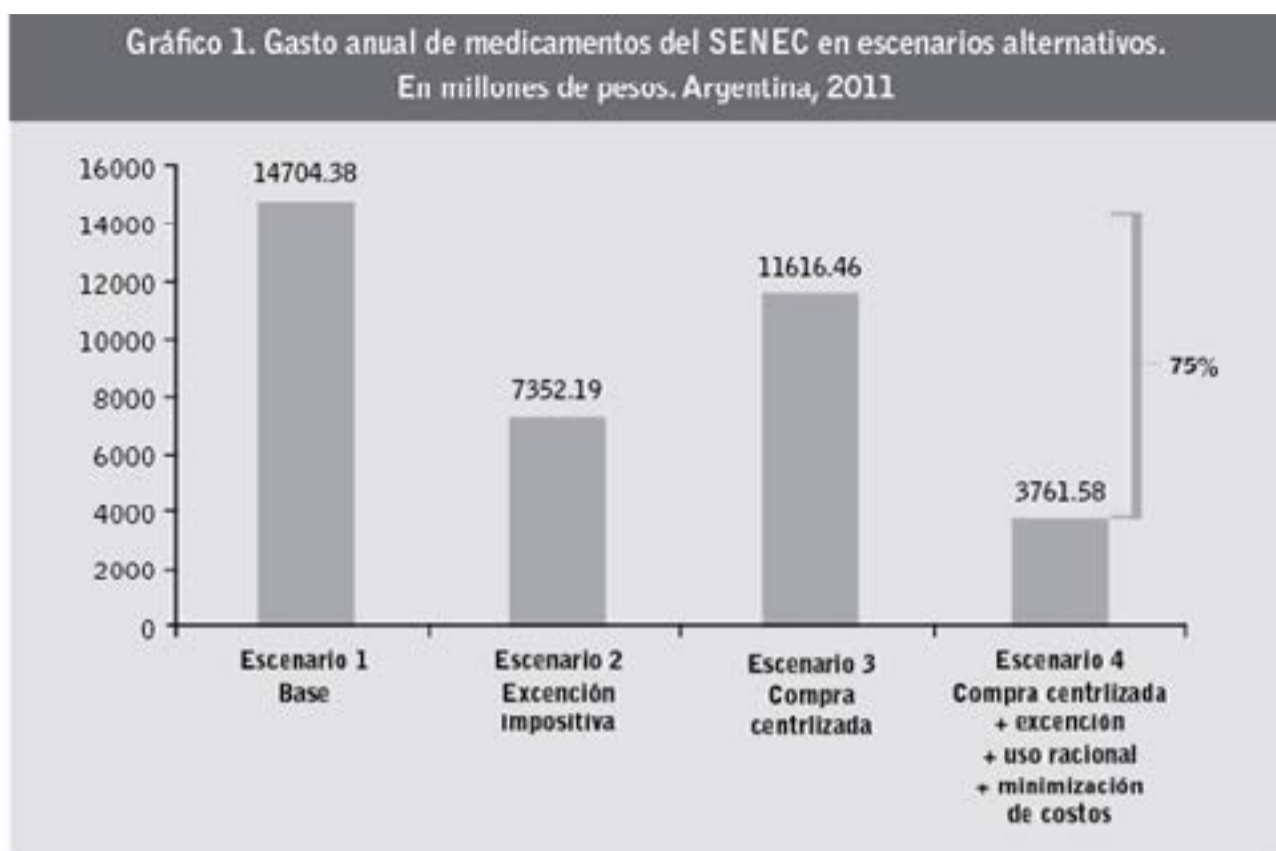
Cuadro 3. Gasto anual de medicamentos del Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas en su fase Inicial y en escenarios alternativos. En millones de pesos. Argentina, 2011					
Patología	Número estimativo de casos	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4
Enfermedad de Gaucher	160	213,27	106,63	168,48	168,48
Enfermedad de Fabry	85	87,47	43,74	69,10	69,10
Enfermedad de Pompe	6	7,21	3,60	5,69	5,69
Enfermedad de Crohn	320	224,83	112,41	177,61	177,61
Fibrosis Quística	1.200	251,48	125,74	198,67	198,67
Tratamiento con Hormona de Crecimiento	624	149,49	74,74	118,10	118,10
Insuficiencia Renal Crónica-Tratamiento con diálisis	26.355	-	-	-	-
Insuficiencia Renal Crónica-Tratamiento Post-Transplante	1.880	178,91	89,45	141,34	141,34
VIH-SIDA	41.000	309,60	154,80	244,58	244,58
Hemofilia	2.100	5.449,58	2.724,79	4.305,17	4.305,17
Esclerosis múltiple	6.500	2.950,54	1.475,27	2.330,93	2.330,93
Mieloma múltiple	1.600	84,67	42,33	66,89	66,89
Tumores del Sistema Nervioso Central	865	238,51	119,26	188,43	188,43
Hepatitis C	525	53,81	26,91	42,51	42,51
Leucemias	3.000	53,96	26,98	42,63	42,63
Tumores del Estroma Gastrointestinal-GIST	18	6,88	3,44	5,43	5,43
Cáncer de mama	18.717	1.433,85	716,93	1.132,74	1.132,74
Cáncer de riñón	750	513,87	256,93	405,96	405,96
Cáncer colon-rectal	11.000	2.496,45	1.248,23	1.972,20	1.972,20
Gasto Total		14.704,38	7.352,19	11.616,46	11.616,46
Gasto cápita anual (*)		366,54	183,27	289,56	289,56
Gasto cápita mensual(**)		30,54	15,27	24,13	24,13

Nota: (*) Para calcular el costo de la cápita anual se dividió el costo total de cada escenario por la población total del país, que asciende a 40.117.096 según el Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010, INDEC.

(**) Al valor de la cápita anual de la dividió por los doce meses del año.

Fuente: CIPPEC.

Como se observa en el siguiente gráfico, si se aplican las estrategias de reducción de costos que propone el **escenario 4**, el **gasto anual en medicamentos para el tratamiento de enfermedades catastróficas puede reducirse hasta en un 75%**.



Fuente: CIPPEC.

8. Conclusiones

Las enfermedades catastróficas constituyen un desafío creciente para los sistemas de salud porque el alto costo económico que involucra su tratamiento afecta a la sostenibilidad del sistema. En un contexto de recursos limitados, esto significa que se destinan cada vez más recursos a enfermedades que afectan a pocos, en detrimento de aquellas acciones de promoción, prevención y atención que alcanzan a una población más amplia.

En la Argentina no existe una cobertura homogénea y explícita frente a estos riesgos, sino respuestas heterogéneas y fragmentadas. Como se mencionó, las Obras Sociales Nacionales cuentan con un sistema de reaseguro o reembolso que en la práctica presenta grandes falencias y que actualmente está siendo revisado. Las prepagas, por su parte, se ven obligadas a cubrir estas enfermedades por medio de la vía judicial, que constantemente amenazan su solvencia económica. Al mismo tiempo, los ministerios provinciales intentan responder en forma aislada y desarticulada a la demanda creciente de aquellos que no cuentan con cobertura de seguros.

Es decir, existe una cobertura variada frente al riesgo de las enfermedades catastróficas, pero es poco equitativa y de dudosa sustentabilidad en el largo plazo. En este contexto, las obras sociales y las prepagas, que cubren cerca del 60 % de la población del país (INDEC, 2010), son los más vulnerables en términos económicos.

Frente a este desafío de política sanitaria, este documento presenta al Seguro Nacional para Enfermedades Catastróficas (SENEC) como la alternativa más adecuada para el contexto argentino. El estudio evidencia cómo esta estrategia resuelve simultáneamente tanto los problemas de inequidad en el acceso a cobertura y de heterogeneidad en la calidad de las prestaciones como aquellos asociados a la sostenibilidad económico financiera del sistema.

En esta línea, se muestran los beneficios de SENEK en diferentes escenarios de implementación. Entre el primer escenario, que representa la cobertura que actualmente brindan Obras Sociales Nacionales y Prepagas, y el último, que reúne todos los beneficios del SENEK, se alcanza una reducción del 75% en los costos de la cobertura. Esto significa que el SENEK en pleno funcionamiento, es decir brindando una cobertura explícita y de calidad homogénea a toda la población, tendría un costo menor al que hoy deben asumir algunos agentes del seguro (Obras Sociales Nacionales y prepagas). Esto se observa claramente al analizar el costo per cápita mensual: actualmente las Obras Sociales Nacionales y Prepagas asumen un costo de \$30,54 por persona cubierta (**escenario 1**) mientras que el SENEK (**escenario 4**) permitiría alcanzar un valor de \$7,81.

Estos resultados demuestran que el SENEK es una alternativa técnicamente viable y económicamente eficiente para resolver la cobertura de enfermedades catastróficas. Sin embargo, es una política de Estado que requiere una firme decisión política para su implementación. Es allí donde se vislumbran los mayores obstáculos.

Anexo I. Metodología utilizada

Este apartado detalla la metodología utilizada que se presentó sintéticamente en el cuerpo del documento.

Primer paso: selección de las patologías a ser cubiertas durante la primera etapa del SENE

Como resultado de la discusión con los actores involucrados en la financiación de las enfermedades catastróficas¹⁵, se estableció un listado de 18 patologías a ser cubiertas en una primera fase del Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas (SENEC).

Patologías seleccionadas
Enfermedad de Gaucher
Enfermedad de Fabry
Enfermedad de Pompe
Enfermedad de Crohn
Fibrosis Quística
Enfermedades con tratamiento de Hormona de Crecimiento
Insuficiencia renal crónica-IRC- Tratamiento. Con diálisis
Insuficiencia renal crónica-IRC- Tratamiento. Post Trasplante
VIH/SIDA
Hemofilia
Esclerosis Múltiple
Mieloma Múltiple
Tumores del Sistema Nervioso Central
Hepatitis C
Leucemias
Tumores del Estroma Gastrointestinal-GIST
Cáncer de mama
Cáncer de riñón
Cáncer de colon-rectal

Segundo paso: evaluación de las guías de tratamiento disponibles de las enfermedades catastróficas seleccionadas

Se relevaron fuentes secundarias nacionales e internacionales. La búsqueda se basó en la identificación de protocolos y guías de tratamiento que se encuentren publicadas en las páginas web oficiales de distintos países, así como en las páginas de las principales agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y epidemiología clínica existentes, entre las que se mencionan el *National Institute for Clinical Excellence* de Inglaterra, el *United States Preventive Task Force Services* de Estados Unidos, y el *Canadian Task Force Services* de Canada, entre otras.

Además, se realizaron búsquedas electrónicas en *journals* de acceso abierto y cerrado como el *New England Journal of Medicine*, el *Journal of the American Medical Association*, *The Lancet*, el *Journal of the American Family Association* y el *British Medical Journal*, entre otras publicaciones indexadas en Medline, LILACS y OVID. Asimismo, se relevaron las revisiones sistemáticas y meta-análisis disponibles en la Colaboración Cochrane. La información recabada fue evaluada según el grado de evidencia disponible.

Por otra parte, la información concerniente a incidencia, prevalencia, morbimortalidad, seguimiento, tratamiento y complicaciones de los problemas de salud abordados fue obtenida de las páginas web y departamentos de estadísticas de distintos países, así como de las agencias internacionales (WHO/PAHO) y los recursos provenientes de organizaciones de pacientes e instituciones académicas. Si bien la mayor parte de la información presentada puede hallarse en la bibliografía, en algunos casos debieron realizarse estimaciones para completar faltantes de información. Este es el caso, por ejemplo, de la distribución e incidencia de las distintas opciones de tratamiento en aquellas enfermedades que presentaban más de una alternativa.

Respecto de los tratamientos, estas enfermedades presentan recomendaciones con distinto grado de evidencia científica. Algunas de las patologías mencionadas requieren de un solo Medicamento de Alto Costo (MAC) y otras contemplan la utilización de más de uno, así como otros medicamentos involucrados en el tratamiento.

Tercer paso: determinación del costo anual promedio en el tratamiento farmacológico

Este valor se estimó a partir del costo unitario de la medicación involucrada y la posología promedio recomendada para la enfermedad. En aquellos casos en los que la dosis del medicamento se relaciona con el peso del paciente, se tomó como medida estándar una persona adulta de 70 kg. y una superficie corporal de 1,73 y en pacientes pediátricos, una niña/o de 30 kg. y 0.6 m². Estos datos fueron procesados mediante hojas de cálculo Excel y presentados en tablas comparativas.

Para la determinación de los costos se realizó:

a. Una selección de los medicamentos involucrados en el tratamiento de la enfermedad, cuando el tratamiento incluye en muchas ocasiones varios medicamentos.

b. Un relevamiento de las marcas comerciales disponibles en la Argentina para cada una de las drogas, sus formas de presentación y precios. Mediante el relevamiento de fuentes secundarias (Manual Farmacéutico Kairos y Alfa beta) y, para los medicamentos cuyo precio no figuran en el manual farmacéutico, el precio de venta fue informado por el laboratorio. Este es el caso del laboratorio Genzyme: Myozyme, Fabrizyme y Cerezyme; del laboratorio Roche: Pegazys y Transtuzumab; del Laboratorio Lazar: Talidomida. En el caso de los laboratorios que no informaron los precios, se tomaron precios publicados en diferentes artículos.

c. Determinación del precio de cada forma de presentación comercial y por unidad. La unidad fue definida como ampollas, comprimidos o frasco de jarabe de acuerdo con presentación comercial. Más allá de que muchas veces los tratamientos responden a UI (unidades internacionales), se tomó como unidad el criterio utilizado en los pliegos de adquisiciones, en tanto la matriz utilizada fue completada, en casos como VIH/SIDA, por las áreas de adquisiciones o compras.

d. Cálculo del costo promedio de tratamiento. Se consideró un año de tratamiento, más allá de que la enfermedad requiera dos años (por ejemplo en las patologías oncológicas). Asimismo, se consideraron todas las presentaciones disponibles de cada droga. Únicamente fueron excluidas las presentaciones cuya fecha de actualización de precios superaba los dos años en el Manual Kairos o en el Alfa beta.

e. Cálculo de los costos extremos (bajo y alto) de tratamientos. A tal efecto se consideró el cálculo del tratamiento. Se tuvieron en cuenta los tratamientos de menor costo como los de mayor costo, en los casos en los cuales se haya detectado más de una presentación con precio diferente que al calcular el tratamiento refleje diferentes opciones de costos.

f. Establecimiento de un costo medio, alto y bajo ponderado para cada patología. El cálculo se realizó a partir de las tasas de uso de cada uno de los esquemas de tratamiento y los costos de los mismos. La fórmula aplicada fue:

$$\text{Costo medio ponderado} = F_1 \times C_1 + F_2 \times C_2 + \dots + F_n \times C_n$$

Siendo

F: frecuencia de utilización de una terapéutica determinada.

C: costo del tratamiento con una terapéutica determinada.

Limitaciones del método

Se consideró una aproximación al costo total de las enfermedades sobre la base de las descripciones de fuentes secundarias en los que se establece un porcentaje del costo vinculado a los medicamentos, que sí fueron calculados en cada caso. El porcentaje correspondiente a los otros servicios se realizó sobre la base de bibliografía y, cuando no se contó con la información o la misma tenía más de 4 años de vigencia, se realizó una aproximación a un 50%.

La definición de los esquemas terapéuticos para el cálculo de los costos de los tratamientos farmacológicos y algunos servicios de alto costo —como la diálisis en la IRC y el trasplante medular en Leucemia y Mieloide Múltiple— se realizaron, en la mayoría de los casos, sobre la base de recomendaciones internacionales y bibliografía especializadas, a excepción de VIH/SIDA, Hepatitis C, Insuficiencia renal que cuentan con protocolos publicados por el Ministerio de Salud.

Anexo II. Detalle de cada patología

Enfermedad de Gaucher

Es considerada una enfermedad rara, con mayor prevalencia en la población judía ashkenazi. Es causada por el déficit de glucocerebrosidasa, siendo la primera enfermedad de depósito en frecuencia.

Su prevalencia se estima en 1 caso cada 250.000 habitantes y su incidencia, en 1 cada 18 millones de personas por año¹⁶. En EEUU¹⁷ existen 20.000 casos de esta enfermedad, estimándose alrededor de 30.000 casos a nivel mundial. En Argentina se estiman 300 casos de la misma, de los cuales 51 están cubiertos por el Programa Federal de Salud (PROFE).

Los pacientes se clasifican en 3 tipos, de acuerdo con sus signos y síntomas. El tipo I es el más frecuente de los tres (aproximadamente 90% de los casos) y es el único para el cual hay evidencia respecto a la efectividad de tratamiento con Imiglucerasa.

La edad de comienzo de los síntomas es variable, desde los primeros meses de vida a la adultez, habiendo casos que nunca presentan manifestaciones clínicas. En la mutación de presentación más frecuente, la edad promedio de aparición de los síntomas es 30 años¹⁸.

El costo medio anual es de 423150 US\$ del tratamiento con Imiglucerasa (Cerezyme de Genzyme), para una paciente de 70 kg. y a una dosis de 60 UI (30-60 UI) que es la más utilizada, pero la dosis varía en la literatura, se recomienda utilizar la menor dosis que controle los síntomas.

Al analizar la población tratada bajo el PROFE se observa un costo de alrededor de 230000 US\$ por paciente. Esto se debe a que el peso promedio de los pacientes bajo tratamiento es de 45 kg. Existen grandes variaciones en los costos del tratamiento frente a pequeños ajustes asociados a la gestión clínica. Por ejemplo, si se ajusta la dosis y en lugar de 60 UI el tratamiento es de 30 UI, para un paciente de 70 kg el costo anual sería de 211000 dólares/año versus 423000 correspondiente al de 60 UI. Esto demuestra la existencia e importancia de la variabilidad de la práctica clínica, una cuestión fundamental al momento de implementar un Seguro de Enfermedades Catastróficas¹⁹. El precio de venta al público del producto fue informado por Genzyme dado que no está publicado en los manuales farmacéuticos de consulta habitual en las farmacias.

Enfermedad de Fabry

Esta enfermedad, causada por el déficit de alfa galactosidasa A (Fabrazyme de Genzyme), se incluye dentro del grupo de enfermedades metabólicas hereditarias de depósito lisosomal²⁰.

Es la segunda en frecuencia, después de Gaucher, con una prevalencia de 1/17000-1/117000 en hombres caucásicos²¹. Su expectativa de vida actual es de alrededor de 48 años.

Como en gran parte de las enfermedades raras, existe un importante retraso en el diagnóstico, habiéndose reportado un promedio de 14 años entre la aparición de los síntomas y el arribo al diagnóstico²².

El tratamiento para esta enfermedad es: la Agalsidasa A y la B. En niños menores de 7 años de edad²³, aún no se ha establecido la seguridad y la eficacia del tratamiento. El costo medio anual del tratamiento es cercano al millón de pesos.

Enfermedad de Pompe

Esta enfermedad metabólica hereditaria (autosómica recesiva) extremadamente rara, está incluida dentro de los errores innatos del metabolismo²⁵. Pertenece al grupo de las glucogenosis, enfermedades producidas por depósito o acúmulo de glucógeno.

Se estima una prevalencia de 5000-1000 personas²⁶ y una incidencia global de 1/40000 nacidos vivos, siendo ésta de 1/138000 en enfermedad infantil clásica y 1/57000 en enfermedad tardía. La edad media al diagnóstico es de 4,7 meses²⁷.

El medicamento utilizado para el tratamiento de la Enfermedad de Pompe es Alfa Glucosidasa A (Myozyme de Genzyme) y el costo anual promedio del tratamiento es de 190000 dólares.

Enfermedad de Crohn

Esta enfermedad, así como la Colitis Ulcerosa, son conocidas con el nombre de Enfermedad inflamatoria intestinal. Su causa es desconocida y tiene un curso crónico. Tiene un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de la vida, y otro pico alrededor de los 70 u 80 años. La prevalencia es variable en diferentes países.

Si bien la enfermedad de Crohn puede hallarse desde la boca hasta el ano, la mayoría de los pacientes sintomáticos pueden ser clasificados en tres grupos anatómicos²⁷:

1. Enfermedad de intestino delgado solamente (30 a 40%)
2. Enfermedad de intestino delgado e intestino grueso (40 a 55%)
3. Con colitis solamente (15 a 25%)

Entre el 50% y el 80% de los pacientes con la enfermedad requerirán una cirugía en algún momento de la evolución.

Las drogas de mayor costo para el tratamiento son el Infliximab y el Adalimumab, que están indicadas para los casos de enfermedad severa y/o refractaria a los tratamientos habituales²⁸ (5-Sulfazalazina, mesalazina, corticoides, azatioprina, metotrexato). Ambos medicamentos también se utilizan para el manejo de enfermedades como Artritis Reumatoidea, Espondilitis Anquilosante, Psoriasis y Artritis Psoriásica.

El costo anual promedio del Adalimumab es 4,6 veces más barato que el infliximab (Cuadro 1 A).

En un estudio español²⁹, los fármacos representaron el 33 % de los costos (27% por terapias biológicas monoclonales) y las internaciones un 57% (4500 Euros por paciente por año).

Cuadro 1 A. Enfermedad de Crohn. Costo medio anual de la medicación principal. En pesos. Argentina, Agosto de 2011				
Druga	Nombre comercial	Laboratorio	Precio en Argentina Por Unidad	Costo anual promedio
Infliximab	Remicade	Schering Pl	8128	950632,2
Adalimumab	Humira	Abbott	5083	206479,22

Fuente: CIPPEC, sobre la base de los precios del Manual Kairos y Charreau, J-Medicamentos de Alto costo.

Fibrosis Quística

Esta enfermedad es también conocida con el nombre de Enfermedad Fibroquística del Páncreas, es la enfermedad autosómica recesiva letal más frecuente en la población de raza blanca.

Su prevalencia se estima en 30000 (EEUU) y su incidencia, de 1 en 2000 o 3000 recién nacidos vivos y de 1 en 30 portadores sanos³⁰. La edad de diagnóstico es alrededor de los 2 años y la expectativa de vida se incrementó notablemente en los últimos años, alcanzando los 37 años de vida.

Los dos medicamentos de alto costo involucrados en el tratamiento son: la Alfa Dornasa y la Tobramicina Aerolizada.

A diferencia de la Alfa Dornasa en la que hay un laboratorio único, la Tobramicina cuenta con presentaciones de siete laboratorios, con lo que se trataría de un mercado competitivo (**Cuadro 2 A**). Se observa que la diferencia entre el tratamiento más caro y el más barato es de un 30%.

Al calcular el costo anual del tratamiento con Tobramicina se consideró un promedio de \$ 200.000. Respecto de la Tobramicina, en el 2010, ocho laboratorios contaban con presentaciones aerosolizadas (y es así que este sería un mercado competitivo porque son más de seis)³¹, pero al comparar el año 2010 con el 2011 se detecta que dos laboratorios ya no figuran en el manual Kairos y tres no actualizaron sus precios en los últimos tres años, lo que hace pensar que están fuera del mercado. Es decir que la existencia de solo tres presentaciones transforma en un año a ese mercado en poco competitivo. Quedan así las presentaciones de: Tetrafarm, Teva Tuteur y LKM, cuyo precio sufrió un incremento del 13, 15 y 21% en el último año. Si se considera solo el costo de estos tres tratamientos, la diferencia entre el tratamiento más caro y el más barato es de un 23%³².

Cuadro 2 A. Tobramicina aerolizada. Diferentes presentaciones comerciales y costo anual de tratamiento. En pesos. Argentina, 2011

Nombre comercial	Laboratorio	Precio en Argentina Pesos	Costo promedio anual de tratamiento Pesos
		2011	2011
Roche	1253	1253	76197
Tetrafarm	40659	40659	265010
Quim Luar	28600	28600	186411
Permatec	24098	24098	157067
Teva Tuteur	50016	50016	325997
Cassara	29400	29400	191625
LKM	45472	45472	296380

Notas: (1) El cálculo de precio por unidad se realizó sobre la base de los precios del Manual Kairos y se consideraron las presentaciones de 56 ampollas. Solo 3 laboratorios cuentan con presentaciones de 28 (Tetrafarm, Quim Luar y DOSA) (2) Se realizó el cálculo sobre la base de 600 mg por día con 28 días de tratamiento alternados con un descanso de 28 días.
Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de manual farmacéutico Kairos.

Déficit de Hormona de Crecimiento

La Hormona de Crecimiento es producida por la glándula hipófisis, y es esencial para el crecimiento en niños. Su déficit conduce a un retraso en el crecimiento. Se promueve el tratamiento sustitutivo en las siguientes situaciones clínicas:

- Niños con déficit de hormona de crecimiento
- Niños con baja estatura idiopática (controversial)
- Insuficiencia renal crónica en niños que no han sido trasplantados
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Prader-Willi

El déficit es causa frecuente de baja talla en niños. Hasta un 25% de pacientes con 3 o más desvíos estándar por debajo de la media para su edad presentan déficit de esta hormona³³.

Una vez definido tal déficit y la necesidad de tratamiento sustitutivo, los resultados deben ser reevaluados periódicamente y, en casos de pobre respuesta, el tratamiento deberá ser suspendido.

En base a la necesidad de reevaluación para definir la continuidad del tratamiento, la duración del mismo es variable, siendo en promedio de 10 años.

El tratamiento con Somatotropina es provisto por seis laboratorios y la brecha entre la opción más costosa es 2,3 veces más cara que la más económica (Cuadro 3 A), siendo las variaciones del costo de tratamiento según el precio en farmacias entre 73 y 180000 pesos al año.

Cuadro 3 A. Hormona de crecimiento. Presentaciones comerciales y costo anual promedio del tratamiento. En pesos. Argentina, 2011

Nombre comercial	Laboratorio	Costo promedio anual por tratamiento
		2011
Biotropin	IVAX	136445
Genotropin	Pfizer	164073
Genotropin	Pfizer	164073
HHT	Sidus	73543
Hutrope	Eli Lilly	161788
		161781
Norditropin nordiflex	Novo Nordisk	154855
		154874
		154873
		135605
		135654
		135654
		135654
Saizen	Merck Serono	186474
Saizen 8 mg Click Easy		192418

Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de manual farmacéutico Kairos.

El tratamiento es en base a unidades. Algunas presentaciones son en unidades y otras en miligramos (1mg = 3 UI). Se relevaron los precios de manual Kairos y se consideró el tratamiento de niños con un peso promedio de 30 kg.

En lo referido a la variabilidad clínica, existe un grupo de profesionales que sostienen que con la marca que se inicia el tratamiento es con la que se debe continuar, pero es limitada la evidencia científica que avala esta decisión.

Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad renal crónica (ERC)³⁴ empeora lentamente con el tiempo. En las etapas iniciales, puede que no haya ningún síntoma. La pérdida total de la función tiende a demorar meses o años y puede ser tan lenta que los síntomas no son perceptibles hasta que el funcionamiento del riñón es menor a una décima parte de lo normal.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT). Los riñones ya no funcionan y el paciente necesita diálisis o un trasplante de riñón.

La enfermedad renal crónica y la enfermedad renal terminal afectan a más de 2 de cada 1000 personas en los Estados Unidos. La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.

Muchas otras enfermedades y afecciones pueden dañar los riñones, incluyendo:

- Problemas con las arterias relacionadas con los riñones.
- Anomalías congénitas de los riñones (como la poliquistosis renal).
- Algunos fármacos y químicos tóxicos.
- Trastornos autoinmunitarios (como lupus eritematoso sistémico y esclerodermia).
- Lesión o traumatismo.
- Glomerulonefritis.
- Infección y cálculos renales.
- Nefropatía por reflujo.

En esta patología cabe destacar dos etapas, pretransplante renal y postransplante. En la primera el paciente requiere de diálisis y en la segunda de medicación inmunosupresora.

El precio anual de la cobertura en diálisis de los pacientes es cercana a \$60000/año, el porcentaje mayoritario de la provisión de servicios de diálisis en la Argentina es de Fresenius Medical Care y Confederación de diálisis de centros argentino.

Luego de un trasplante renal, el tratamiento inmunosupresor constituye un elemento fundamental para evitar el rechazo del órgano trasplantado.

Existen múltiples drogas aprobadas para este fin, siendo habitual la combinación de ellas para aumentar la efectividad del tratamiento. La combinación más utilizada incluye: Prednisona + un Anti metabolito (Azatioprina, Micofenolato) + un Inhibidor de Calcineurina (Ciclosporina, Tacrolimus).

Los medicamentos de alto costo implicados en este tratamiento son:

- Micofenolato
- Tacrolimus
- Everolimus
- Sirolimus
- OKT3 (monoclonal antilinfocitos)
- ATG (policlonal antilinfocitos)

El Everolimus y el Sirolimus tienen un único laboratorio fabricante (Cuadro 4 A).

Cuadro 4 A. Tratamientos inmunosupresores. Presentaciones comerciales en comprimidos y costo anual promedio del tratamiento. En pesos. Argentina, 2011					
Droga	Nombre comercial	Presentación	Laboratorio	Precio en Argentina	Costo promedio anual
				2011	2011
Tacrolimus	Prograf	0,5 mg X 50	Gador	817	125246,10
		1 mg X100		2516,87	96459,04
		5 mg X50		6300,64	96588,81
		0,5 X50		1060,61	812957,57
	Prograf XL	1 X 50		776,95	119106,44
		5X 50		1197,29	91772,28
		0,5X 50		5987,28	91785,00
Tacrolimus	Tacroninmun	1X 100	LKM	484	74197,20
		5X 50		1492	57180,90
		0,5 X100		3730	57180,90
		0,5X 50		559	428473,50
	Litacro 0,5	1X100	DOSA	1237,11	94824,48
		1X50		650	99645,00
	Litacro 1	250 X100		2120	81249,00
		500X 50		1060	81249,00
Micofenolato	Cellcept	500X 50	Roche	979,12	21442,73
		250X 100		979,12	21442,73
	Imuxgen	500 X 50	Bioprofarma	1005,4	22018,26
	Micofenolato Mofetil Varifarma	500 X 50	Varifarma	818,15	17917,49
		500X 40		818,15	17917,49
	Micofenolato Mofetilo 500	500 X 50	Sandoz	933,2	20437,08
	Mycoldosa 500	500 X 60	DOSA	786,5	21530,44
		180 X120		922	20191,80
		360 X 120		1128,5	20595,13
	Myfortic	0,25 X60	Novartis	1390,48	35244,81
0,5X 60		2780,85		35243,41	
Everolimus	Certican	0,75X 60	Novartis	1599,64	87580,29
		0,5 mg X 50		3199,34	87581,93
		1 mg X100		4790,99	87501,57
Sirolimus	Rapamune	1mg X 60	Wyeth	4954,21	60276,22
		2mg X 30		4954,21	60276,22

Fuente: Elaboración propia en base a datos de manual farmacéutico Kairos.

VIH/SIDA

La prevalencia de VIH en la población argentina es menor al 1%, si bien existen grupos poblacionales en los que dicha prevalencia supera el 5%. Se calcula que habría unas 130000 personas afectadas por el virus, si bien solo la mitad de ellas conocerían su condición. Entre quienes la conocen, la gran mayoría se encuentra bajo seguimiento por los servicios de salud. 41000 personas reciben medicación antirretroviral, de la cuales dos tercios la obtienen por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

A su vez, existen tres líneas de tratamiento con diferentes alternativas terapéuticas dependiendo de la resistencia viral y de las condiciones clínicas de cada paciente. Se estima que un 63% de los pacientes estarían recibiendo una primera línea de tratamiento, un 33% recibiría una segunda línea o bien una primera línea con inhibidores de la proteasa y un 4% estaría recibiendo una tercera línea o tratamiento de rescate³⁵. El **Cuadro 5 A** refleja la distribución de costos bajo, medio y alto de tratamiento de VIH/SIDA según los diferentes esquemas terapéuticos.

Cuadro 5 A. Distribución de costos bajo, medio y alto de tratamiento de VIH/SIDA para adultos y niños. En pesos. Argentina, 2011				
Tratamiento de VIH/SIDA	Frecuencia de uso	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Tratamiento de primera línea	0,83	3891	2529	12113
Tratamiento de segunda línea	0,15	10569	2764	23269
Tratamiento de tercera línea	0,02	320636	45614	387664
Costos promedios esquemas	1,00	7551	3365	20773

Fuente: CIPPEC

La primera línea se compone de esquemas compuestos por cualquier combinación de análogos de nucleósidos o nucleótidos con efavirenz o nevirapina, y los esquemas compuestos solamente por análogos de nucleósidos/ nucleótidos (por ej. AZT/3TC/ABC). La segunda línea la componen los esquemas que contienen los siguientes antirretrovirales (y que no contienen ningún antirretroviral considerado como de tercera línea o "rescate"): Nelfinavir; Saquinavir (con o sin ritonavir); Indinavir (con o sin ritonavir); Atazanavir (con o sin ritonavir); Lopinavir/ritonavir; Fosamprenavir (con o sin ritonavir). Finalmente, se considera como esquema de tercera línea a los esquemas que contengan los siguientes antirretrovirales: Darunavir (con o sin ritonavir); Tipranavir (con o sin ritonavir); Etravirina; Maraviroc; Raltegravir; Enfuvirtide; o esquemas con 4 o más antirretrovirales (excluido el ritonavir).

En el caso del VIH/SIDA el 89 % del costo del tratamiento corresponde a los medicamentos Antirretrovirales (**Cuadro 6 A**).

Cuadro 6 A. VIH/SIDA. Porcentaje del gasto por concepto según estadio. Argentina, 2011				
Concepto	Estadios			
	A	B	C	En todos
Prácticas	0,25	0,46	0,92	0,58
Consultas	0,44	0,42	0,47	0,44
Días de Internación	1,78	4,99	15,70	8,24
CD4	0,55	0,40	0,37	0,42
Carga viral	1,58	1,03	0,76	1,08
Medicamentos Antirretrovirales	95,4	92,7	81,78	89,25

Fuente: Basombrio y col., Guía de procedimientos con alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento ambulatorio y de internación de personas viviendo con VIH/SIDA-Ediciones Isalud. Buenos Aires-2003.

Hemofilia

Se trata de un trastorno genético ligado al cromosoma X. Existen clásicamente dos tipos de hemofilia. La tipo A, por déficit de factor VIII de coagulación y la tipo B, por déficit de factor IX. La incidencia de hemofilia A es de 8,9 cada 100.000 varones³⁶ (las mujeres trasladan la enfermedad, pero solo raramente presentan el cuadro clínico). En cambio, la hemofilia B presenta una incidencia aproximada de la quinta parte de la anterior. Habría en la Argentina unos 2100 varones con la enfermedad. Entre los hemofílicos habría unos 630 que además presentan Hepatitis C, y 67 que tendrían VIH³⁷.

El tratamiento tiene por objetivo reducir la frecuencia y extensión de los sangrados, que pueden producirse espontáneamente, o como consecuencia de traumatismos. Resulta frecuente el sangrado intraarticular (hemartrosis). El tratamiento puede realizarse con concentrados de factor VII y IX, con distintos niveles de purificación, así como con productos recombinantes, que incluyen: Kogenate, Bioclote, Helixate, y Recombinate. En la Argentina representan el 23 % de los tratamientos en Hemofilia A y el 10 % en hemofilia B³⁸.

Por otra parte, se utiliza la Desmopresina (DDAVP), un análogo sintético de la hormona antidiurética. La misma es útil en el tratamiento de las personas con Hemofilia A leve, que presentan un nivel de factor VIII del 5 % o mayor. En estos pacientes, la utilización de Desmopresina reduce significativamente la necesidad de factores de coagulación³⁹.

En la Argentina se usaban 1.30 Unidades Internacionales de Factor VIII per cápita x año (en el año 2004). La misma fuente reporta el uso de 29.110 Unidades de F VIII por persona hemofílica por año.⁴⁰

Es posible conseguir reducciones de precios que oscilan entre los 21 y 25 % solo eligiendo la opción terapéutica más económica, tanto en la Hemofilia A como la B y en niños como adultos. Cabe destacar que en este desarrollo no fueron consideradas opciones de tratamiento de fabricación pública (**Cuadro 7A**).

Cuadro 7 A. Hemofilia. Distribución de costos bajo, medio y alto de tratamiento de Hemofilia A y B para adultos y niños. En pesos. Argentina, 2011

	Frecuencia de pacientes	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Hemofilia A adultos	0,70	2283970	2520917	3327979
Hemofilia A niños	0,17	1110976	1152531	1505588
Hemofilia B adultos	0,09	2003265	1720925	2191492
Hemofilia B niños	0,03	872131	751.128	952.800
Costo ponderado de tratamiento	1,00	2595040	2157272	2836521

Fuente: CIPPEC

Esclerosis Múltiple

También llamada esclerosis en placas, la esclerosis múltiple tiene una incidencia de 18,5 casos cada 100000 habitantes, estimándose actualmente una prevalencia de alrededor de 6500 personas con la enfermedad. La edad media de aparición de la enfermedad en la Argentina, es de 24,5 años de edad.

Evoluciona en general por brotes y la sintomatología deriva de focos de desmielinización axonal. El 85 % sufre una evolución con brotes y remisiones que avanza a la forma secundariamente progresiva, en tanto que un 10 a 15% sufre la forma primariamente progresiva⁴¹.

En relación con su tratamiento, los brotes suelen tratarse con ACTH o con corticoides. Las tasas anuales de brote reportadas son heterogéneas, promediando 0,5 brotes por persona por año.

Los nuevos fármacos aprobados para el tratamiento de la esclerosis múltiple son el interferon B y el Acetato de Glatiramer (copolímero)⁴².

El **interferón B (INF)** resulta de utilidad en aproximadamente el 80% de los pacientes, que presenten períodos de exacerbación y remisión y formas secundariamente progresivas⁴³. Tanto el IFN como el Copolímero se encuentran incluidos entre las prestaciones que subsidiaba el APE.

El Interferón puede ser a1 o b1, el primero tiene 2 medicamentos en el mercado Blastoferón (Sidus) y REBIF NF (Merck Serono) y el segundo uno Betaferon Recombinante (Bayer).

En el esquema 1 se utiliza el interferon b1, en el 2 el a1 y en el 3 el tratamiento es con copolímero. Puede observarse como disminuye el precio a la tercera parte del primero al segundo esquema (**Cuadro 8A**).

Cuadro 8 A. Esclerosis Múltiple. Distribución de costos bajo, medio y alto de los diferentes esquemas de tratamiento. En pesos. Argentina, 2011				
	Frecuencia de pacientes	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema 1	0,5	295923	295672	296206
Esquema 2	0,3	89999	65747	115454
Esquema 3	0,2	68006	67906	68119
Costo ponderado de tratamiento		453929	429325	479780

Fuente: CIPPEC

Mieloma Múltiple

Es una enfermedad neoplásica de la médula ósea, que afecta aproximadamente a 1 cada 25000 personas por año. Un 15% de los afectados fallece durante los primeros 3 años, y cada año subsiguiente fallece otro 15%⁴⁴.

La edad media al diagnóstico es de 68 años. Y un 37% de los afectados es menor de 65, lo cual se considera la edad límite para candidatos a trasplante de médula ósea⁴⁵. Una serie de estudios demostraron que la quimioterapia mieloablative basada en el uso de melfalan intravenoso en altas dosis y trasplante autólogo de médula ósea (TAMO) mejora las tasas de remisión completa y aumenta la sobrevivida. Esto ha posicionado al TAMO como el tratamiento estándar en pacientes jóvenes. En los pacientes mayores de 65 años, o no candidatos a trasplante por otros motivos, la combinación de melfalán, prednisona y talidomida es frecuentemente utilizada. En estos últimos años, creció la utilización de drogas que originalmente se reservaban solamente para la enfermedad refractaria o las recaídas, como es el caso del Bortezomib y la Lenalidomida⁴⁶.

Un estudio de costos europeo⁴⁷ mostro que la medicación hace al 40% de los costos anuales por paciente con mieloma múltiple, en tanto que las internaciones representan el 35%. El mismo estudio reporto una incidencia de trasplantes de médula ósea de 0,2 trasplantes autólogos por paciente por año.

A pesar de haber al menos tres esquemas terapéuticos diferentes (**Cuadro 9A**) al comparar los precios ponderados, se observa solo una variación de un 2%, entre el menor y mayor precio.

Cuadro 9 A. Mieloma Múltiple. Distribución de costos bajo, medio y alto de los diferentes esquemas de tratamiento. En pesos. Argentina, 2011				
	Frecuencia de pacientes	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Trasplantes	0,33	69127	68611	69485
Esquema 1	0,335	5960	5188	6352
Esquema 2 (recaída)	0,1675	196715	195943	197107
Esquema 3	0,1675	3040	2268	3432
Costos ponderados de tratamientos con solo medicamentos		52919	52147	53311
Costos ponderados de los tratamientos		58268	57580	58648

Fuente: CIPPEC

Tumores del sistema nervioso central

El cáncer del sistema nervioso central se distribuye en adultos de la siguiente forma: los tumores gliales constituyen 50 y 60% de todos los tumores cerebrales primarios, los meningiomas suponen el 25%, los neurinomas alrededor del 10% y una variedad de tumores, el resto.

A su vez, en el cerebro es más probable hallar una metástasis de tumores de otros sitios que neoplasias primarias. Las neoplasias intracraneales primarias más frecuentes son los tumores astrocíticos, de los cuales la variante más agresiva es el glioblastoma multiforme, que presenta sin tratamiento una sobrevida media de 4 a 6 meses. Su pico de incidencia se da entre los 50 y 70 años de edad⁴⁸.

Respecto de la mortalidad, durante el año 2008 se registraron 2043 defunciones por tumores del SNC, representando un 3,5% de las muertes por cáncer del país⁴⁹. La incidencia estimada por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer es de 1442 nuevos casos por año.

Con el tratamiento de radioterapia, la sobrevida media observada fue de 29 semanas. El tratamiento combinado de radioterapia (6 semanas) y temozolomida (6 meses) mostró una supervivencia del 26% a los 2 años, con una media de supervivencia de 16 meses^{50,51,52}.

Un porcentaje de quienes presentan mala respuesta o recurrencia recibe Bevacizumab junto con Irinotecan, pero las evidencias son aún controvertidas sobre su efectividad⁵³.

Cuadro 10 A. Glioblastoma. Diferentes esquemas de tratamiento. Argentina, 2011

	Droga	Dosis
Esquema de terapia	Temozolomida	75 mgxM2xdía por 6 seis semanas, seguido de monoterapia con Temozolomida 200 mgxM2xdía por 5 días, cada mes, por seis meses
Esquema rescate	Irinotecán	340mg/m ² o de 125mg/m ² .- 3 o 4 meses
	Bevacizumab	10 mgxkg de peso cada 2 semanas

Fuente: CIPPEC

En el caso del meningioma, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Sin embargo, un porcentaje de localización compleja (como la base del cráneo) no puede ser extirpado por la cirugía tradicional. En estos casos se utiliza radiocirugía, ya sea mediante radioterapia estereotáxica o gamma knife⁵⁴. En una amplia serie temporal se obtuvo que de alrededor de 10000 pacientes con meningioma, el 82% había recibido cirugía, de los cuales 28% había recibido resección total o radical (sin necesidad de radioterapia posterior) y 72% resección parcial (con necesidad de radioterapia posterior). Menos del 10% de los meningiomas resultan histológicamente malignos⁵⁵.

Se observa un 51% de diferencia ente la opción más y menos costosa (**Cuadro 11 A**)

Cuadro 11 A. Glioblastoma. Distribución de costos bajo, medio y alto de los diferentes esquemas de tratamiento. En pesos. Argentina, 2011			
	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema de terapia	162348	89276	210256
Esquema rescate	1296267	875714	1545260
Costos medios ponderados según frecuencia de tratamiento	275739	167919	343756

Fuente: CIPPEC

Hepatitis C

La hepatitis C tiene una incidencia escasamente definida en nuestro país. Un documento de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) sugiere una prevalencia de infección en población de dadores de sangre del 0,64%⁵⁶.

Cabe destacar que esta población de donantes resulta altamente seleccionada y no es representativa de la población general. En países con datos epidemiológicos completos se comprobó que la prevalencia de HCV es de 3 a 6 veces mayor en la población general que en los donantes voluntarios de sangre. En Argentina, las encuestas serológicas a población general mayor de edad reflejan un rango de prevalencia de 2,8% a 5,6%⁵⁷.

En un relevamiento serológico realizado en Córdoba⁵⁸ se obtuvo que las prevalencias son: genotipo 1,38%, genotipo 2,55% y genotipo 3, 5%. Sin embargo, los distintos estudios difieren respecto de la seroprevalencia de los distintos genotipos. Por ejemplo, otro estudio argentino reportó del genotipo 1, 70%, del genotipo 2, 21,9% y del genotipo 3, 7,3%.⁵⁹

La enfermedad suele tener un período asintomático de 15 a 30 años, y una expectativa de vida reducida en aproximadamente 7 años⁶⁰.

El tratamiento en pacientes con genotipo 1 debe realizarse por un período de 48 semanas con dosis plenas de peginterferón alfa 2b o peginterferón alfa 2a asociado a ribavirina^{61,62}. Los pacientes con genotipos 2 y 3 pueden ser tratados por 24 semanas⁶³.

El interferon Pegilado es producido por dos laboratorios. Si bien cuando se introdujeron al mercado en ambos casos las dosis eran peso dependientes, en la actualidad el laboratorio Roche recomienda dos dosis, una para más de 70 kg. y una por debajo de ese peso. El laboratorio Schering sigue sugiriendo dosis ajustadas al peso (**Cuadro 12 A**).

Cuadro 12 A. Medicamentos. Costos promedio, bajo y alto del tratamiento de la Hepatitis C. En pesos. Argentina, 2011				
	Frecuencia de pacientes ⁽¹⁾	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema Genotipo 1	0,55	132255,57	112440,37	152287,20
Esquema Genotipo 2 y 3	0,45	66127,79	56220,18	76143,60
Costos promedios ponderados según frecuencia de esquema	1	102498,07	87141,29	118022,58

Nota (1): Se considero una frecuencia promedio de lo informado en la bibliografía.

Fuente: CIPPEC.

Es posible lograr un 15% de descuento eligiendo la opción de menor costo con respecto al costo medio, la variación de precio al considerar la de mayor precio es del 27%.

Leucemias en niñas/os y adolescentes

La leucemia es el cáncer más frecuente en los niños menores de 15 años correspondiendo al 35-40% de ellos⁶⁴. Se estima que hay aproximadamente 3000 casos nuevos por año en la Argentina⁶⁵. La leucemia aguda es el cáncer más común en niños y la leucemia linfoblástica aguda (LLA) representa el 80% de todos los casos de leucemia a esa edad. Alrededor del 15 % son leucemias mieloides agudas (LMA), y menos del 5% son mieloides crónicas⁶⁶ (LMC). La incidencia anual de leucemias en niños en la Argentina es de 4 casos cada 100000 niños menores de 15 años⁶⁷.

El tratamiento de los pacientes con LLA está adaptado al riesgo del paciente al diagnóstico y comprende tres fases: inducción, intensificación (consolidación) y mantenimiento. La duración global es de un mínimo de dos años. Los factores pronósticos son la edad y el número de leucocitos al momento del diagnóstico, el genotipo de las células leucémicas y la respuesta inicial al tratamiento. Estos son los parámetros mayormente aceptados y utilizados en la configuración de los grupos de riesgo⁶⁸. Sobre la base de estos factores se establecieron cuatro grupos de riesgo, los que reciben tratamiento diferenciado en intensidad creciente:

- Riesgo bajo (35%): La sobrevida a largo plazo de este grupo es mayor al 90%.
- Riesgo intermedio (45%): Este grupo tiene una sobrevida a largo plazo alrededor de 75%.
- Riesgo alto (10%): La sobrevida de este grupo bordea al 60%, gracias a tratamientos mucho más intensos que los demás.
- Riesgo muy alto (10%): Estos niños son candidatos a trasplante alogeneico de médula ósea al conseguir la primera remisión. La sobrevida de este grupo bordea el 35%, la que mejoró en pacientes que consiguen acceder a trasplante alogénico.

Las drogas utilizadas son vincristina, metotrexato, citarabina, mercaptopurina, ciclofosfamida y dexametasona. Además, se realiza quimioterapia intratecal⁶⁹.

En el tratamiento de la LMA (15%) se realiza Inducción con citarabina asociada a daunorrubicina o Idarrubicina, con o sin Etopósido^{70,71}. Después de la remisión, se realiza consolidación e intensificación con dosis altas de citarabina, antraciclinas, y en algunos casos etopósido. El trasplante de médula ósea se recomienda en el grupo de pacientes considerados de alto riesgo o con mala respuesta al tratamiento o en recaídas, las mismas se estiman en un 50%, de los cuales el 25% va a trasplante de médula.

En la leucemia mieloide crónica (3% a 5%), el trasplante de médula ósea de hermano compatible se considera como curativo por lo que está recomendado como primera línea de terapia⁷². El mesilato de imatinib es el MAC que está recomendado como segunda línea de terapia en ausencia de donante familiar⁷³.

La variación entre el costo más bajo y el costo medio es del 5% al considerar los medicamentos y los trasplantes (**Cuadro 13 A**).

Cuadro 13 A. Leucemias en niñas/os y adolescentes. Costos promedio, bajo y alto del tratamiento de medicamentos y trasplantes. En pesos. Argentina, 2011				
Tratamientos	Frecuencia de pacientes bajo tratamiento	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
LLA	0,73	14278	12364	17383
LLA Trasplante	0,08	84000	84000	84000
LMA	0,14	17617	17529	17781
LMA trasplante	0,02	336	336	336
LMC	0,03	199211	199211	199211
LMC Trasplante	0,04	84000	84000	84000
Costo ponderado de los tratamientos		24618	23208	26907
Costo ponderado de los tratamientos sólo con medicamentos		17987	16381	20592

Fuente: CIPPEC.

Si se consideran solo los medicamentos la variación entre los precios de costo medio y costo bajo son del 8% y del 20% entre los tratamientos de mayor y menor costo.

Los porcentajes de variación son más bajos que en otros casos a pesar que el 50% de los medicamentos tienen más de un oferente, pero como son menos de seis los laboratorios, la fluctuación de precios es más limitada (**Cuadro 14 A**).

Cuadro 14 A. Leucemias en niñas/os y adolescentes. Número de laboratorios oferentes de medicamentos. Argentina, 2011		
Droga	Número de presentaciones	Número de laboratorios
Ciclofosfamida	10	6
Citarabina	12	5
Daunorubicina	1	1-GP Pharm
Dexametasona	1	1-Cassara
Etopósido	1	1-Microsules
Hidrocortisona	10	5
L-Asparaginasa	1	1-Filaxis
Mercaptopurina	1	1-Filaxis
Mesilato de imatinib	1	1-Novartis
Metilprednisolona	3	3
Metotrexato	12	4
Vincristina	3	3

Fuente: CIPPEC.

Se trata de un grupo de tumores con una incidencia aproximada de entre 10 y 20 casos por millón, representando solo un 0.1 a 3% de las neoplasias gastrointestinales. Se pueden localizar en cualquier parte del tracto gastrointestinal, así como también en mesenterio o retroperitoneo.

Un 70% se ubica en estómago, un 20-30% en el intestino delgado y un 7% en la región anorrectal. El 70-80% de los GISTs son benignos. Afectan a pacientes mayores de 50 años y pueden ser descubiertos en forma incidental⁷⁴.

La tomografía computada (TC), en especial la de múltiples detectores es el método de elección para la caracterización de estos tumores y en una serie de casos, el 31% de los pacientes recibió una tomografía por emisión de positrones (PET) en algún momento de la enfermedad⁷⁵.

El tratamiento es la resección quirúrgica. Pero la presencia de metástasis en el diagnóstico implica la necesidad de recurrir a quimioterapia. En una de las series reportadas, un 23% de los pacientes presentaron metástasis a distancia en el diagnóstico, la mitad en hígado y la otra mitad en peritoneo. En un estudio argentino, 19 de 54 pacientes (35%) presentaban metástasis en el momento del diagnóstico⁷⁶.

Respecto de las opciones de tratamiento, la radioterapia no resulta útil ya que se trata de tumores radorresistentes. Tampoco resultó efectiva la quimioterapia sistémica convencional, si bien se verificaron bajas tasas de respuesta a doxorubicina y dacarbacina.

El Mesilato de imatinib (Glivec) combinado con la cirugía modificó drásticamente el pronóstico de los pacientes que presentan metástasis. Duplicando como mínimo la supervivencia de menos de 12 meses a más de 2 años⁷⁷.

El costo de un año de tratamiento es de \$ 382050, se estiman 60 casos de GIST/año (10 y 20 casos por millón) de los cuales unos 18 necesitarían recibir tratamiento con Glivec siendo el gasto anual de \$ 6876.884.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo de cáncer de mayor incidencia en las mujeres de la Argentina. La Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, estimó su incidencia en 74 casos por cada 100000 mujeres por año. Dicha incidencia comienza a ascender a partir de los 40 años y encuentra su pico alrededor de los 75⁷⁸.

Durante 2008, se registraron 18717 nuevos casos y 5200 defunciones por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 22,4 por 100000 mujeres⁷⁹. A su vez, un estudio de carga de enfermedad en la Argentina demostró que este cáncer es responsable de más del 6% de los años de vida prematuramente perdidos, ajustados por discapacidad en el sexo femenino⁸⁰.

El 95 de los cánceres de mama son carcinomas infiltrantes, de los cuales el 80-85 % son ductales. Un estudio sobre las formas de presentación inicial del tumor mostro que los estadios clínicos fueron: en 6,7 % de las pacientes se catalogaron como tumores in situ (0), 43,5% como carcinomas tempranos (I-IIA), 42,3% como tumores localmente avanzados (IIB-IIIC) y 7,3% como carcinomas metastásicos (IV)⁸¹.

Casi todos los casos de carcinoma ductal in situ se tratan con cirugía conservadora, seguida de radioterapia⁸². El esquema clásico de quimioterapia consta de ciclofosfamida, doxorrubicina y 5-fluoracilo. Según los casos, se agrega paclitaxel.

Todas las mujeres pre-menopáusicas con receptores de estrógenos y progesterona positivos deben recibir tamoxifeno^{83,84}, así como las mujeres que sobreexpresen el gen HER-2 son candidatas potenciales a recibir el medicamento, de alto costo, Trastuzumab. La incidencia de esta sobreexpresión varía, pero se estima en 20 a 30%.

Cuadro 15 A. Cáncer de mama. Costos de los diferentes esquemas de tratamiento.
En pesos. Argentina, 2011

	Frecuencia de pacientes	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema 1- Ductal <i>In situ</i>	0,10	1093	690	1957
Esquema 2- Estadios I y II Invasivo temprano	0,40	91838	68334	119893
Esquema 3-Localmente avanzado	0,40	89137	67273	114514
Esquema 4- Estadio IV o recurrente	0,10	41077	38129	47004
Costos promedios de esquemas	1	76607	58124	98659

Fuente: CIPPEC.

Al analizar las variaciones de costos (Cuadro 15 A), el mayor porcentaje se observa en el esquema 1 (65%), pero en los esquemas 2 y 3 en los que la disminución es cercana al 40%, esto representa un ahorro cercano a los \$ 50000 por tratamiento por año.

Cáncer de riñón

El cáncer de riñón es el sexto cáncer en incidencia en varones en la Argentina. La Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, ha estimado su incidencia en 9,4 casos por cada 100000 varones por año con una mortalidad de 5,3 cada 100000 por año. En mujeres, su incidencia estimada es de 3,4 por cada 100000 y su mortalidad de 1,9 cada 100000. Entre ambos sexos, unos 3000 nuevos diagnósticos de cáncer de riñón se efectúan cada año⁸⁵.

Este cáncer se presenta más frecuentemente entre los 55 y 66 años de vida. El tipo más frecuente en adultos es carcinoma renal de células claras (80%), seguido por el carcinoma papilar (10 a 15%)⁸⁶.

Respecto del tratamiento⁸⁷, los estadios 1 (9% de las formas de presentación), 2 (39%) y 3 (16%) se tratan casi siempre con cirugía (nefrectomía parcial o total y en algunos casos se practica radioterapia o embolización de la arteria renal. En los estadio 4 (20 a 25%), además se utilizan drogas de quimio e inmunoterapia.⁸⁸

El tratamiento con IL-2 fue el primero en ser aprobado como inmunoterapia. Su toxicidad es muy alta por lo que muy pocos son candidatos a su indicación. Sin embargo, es el único tratamiento que demostró remisiones en este estadio (8 a 10%). En los casos en que se tolera el tratamiento (20 a 30% de los tratados), la duración del mismo es de aproximadamente 1 año.

Sunitinib y Bevacizumab⁸⁹ con + IFN α -2^a son MAC utilizados en el tratamiento. Como segunda línea se utiliza el everólimus^{90,91}.

Solo la elección de iniciar el tratamiento con Sunitinib o Bevacizumab (**Cuadro 16 A**) representa una diferencia de 450 mil pesos por año y por tratamiento.

Cuadro 16 A. Cáncer de riñón. Costos promedio, bajo y alto en pesos de los diferentes esquemas de tratamientos con medicamentos. En pesos. Argentina, 2011					
	Medicamento de Alto costo utilizado	Frecuencia de pacientes	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema 1(a)	IL2	0,12	339984	260476	385296
Esquema 1 (b)	IL2+ Everolimus	0,28	488175	408667	533487
Esquema 2 (a)	Sunitinib	0,12	989584	987292	994143
Esquema 2 (b)	Sunitinib+ Everolimus	0,18	1137776	1135484	1142335
Esquema 3 (a)	Bevacizumab	0,12	524824	502382	547266
Esquema 3(b)	Bevacizumab+ Everolimus	0,18	673016	650574	695457
Costos ponderados		1	685159	645935	711383

Fuente: CIPPEC.

Cáncer de colon-rectal

El cáncer de colon y recto es el tercero en frecuencia, tanto en varones como en mujeres. Tiene una incidencia de 11000 casos por año, constituyendo el 20% de la incidencia de cáncer en ambos sexos. Por otra parte, su mortalidad es de 6930 defunciones por año, constituyendo el 11,8% de la mortalidad por cáncer en ambos sexos⁹².

La sobrevivida a los 5 años en el estadio I es del 90 %, en el estadio II entre 70-80%, en el estadio III entre un 40-70%, y en el estadio IV del 10%⁹³.

El estadio I se trata quirúrgicamente con tasas de curación prácticamente totales.

La quimioterapia adyuvante tiene indicación clara en los estadios III, indicándose el esquema FOLFOX. En cambio, en el estadio II la indicación de quimioterapia adyuvante no está claramente definida, reservándose para quienes presentan mal pronóstico. En el estadio IV, los fármacos que demostraron actividad son los siguientes: oxaliplatino, irinotecan, 5-fluorouracilo y capecitabina. Además se han desarrollado terapias biológicas como los anticuerpos monoclonales bevacizumab y cetuximab. Los esquemas más utilizados son FOLFOX y FOLFIRI.

El estadio IV con metástasis hepáticas potencialmente resecables puede ser tratado con quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía del tumor primario y de las metástasis. Las metástasis pulmonares solitarias también pueden ser consideradas como potencialmente quirúrgicas.

El 20% de los pacientes se presenta en estadio IV, con metástasis⁹⁸. Entre otras drogas, cetuximab y bevacizumab son los MACs que usan en este último estadio de la enfermedad.

El esquema utilizado en enfermedad metastásica a distancia es alrededor de 3,5 veces más caro que el esquema utilizado en enfermedad localizada. Elegir la opción terapéutica más económica permite una disminución del costo del tratamiento del 18% si se lo compara con los costos promedios y del 29%, con los tratamientos de costos más altos. **(Cuadro 17 A).**

Cuadro 17 A. Cáncer de Colon y recto. Costos promedio, bajo y alto del tratamiento con medicamentos principales. En pesos. Argentina, 2011				
	Frecuencia ajustada de tratamientos	Costo medio	Costo bajo	Costo alto
Esquema Localizada	0,133	160226	145507	180798
Esquema III Metástasis ganglionar Folfox	0,294	160226	145507	180798
Esquema III Metástasis ganglionar Folfiri	0,294	207563	127865	272459
Esquema IV Metastásica a distancia Folfox	0,056	160226	145507	180798
Esquema IV Metastásica a distancia Folfox+ 2 línea	0,056	457847	413101	489516
Esquema IV Metastásica a distancia Folfiri	0,056	223948	162905	257686
Esquema IV Metastásica a distancia Folfiri+ 2 línea	0,056	501040	432111	544156
Esquema IV Metastásica a distancia Xelox	0,028	252898	252898	252898
Esquema IV Metastásica a distancia Xelox+ 2 línea	0,028	551583	527098	568453
Costos ponderados de tratamiento según frecuencia		226950.13	185.980.30	262.479.60

Fuente: CIPPEC.

Bibliografía

- Basombrio, A. y otros. (2003). *Guía de procedimientos con alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento ambulatorio y de internación de personas viviendo con VIH/SIDA*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.
- Beebe, J. (1988). Medicare Reimbursement and Regression to the Mean. *Health Care Financing Review* (9).
- Cabral de Barros, J. A. (2008). *Os fármacos na atualidade*. Brasília: Anvisa.
- Carnero Gómez, R. (2005). *Impacto del tratamiento del cáncer Colorrectal metatastasico con Erbitux (Cetuximab)*. Consultado el 15 de octubre de 2011, disponible en Web de la Revista Española de Economía de la Salud: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/43/08_pdf/Erbitux.pdf
- Casellas, F. y otros. (2010). Costes médicos directos de la enfermedad de Crohn en España. *Pharmacoeconomics, Spanish Research Articles*.
- Cf. ISALUD. (1999). *El mercado de medicamentos en Argentina. Estudios de la Economía Real*. Buenos Aires: Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos.
- Cf. Xu, K. y otros. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet* 362 (9378), págs. 111-117.
- Fondo Nacional de Recursos. (2010). Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. *Publicación Técnica N° 13*. Montevideo.
- González López-Valcárcel, B. (2010). Impacto económico en la incorporación de la tecnología. IV *Congreso de Economía de la Salud en América latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- Maceira, D. y Olaviaga, S. (2007). Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina. *Documento de Políticas Públicas*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Martínez, F. (2010). De la seguridad social hacia el aseguramiento en salud. *Seminario Andino de Reformas en el Sector Salud en el Camino de la integración: Aprendizaje y perspectiva*. Consultado el 20 de abril de 2010, disponible en la Web de Salud Colombia: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud74/colabora.htm>. Lima: Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue.
- OMS. (2000). *La salud en el mundo*. Ginebra.
- PNUD. (2009). *El comprador responsable: la gestión de compras públicas en salud*. Buenos Aires.
- Seoane, E. (2009). Los Precios de los Medicamentos en USA. *Primer Seminario Pan-Americano de Regulación Económica de los Medicamentos*. Disponible en: www.opas.org.br/.../Enrique_Seoane_Brasilia_2009_Def_Spanish_Presented.ppt. Brasília: ANVISA-OSP/OMS.
- Rezaie, R. y Singer, P. (2010). Global health or global wealth? *Nature Biotechnology* (28), págs. 907-909.
- Santos Padrón, H. (2003). *Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México*. Disponible en la Web SciELO Salud Pública: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a03.pdf>.
- Schieber, G., Gottert, P., Fleisher, L., Leive, A. (2007). Financing Global Health: Mission Unaccomplished. *Health Affairs* 26 (4).
- Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud?* Buenos Aires: Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- Tobar, F. (2010). *Protección Social Universal de Enfermedades Catastróficas en Argentina, Informe Final*.
- Tobar, F. (2011). Cómo comprar medicamentos. En Banco Mundial, *Más allá de las recetas*. Disponible en <http://www.comunidadmasallarecetas.org/profiles/blogs/como-comprar-medicamentos>.
- Tobar, F. (2012). En busca de un remedio para los Medicamentos de Alto Costo en Argentina. *Boletín Fármacos 2012*, 15 (2), págs. 73-77.
- Wyszewianski, L. (1986). Families with catastrophic health care expenditures, *Health Service Research*. En C. Aedo (Ed.), *Los Problemas de Salud del Adulto Mayor y las Enfermedades Catastróficas*. Chile: Estudios Públicos.
- Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A.M., Musgrove, P. y Evans, T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs* 26 (4), págs. 972-983.

Comentarios: Esteban Lifschitz

Este grupo de enfermedades comparte, además del daño que generan en la salud de quien las padece, el impacto sobre la economía del paciente y su grupo familiar.

En este sentido, son muchas las familias que caen por debajo de la línea de pobreza a partir de haber sufrido algún miembro de la misma, una de estas patologías.

Ahora bien, aún cuando las tasas de incidencia y prevalencia no tienen una distribución geográfica específica, sí lo tienen los porcentajes de familias que se convierten en pobres a partir de esta "catástrofe". Es aquí donde puede apreciarse que son las respuestas que se ponen en marcha para enfrentar este gran problema sanitario y no el mero azar las que definen los resultados en términos económicos.

Conociendo que aproximadamente el 75% del costo de tratar estas enfermedades se relaciona con los denominados Medicamentos de Alto Costo (MAC), resulta sensato pensar que estrategias tendientes a mejorar el acceso de la población a los MAC redundará en resultados positivos para quienes las presentan y aún para el sistema de salud en su conjunto.

¿Cómo abordar el mercado de los MAC?

Diversas experiencias internacionales permiten identificar pasos correlativos que conduzcan a una mejora en el acceso a este grupo de medicamentos.

A continuación se detallan dichas etapas:

1. Comercialización: Antes de definir si el Sistema de Salud está en condiciones de brindar cobertura, el medicamento debe ser evaluado en cuanto a seguridad y eficacia. En caso que la evidencia no soporte la incorporación de determinado medicamento, el mismo no debiera ser cubierto, más allá del costo que implique.

Resulta importante destacar que los MAC son ante todo “medicamentos” y luego de “alto costo”. Más allá del juego de palabras, no debe perderse de vista que este paso debiera comportarse como limitante en el acceso a determinado fármaco sin importar inicialmente su costo.

2. Cobertura: Una vez demostrada su Seguridad y Eficacia, deben definirse las indicaciones en las cuales dicho medicamento va a ser cubierto por el Sistema de Salud. Aquí surge la necesidad de Normatizar las indicaciones de cada medicamento, definiendo los criterios de elegibilidad y exclusión, actuando esto como un generador de líneas de cuidado.

Financiación de las Enfermedades Catastróficas

Finalmente y no por eso menos importante es necesario definir modalidades de financiación de este grupo de enfermedades. Teniendo en cuenta el impacto económico que estas patologías generan en quien las padece y también en quienes pudieran ser los potenciales financiadores, sería deseable encontrar modelos de financiación que permitan reducir el impacto individual.

En este sentido, un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas permitiría separar la financiación de las mismas del resto de las enfermedades y a partir de generar un “pool de riesgo”, lograr reducir costos en los medicamentos e incluso definir lineamientos para la acreditación de aquellos prestadores involucrados en la atención de este grupo de pacientes.

Referencias

- 1 Esta sección se basa en Tobar, F. (2010). Protección Social Universal de Enfermedades Catastróficas en Argentina, Informe Final. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Banco Mundial.
- 2 Los recursos del APE provenían del Fondo Solidario de Redistribución y se destinaban a la distribución de subsidios a OSN para financiar la cobertura de las prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia.
- 3 Los niveles de contribución salarial llegan a duplicarse: mientras que la Obra Social de la provincia de Chubut define un 7% de la nomina salarial, la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece un 14%.
- 4 El PACBI se constituye a través de la retención de un aporte de la cápita mensual que la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas transfiere a las provincias. Solo efectiviza el reintegro correspondiente una vez que la provincia presenta la documentación que acredita la realización de prestaciones orientadas a la atención de enfermedades catastróficas.
- 5 INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010.
- 6 El Banco de Drogas concentra el 85 % de los medicamentos en la sede central, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y distribuye el 15 % restante entre las filiales provinciales. Los Ministerios de Salud provinciales son responsables de complementar lo provisto por el Programa con fondos propios (Maceira y Olaviaga, 2007).
- 7 Ley 16.343 de Institutos de medicina altamente especializada. Publicada D.O. 11 enero de 1993, Uruguay.
- 8 Como se mencionó anteriormente, hasta julio de 2012 esta función la realizaba la Administración de Programas Especiales (APE) que fue absorbida por la Superintendencia de Servicios de Salud (decreto 1198/12).
- 9 Patologías a ser cubiertas por el SENEC: Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Fibrosis Quística, Enfermedades con tratamiento de Hormona de Crecimiento, Insuficiencia Renal Crónica (diálisis y tratamiento inmunosupresor post trasplante), VIH/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple, Mieloma Múltiple, Tumores del Sistema Nervioso Central, Hepatitis C, Leucemias, Tumores del estroma Gastrointestinal-GIST, Cáncer de Mama, Cáncer de Riñón y Cáncer Colon-Rectal.
- 10 Se tomó como precio para la estimación al promedio de montos involucrados en una muestra de contratos prestacionales entre servicios médicos y obras sociales y prepagas. Pero cabe alertar que no se trata de precios únicos y que se registra una importante variabilidad de precios entre diferentes servicios y regiones.
- 11 “En Brasil, la actual política de control de precios es realizada por la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos (CMED), que define el precio con el cual un producto ingresa al mercado así como los reajustes a ser incorporados. En junio de 2007, el Ministerio de Salud asumió una iniciativa para garantizar una reducción mínima del orden del 24,69% en el precio de 146 productos adquiridos por el Sistema Único de Salud - SUS (sea de forma directa a nivel del ministerio, o por los estados y municipios). Entre ellos se incluyen los medicamentos para tratar el mal de parkinson, alzheimer, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, ETS-SIDA, cáncer y otras condiciones que requieren uso continuado de medicamentos (contemplando también medicamentos denominados ‘excepcionales’, siempre de alto costo y usados en enfermedades de baja prevalencia y en los cuales el SUS invirtió, en 2007, nada menos que R\$ 1,6 mil millones (alrededor de U\$800 millones)”. Extraído de: Cabral de Barros, José Augusto. Os fármacos na atualidade. Brasilia, Anvisa. 2008. Página 72.
- 12 A través del análisis de 21 procesos de adquisición se verificó que, a través de compras públicas de medicamentos centralizadas a nivel nacional, el gobierno argentino obtiene descuentos que llegan a un 90% sobre el precio de venta al público (Tobar, 2011). Sin embargo, se trata de medicamentos genéricos para los cuales existen múltiples oferentes y la competencia permite obtener una reducción sensible. En este mismo trabajo se modelizó el peso que la competencia involucra sobre los precios y se concluyó que cada vez que se duplica la cantidad de oferentes, se consigue adquirir a un precio 12.7% menor. En este caso, se trata de medicamentos monopólicos u oligopólicos para los cuales no existe un margen relevante para obtener ahorros significativos. Sin embargo, en otro estudio reciente (Tobar, 2012) se verificó que, en la Argentina, los medicamentos de alto costo se comercializan a precios superiores que en otros países del Mercosur. Esto permitiría asumir que al realizar compras centralizadas, se lograría un margen considerable de descuentos. La hipótesis asumida de un descuento del orden de 24,69% sobre el precio de salida de laboratorio es, por lo tanto, relativamente conservadora. Sin embargo, es conveniente asumirla ya que la normativa vigente en Brasil para establecer un precio techo para compras públicas se basa en un amplio relevamiento de adquisiciones. Además, porque ese valor de referencia pudo sostenerse en el tiempo.
- 13 Cf. ISALUD. El mercado de medicamentos en Argentina. Estudios de la Economía Real (Buenos Aires); 1999: 13 Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos. Páginas 72 – 74.

- 14 Ver: PNUD, 2009; "El comprador responsable: la gestión de compras públicas en salud". Buenos Aires, 2009.
- 15 Se mantuvieron entrevistas con autoridades del Ministerio del Salud: secretarios, subsecretarios, referentes del los programas Remediar, Programa Federal de Salud-PROFE; de Producción Pública de Medicamentos, y del INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante); referentes de Obras Sociales Nacionales y seguros privados.
- 16 Disponible en www.iecs.org.ar/administracion/files/20040513025955_.pdf.
- 17 Meikle, PJ, Hopwood, JJ, Clague, AE, Carey, WF. Prevalence of lysosomal storage disorders. JAMA 1999; 281:249.
- 18 Rice, EO, Mifflin, TE, Sakallah, S, Lee, RE. Gaucher disease: studies of phenotype, molecular diagnosis and treatment. Clin Genet 1996; 49:111.
- 19 Hamilton G, ¿Cuánto se ahorraría con un Seguro de catastróficas? La enfermedad de Gaucher, Consultor de Salud. N 513. Agosto 2011.
- 20 Guía de Recursos en Enfermedades Raras. Disponible en www.intramed.net.
- 21 Branton, MH, Schiffmann, R, Sabnis, SG, et al. Natural history of Fabry renal disease: influence of alpha-galactosidase A activity and genetic mutations on clinical course. Medicine (Baltimore) 2002; 81:122.
- 22 Mehta, A, Ricci, R, Widmer, U, et al. Fabry disease defined: baseline clinical manifestations of 366 patients in the Fabry Outcome Survey. Eur J Clin Invest 2004; 34:236.
- 23 www.genesis.sefh.es/Documents/Agalsidasa_HMM_1208.doc
- 24 Enfermedades Raras. Un enfoque práctico. Maravillas Izquierdo Martinez. Instituto de Salud Carlos III. 2004.
- 25 International Pompe Association. Disponible en <http://www.worldpompe.org/>
- 26 Kishnani, PS, Hwu, WL, Mandel, H, et al. A retrospective, multinational, multicenter study on the natural history of infantile-onset Pompe disease. J Pediatr 2006; 148:671.
- 27 Gottau V. y cols "Enfermedad de Crohn" Rev Asoc Coloproct del Sur 2 (2), 2007.
- 28 National Institute for Clinical Excellence (NICE) "Guidance on the use of infliximab for Crohn's disease" 2005.
- 29 F Casellas, J Panés, y cols "Costes médicos directos de la enfermedad de Crohn en España". PharmacoEconomics - Spanish Research Articles 7 (1): 38-46, 2010.
- 30 Segal Edgardo. Consenso de Fibrosis Quística. Arch. Argent. Pediatr 1999;97 (3):188
- 31 Tobar, F- "Medicamentos de alto costo en Argentina" - IEPS- Segundo Informe de investigación- Medicamentos & Salud- revisado el 15 de Mayo del 2011 en http://www.apm.org.ar/es/cultura/ieps_2do_informe_medicamentos_y_salud.pdf-
- 32 Hamilton, G- Enfermedades Catastróficas- Escenarios posibles para el gasto total en a Fibrosis Quística. Asociación de Economía de la Salud- Argentina 2011.
- 33 Análisis sobre las diferentes presentaciones disponibles de Hormona de Crecimiento Humana. Disponible en www.iecs.org.ar.
- 34 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm> consultada el 25 de Marzo de 2010.
- 35 Ministerio de Salud. "Análisis de utilización de Fármacos antirretrovirales en Argentina" OPS- Ministerio Salud. Argentina, 2011. Disponible en <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/U1.03tilizacionRetroviralesArg.pdf> consultado el 23 Agosto de 2011.
- 36 Jeffrey S. Stonebraker, Paula H. B. Bolton-Maggs. "A study of variations in the Reported Hemophilia a Prevalence Around the World". Haemophilia (2010), 16, 20-32
- 37 World Federation of Hemophilia Report on the *Annual Global Survey 2009*. Marzo 2011
- 38 World Federation of Hemophilia Report on the *Annual Global Survey 2009*. Marzo 2011
- 39 Mannuccio P. "La Desmopresina (DDAVP) en el tratamiento de los trastornos de la coagulación: Los primeros 20 años". *Tratamiento de la hemofilia*. Febrero 1998.
- 40 Jeffrey S. Stonebraker, Mark Brooker. "A study of reported factor viii use around the world". Haemophilia (2010), 16, 33-46.
- 41 Ministerio de Salud de Chile. "Guía Clínica de Esclerosis Múltiple" Santiago de Chile. 2008.

- 42 A.J. Sánchez López. A. García Merino "Protocolo terapéutico de la esclerosis múltiple" *Medicine*,10:2011.
- 43 Correale J., Patrucco L., y cols "Consenso sobre el uso de drogas inmunomoduladoras en el tratamiento de la esclerosis múltiple en Argentina" Area de enfermedades desmielinizantes de la Sociedad Neurológica Argentina.
- 44 ⁴Principios de Medicina Interna. Harrison. 16va Edición. 2010.
- 45 Palumbo A. "Multiple Myeloma". *N Engl J Med* 2011;364:1046-60.
- 46 Hrusovsky I, Emmerich B. "Bortezomib retreatment in relapsed multiple myeloma - results from a retrospective multicentre survey in Germany and Switzerland" *Oncology*. 2010;79(3-4):247-54. Epub 2011 Mar 3.
- 47 Koleva D. "Healthcare costs of multiple myeloma: an Italian study" *European Journal of Cancer Care*, 2011, 20, 330-336.
- 48 Díaz V., Yáñez A., "Tendencia de la mortalidad por tumores cerebrales malignos en Chile. Análisis de tasas" *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* v.44 n.4 dic. 2006
- 49 The Globocan Project. 2008
- 50 Jaramillo S., Osorio W., Espitia J. C., "Avances en el tratamiento del glioblastoma multiforme" *Univ. Méd. Bogotá (Colombia)*, 51 (2): 186-203, abril-junio, 2010
- 51 DeAngelis LM: Chemotherapy for brain tumors--a new beginning. *N Engl J Med* 352 (10): 1036-8, 2005.
- 52 Stupp R, Dietrich PY, Ostermann Kraljevic S, et al.: Promising survival for patients with newly diagnosed glioblastoma multiforme treated with concomitant radiation plus temozolomide followed by adjuvant temozolomide. *J Clin Oncol* 20 (5): 1375-82, 2002.
- 53 Buie LW, Valgus J "Bevacizumab: a treatment option for recurrent glioblastoma multiforme" *Ann Pharmacother*. 2008 Oct;42(10):1486-90. Epub 2008 Sep 2.
- 54 Plasencia A, Berti A., y cols "Radiocirugía Esterotáctica del Meningioma Intracraneal" *Revista Peruana de Neurocirugía Volumen 3 - Nº 2 Abril-Junio 2008*.
- 55 McCarthy BJ, Davis F. "Factors associated with survival in patients with meningioma" *J Neurosurg*. 1998 May;88(5):831-9.
- 56 Consenso Argentino de Hepatitis C. Conclusiones. Publicación de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado. Año 2000.
- 57 Quarleri J., Robertson B y cols "Genomic and Phylogenetic analysis of hepatitis C virus strains from Argentina" *Medicina (Buenos Aires)* 58: 153-9. 1988.
- 58 Re V.,Lampe E., y cols "Hepatitis C Virus genotypes in Cordoba, Argentina. Unexpected high prevalence of genotype 2" *MEDICINA (Buenos Aires)* 63: 205-210. 2003.
- 59 Findor J., Sorda J. y cols "Distribución de los genotipos del virus de la hepatitis C en una población argentina de drogadictos endovenosos" *MEDICINA - Volumen 59 - Nº 1, 1999*.
- 60 Seeff LB. "Natural history of chronic hepatitis C". *Hepatology* 36:S35-46. 2002.
- 61 Mangia A, Santoro R, et al "Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3". *N Engl J Med* 352:2609-2617. 2005.
- 62 Ministerio de Salud de Chile "Manejo de la infección por virus de la hepatitis C" *Serie Guías Clínicas*. 2010.
- 63 Butt A, Wang X, et al "Effect of hepatitis C virus and its treatment on survival" *Hepatology* 50:387-392. 2009.
- 64 Lassaletta Atienza A. "Leucemias. Leucemia Linfoblástica Aguda" *Pediatría Integral* 2004;VIII(5):435-442.
- 65 Ministerio de Salud de la Nación "Cuándo sospechar Cáncer en un niño" 2010.
- 66 Campbell M., Ferreiro C., y cols "Leucemia linfoblástica aguda. Características al diagnóstico en 100 niños" *Rev. chil. pediatr.* v.70 n.4 Santiago jul. 1999.
- 67 The Globocan Project. 2008.
- 68 Torpy J. "Leucemia linfoblástica aguda" *JAMA*, 28 de enero de 2009—Vol. 301, núm. 4.
- 69 Universidad Católica de Chile "Protocolo de tratamiento de Leucemia Linfoblástica en niños y adolescentes" consultado el 20 de Setiembre de 2011 en http://contacto.med.puc.cl/oncologia_pediatria/PDF/protocolo_leucemia.pdf

- 70 Instituto Nacional del cáncer "Tratamiento de la leucemia mieloide aguda recién diagnosticada" Año 2011. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/LMAinfantil/HealthProfessional/page5>
- 71 Tomizawa D., Tabuchi K. et al "Repetitive cycles of high-dose cytarabine are effective for childhood acute myeloid leukemia: long-term outcome of the children with AML treated on two consecutive trials of Tokyo Children's Cancer Study Group" *Pediatr Blood Cancer*. 2007 Aug; 49(2):127-32.
- 72 Ministerio de Salud de Chile "Guías Clínicas. Leucemia en Personas Menores de 15 años" 2010.
- 73 Pavón Morán V., Hernández Ramírez P. y cols "Imatinib en leucemia mieloide crónica" *Revista Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005*.
- 74 Oyanedel R., Brien A. y cols "Tumores del estroma gastrointestinal (GIST), un particular tipo de neoplasia" *Revista Médica Chile 2008; 136: 921-929*.
- 75 Racioppi M, Borgas C., y cols "Impacto del PET-CT en la reestadificación y manejo de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST)" Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, 24 de Octubre de 2007.
- 76 Oyanedel R., Brien A. y cols "Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST): formas de presentación" *Rev Chil Radiol 2005; 11(1):13-18*.
- 77 NHS "Imatinib for the treatment of unresectable and/or metastatic gastrointestinal stromal tumours" NICE Technology Appraisal Guidance, 2009.
- 78 Viniestra M., Paolino M. "Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. OPS. 2010.
- 79 The GloboCan Project. Año 2008. Consultado en <http://globocan.iarc.fr/>
- 80 Ministerio de Salud de la Nación. "Estudio de carga de enfermedad de La Argentina". 2010.
- 81 Angarita F., Acuña S. y cols "Presentación inicial de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno en el Centro Javeriano de Oncología, Hospital Universitario San Ignacio" *Revista Colombiana de Cirugía*. 25; 19-26. 2010.
- 82 Zulaica V. "Cáncer de mama" *Fisterra. Guías Clínicas 2009; 9 (37)*.
- 83 Ministerio de Salud de Chile. "Guía Clínica. Cáncer de Mama". 2010
- 84 Maughan K., Lutterbie M. y cols "Treatment of Breast Cancer" *Am Fam Physician*. 81(11): 2010.
- 85 The GloboCan Project. Consultado en <http://globocan.iarc.fr/>
- 86 Academia Nacional de Medicina "Consenso Nacional Inter-Sociedades para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias renales parenquimatosas del adulto". Argentina. 2010.
- 87 Nardone R. ; Rozanec J., Graziano C. "Tratamiento actual en carcinoma renal avanzado" *Revista Argentina de Urología*. 2 (72). 2007.
- 88 Ljungberg B., Cowan N. y cols "Guías Clínicas en Carcinoma Renal" *Eur Urol 2007 Jun;51(6):1502-10*.
- 89 Frampton JE, Keating GM. "Bevacizumab: in first-line treatment of advanced and/or metastatic renal cell Carcinoma" *BioDrugs*. 2008;22(2):113-20
- 90 Motzer RJ, Escudier B, "Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial" *Lancet*. 2008 Aug 9;372(9637):449-56
- 91 Llarena Ibarguren R. "Tratamiento del cáncer renal metastásico: vigencia de la Inmunoterapia" *Actas Urológicas Españolas 2009;33(5):584-592*.
- 92 The GloboCan Project. Consultado en <http://globocan.iarc.fr/>
- 93 Academia Nacional de Medicina. "Consenso Argentino para la prevención del cáncer colorectal. 2004" <http://www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consenso%20colorrectal.htm>

LA RESPUESTA ORGANIZATIVA A LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

*Carlos Vassallo*¹

Las innovaciones no se detienen y estamos en pleno desarrollo de la medicina predictiva en la que se diagnostican factores (genéticos) de riesgo pasivo y se buscan tratamientos personalizados. Vamos hacia una medicina personalizada, donde se podrá conocer en forma anticipada cual es el tratamiento con mejores resultados para el paciente. Por ejemplo, en el caso de un medicamento denominado Trastuzumab, un agente oncológico eficaz para el grupo de pacientes que tienen la proteína HER2 sobreexpresada. Cada tratamiento comienza a estar vinculado con un biomarcador clínico. Diagnóstico y tratamiento diluyen sus fronteras y puede ser una fuente de rentabilidad muy grande si logra generalizar el uso a grandes segmentos de la población a un precio rentable.

El abordaje del problema no puede ser por un solo lugar sino que debe plantearse tanto desde la oferta como desde la demanda. En primer lugar, no todas las innovaciones constituyen un adelanto ni mejoras en la salud, calidad o esperanza de vida. El costo efectividad aceptado por la comunidad académica, no es considerado en nuestro país para decidir el financiamiento o no de determinada práctica. El accionar de los pacientes organizados en asociaciones (en algunos casos financiadas por los mismos laboratorios), los medios de comunicación, los profesionales prescriptores y los magistrados constituyen agentes potenciadores de algunas tecnologías que no han demostrado costo efectividad. Tenemos que convivir con la idea que será difícil sino imposible ignorar las dificultades técnicas de la evaluación de tecnologías, no podemos evaluar todo dado que no tendremos evidencia que pueda soportar cada decisión clínica. La dinámica del cambio tecnológico es mayor que la de los estudios de evaluación.

Por el lado de la demanda surge la necesidad de establecer un paquete de prioridades y coberturas así como la sistematización de los pasos y tratamientos que implica cada programa. La definición de guías clínicas y protocolos no puede ser dejada de lado si se quiere introducir equidad en las prestaciones financiadas en forma solidaria. Si no logramos normatizar estas cuestiones básicas, terminará sucediendo la historia de siempre que las relaciones, amiguismo y clientelismo se impondrán a lo que debería ser criterios objetivos de cobertura de salud.

El riesgo de las organizaciones aseguradoras (obras sociales y prepagas) surge en la medida que el costo medio por asegurado se dispara como consecuencia de la ocurrencia de enfermedades costosas. En Argentina el mecanismo utilizado por el sistema de obras sociales nacionales (sindicales y empresariales) fue la creación de la Administración de Prestaciones Especiales. Surgida durante los años noventa, vino a intentar reducir los incentivos a la selección de riesgo y al mismo tiempo cubrir en forma equitativa las prestaciones más caras y más complejas que comienzan a aparecer en el mercado. La demanda sobre la APE fue en aumento y desnudó sus problemas de transparencia y capacidad técnica para dar respuestas.

Una de las razones que justificó su creación fue la presencia de casos catastróficos o de alto riesgo a interior de los asegurados. La creciente judicialización de la salud a partir de la reforma constitucional de 1994 que fue una puerta abierta al reclamo sumado a la indefinición de las garantías y la regulación del derecho a la salud. En efecto, es posible encontrar una gran cantidad de patologías catastróficas asociadas a los mayores riesgos en salud, que aparentemente exhiben una condición de aleatoriedad respecto a las características de sexo y edad de quienes las padecen.

Dentro de este marco, se aprecia que las definiciones frecuentemente empleadas para establecer cuales son los casos que califican dentro de la caracterización de Evento Catastrófico, se dividen en tres grandes grupos: las que utilizan una lista de diagnósticos preestablecida, las que definen un umbral de costos y las que fijan un porcentaje de gasto sobre el ingreso familiar.

Está aceptado por los operadores que participan del sector salud que para las prestaciones mencionadas en el cuadro 1 requieren un tratamiento especial, es necesario buscar mecanismos nuevos para poder financiar y cubrirlas pero para ello es necesario plantearse la concreción de algunas instituciones hoy ausentes en el sistema de salud:

- armado de guías clínicas y protocolos;
- costeo de las prestaciones considerando precios de referencia;
- acreditación de los centros donde se realizan las intervenciones correspondientes;
- utilización del mecanismo de negociación centralizada por parte de la nueva institución reaseguradora que pueda utilizar el poder que brinda la capacidad de compra pero además explorar y avanzar en mecanismos de riesgo compartido en los casos donde las innovaciones todavía no han acreditado la relación costo efectividad exigida;
- creación de una instancia de evaluación de tecnologías que en un primer momento brinde elementos de juicio a todos los actores que participan del sistema (profesionales, jueces, financiadores, pacientes, medios de comunicación y reguladores).

Finalmente me animo a decir que en muchos casos es más conveniente comenzar algo nuevo que intentar reciclar algunas organizaciones que cargan con un fuerte desprestigio y lo digo respecto a la Administración de Prestaciones Especiales que sin dudas tuvo la virtud de adelantarse al problema pero que tuvo claros errores de instrumentación, de falta de transparencia y turbulencia que en nada favorecen un proceso que debe iniciarse.

El establecimiento de prioridades en los sistemas de salud es un proceso eminentemente político que debe ser guiado por objetivos socialmente consensuados y realizarse en forma explícita para garantizar la legitimidad del racionamiento en el contexto en el cual se aplica.

Cuadro 1. Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia

Transplantes	Hepático, hepato-renal, médula ósea, renal, cardíaco, cardiopulmonar, pulmonar, óseo, páncreas e intestino.
Alta Complejidad	Ablación por radiofrecuencia, Cirugía articular compleja de miembro sup. y/o inf.; Microcirugía de reimplante de miembros; Cirugía vaso renal; Cirugía compleja de la columna vertebral; Implante de cardiodesfibrilador; Injerto óseo; Hemodiálisis con riñón artificial; Neurocirugía de alta complejidad; Cirugía estereotáxica incl. Radioneurocirugía; Implante coclear; Tratamiento de grandes quemados; Internación neonatológica de AC con asist. Resp.; Litotricia extracorpórea renal y/o uretral; Ureterorenoscopia con litotomía/litotricia y ectomía por cualquier método; Colocación de stent uretral; Terapia radiante; Operaciones en el aparato de la visión (Laser); Cirugía digestiva compleja; Vías biliares - Derivaciones portosistémicas; Duodenopancreatectomía; Esplenopancreatectomía; Colocación de prótesis esofágicas; Colocación de stent endobronquial; Enfermedades crónicas de largo tratamiento y alto costo; Cirugía cardiovascular central de adultos y pediátrica; Cirugía vascular periférica mayor.
Medicamentos	Módulos de tratamiento para HIV / SIDA adultos y pediátricos; Medicamentos para enfermedades de baja incidencia y alto costo; Drogas inmunosupresoras Post-trasplante; Enfermedad fibroquística del páncreas; Enfermedad de Gaucher; Insuficiencia hipofisiaria; Hemofilia; Fenilcetonuria; Esclerosis múltiple y lateral amiotrófica; Neutropenias severas; Infecciones por estafilococos meticilinoresistentes; Fibrinolíticos; Eritropoyetina.
Accesorios terapéuticos	Prótesis de cadera - Prótesis de rodilla; Estabilizadores de columna - Válvulas hidrocefálicas; Sistemas de derivación ventricular extracraneal; Stent uretral (esfínter urinario externo); Prótesis coclear (electroestimulador auditivo); Equipo de respiración externa presión positiva negativa; Stent coronario o periférico; Material descartable cirugía cardiovascular c/bomba de circulación extracorpórea; Prótesis valvulares mecánicas y/o biológicas; Parches bioprotésicos y dispositivos ocluidores mayores y menores; Endoprótesis arteriales - Prótesis vasculares; Filtros venosos; Cardiodesfibrilador implantable; Marcapaso cardíaco; Materiales descartables para hemodiálisis.

ARGENTINA: EQUIDAD, ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE LOS DATOS DE ENCUESTAS

*Juan Sanguinetti*⁸

1. Introducción

1. La economía argentina creció vigorosamente después de la crisis económica y social de principios de la década pasada. Este crecimiento económico implicó una mejora sustantiva en las condiciones de vida de toda la población. El PIB en dólares per cápita se triplicó entre 2003 y 2010 y el porcentaje de personas que vivía en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza se redujo notablemente al pasar de 54% en 2003 a 12% en 2010. Con el descenso de la desocupación y el crecimiento del empleo formal, la población con seguro de salud (seguridad social, medicina privada y seguros estatales) también aumentó, pasando de 51,9% en 2001 al 63,9% en 2010. Estos cambios en el contexto económico y social constituyen determinantes claves para el estado de la salud de la población, especialmente en aquella más vulnerable.

2. La fuerte expansión de los ingresos públicos tanto a nivel nacional como provincial permitió el aumento en el gasto público social, y en particular, una rápida recuperación de la inversión pública en salud consolidada, es decir, para los tres niveles de gobierno, de 4,3% del PIB en 2003 el gasto público en salud pasó al 6,2% en 2009. El presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) tuvo una fuerte expansión en todo este periodo, aumentando el número y alcance de los programas de prevención, promoción y atención de la salud y los recursos transferidos por dichos programas a las provincias. El gasto del MSN en pesos constantes de 2009 pasó de 2.103 millones de pesos a 5.603 millones de pesos en 2010 y en pesos constantes per cápita prácticamente se triplicó en igual período, al pasar de 56 pesos por persona a 141 pesos a precios constantes de 2009.

3. En las provincias los recursos públicos asignados para la atención de la salud también mostraron una sostenida recuperación. En relación al PIB el gasto público provincial en salud pasó de 1,9% en 2003 a 2,6% en 2010, mientras que en términos per cápita y a valores constantes de 2009 aumentó de 211 pesos a 505 pesos. Sin embargo, considerando el aumento de la población con seguro de salud el gasto público provincial en salud en relación a sus principales usuarios –personas sin cobertura de la seguridad social– mostró un aumento aun más significativo (en pesos constantes de 2009 el gasto público provincial en salud en relación a la población sin seguro de salud pasó de 440 pesos a 2.012 pesos per cápita).

4. La mejora en los determinantes socioeconómicos en el estado de salud de la población tuvo como correlato un aumento en la esperanza de vida de la población y una disminución en la tasa de mortalidad infantil, al pasar de 16,5 por cada 1.000 nacidos vivos en 2003 a 11,9 en 2010. La tasa de mortalidad de los menores de 5 años también se redujo aunque en menor proporción, de 0,7 por cada 1.000 habitantes a 0,5. El otro resultado importante ha sido la baja en la incidencia de nacimientos con bajo peso al nacer, aunque desde 2006 la cifra no ha vuelto a descender. No se observan cambios en la TMM.

5. En resumen, en un contexto de fuerte crecimiento económico e inclusión social y mayores recursos públicos para el sector, los indicadores sanitarios básicos mostraron una relativa mejoría. El aumento de la expectativa de vida de la población y la reducción de la tasa de mortalidad infantil son algunos de los indicadores del sistema de salud que mejoraron desde la salida de la crisis. En otros la mejora no es tan evidente. Este es el caso de la incidencia de bajo peso al nacer, la tasa de mortalidad materna y la incidencia de madres adolescentes. En los tres casos no se observan mejoras a pesar de las políticas dirigidas especialmente para estos grupos de riesgo desde el MSN y los Ministerio de Salud de las provincias.

Cuadro 1.1: Determinantes de la salud en Argentina, 2003-2010

Indicadores	Frecuencia ajustada de tratamientos	2003	2006	2010
PBI per cápita	en dólares per capita	3.382	5.462	9.092
Incidencia de pobreza	personas en hogares bajo línea de pobreza	54,0	31,4	12,0
Tasa de desocupación	I Sem. Total Aglomerados	19,0	10,9	8,1
Población con seguro explícito de salud	en % de población total	51,9	65,1	63,9
Gasto público en salud consolidado	en % del PIB	4,4	4,5	6,2
Presupuesto MSAL	en millones de pesos constantes de 2009	2.103	2.803	5.603
Transferencias MSAL		s/d	s/d	s/d
Gasto público provincial en atención de la salud	en % del PIB	1,9	2,1	2,6
Gasto público provincial en atención de la salud	per capita en pesos constantes de 2009	211	301	505
Cobertura de agua y saneamiento	Población con provisión de agua y saneamiento en %	40,7	s/d	46,9
Esperanza de Vida	Años	73,8		75,2
TIM	tasa x 1.000 nacidos vivos	16,5	12,9	11,9
Bajo peso al nacer	en % del total de nacidos vivos	7,8	7,1	7,1
TMU5	tasa x 1.000 habitantes	0,7	0,6	0,5
TMM	tasa x 10.000 nacidos vivos	4,4	4,8	4,4
Incidencia madres adolescentes	n.v. madre menor a 19 años respecto del total en %	13,6	15,3	15,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, MSAL y MECON.

6. Cabe preguntarse si estos resultados sanitarios conciben con los cambios en los determinantes económicos y sociales de la salud de la población. ¿No deberían observarse mejores resultados sanitarios en virtud de estos cambios? ¿Esta mejora en los indicadores sanitarios se extiende a todo el país y afectan a toda la población? ¿El sistema de salud ha mejorado en términos de equidad interpersonal y regional? ¿El acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud ha mejorado para la población sin cobertura de salud? ¿Se ha reducido la brecha de acceso y utilización de servicios entre la población con seguro explícito de salud y la población que recurre al subsector público? ¿Ha disminuido la brecha de los resultados sanitarios entre provincias de mayor y menor desarrollo relativo?

7. Por otro lado: ¿Este aumento sin precedentes en el presupuesto de salud ha redundado en un número creciente de prestaciones y de mayor calidad? ¿Aumentaron los indicadores de producción? ¿La oferta, resolutivez y calidad de atención han mejorado a la par de estos aumentos del presupuesto o sólo se trata de una recuperación en el pago de los factores de producción?

8. El propósito de este trabajo es comenzar a dar algunas respuestas a estos interrogantes y en alguna medida evaluar algunos resultados básicos del sistema de salud argentino de los últimos años. Desde ya que no es posible responder todos estos interrogantes, nos conformamos con comenzar la discusión sobre estos aspectos centrales del sistema de salud a partir de la información disponible.

9. El documento analiza los resultados alcanzados en materia de cobertura, acceso y utilización de los servicios de salud y explora algunos aspectos de equidad en la oferta y asignación de los recursos del sistema durante el período 2003-2010. El documento intenta, por otro lado, llenar cierto vacío en términos de análisis integrales sobre el sistema de salud argentino. En general, son muy pocos los estudios disponibles sobre los resultados recientes del sistema salud (PNUD, 2011).

10. El documento está organizado en ocho secciones siendo la primera esta introducción. La sección II incluye las fuentes de datos utilizadas. A continuación, en la Sección III se presenta un breve análisis de la situación epidemiológica argentina. Seguidamente, en la Sección IV, se analizan los principales cambios en la cobertura del sistema de salud argentino, a partir de la información provista por diversas encuestas de salud. Luego, en la Sección V, se presenta la evolución del gasto público en salud consolidado, y desagregado para el nivel nacional y provincial de gobierno a partir de los datos consolidados por la Dirección Nacional de Análisis de Gastos Consolidados del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación y un relevamiento propio sobre el gasto provincial en salud realizado para este estudio. Esta sección incluye, además, un análisis de gasto privado en salud a partir de la información de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUGSS). La Sección VI presenta una evaluación de los cambios en la equidad, acceso y utilización de servicios de salud utilizando diversas encuestas. En la Sección VII se describen los principales cambios ocurridos en la oferta de servicios de salud y, finalmente, en la Sección VIII se presentan, a modo de consideraciones finales, los principales hallazgos del estudio.

2. Datos

11. Para el análisis se utilizan una variedad de encuestas recientes y fuentes de información del sistema de salud argentino. Especialmente se analizan los resultados de las Encuestas de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2003, 2005 y 2010, de la primera y segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Con excepción de esta última, estas encuestas permiten evaluar en el tiempo el acceso y la utilización de los servicios de salud según ciertas características socio demográficas de la población.

12. La EUGSS fue realizada por el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires a solicitud de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación^a. Se trata en los tres casos de encuestas de hogares de alcance nacional con representación para toda la población. Las encuestas de utilización y gasto en servicios de salud son, como señala Jorrat (2008), el único relevamiento estadístico, dentro de la metodología de encuestas a hogares, que posibilita analizar en una misma unidad –conceptual y operativa– la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población. El enfoque teórico que presupone la encuesta es que existen desigualdades con relación a la cobertura, la utilización y el gasto en salud, según distintas variables sociodemográficas, como la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la ocupación, el nivel de ingreso, la localización espacial de la población y por sobre todo ello, su condición de afiliación o cobertura de salud.

13. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo fue realizada en 2005 y 2009 con el objeto de contar con una línea de base sobre la prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles mediante un corte transversal y evaluar, a través de encuestas periódicas, su evolución en el tiempo. La ENFR 2005 se implementó conjuntamente con INDEC en los meses de marzo a junio de 2005 con una muestra de aproximadamente 50.000 viviendas en las 23 provincias y la Ciudad de Buenos Aires. La población bajo estudio fueron las personas mayores de 18 años que habitaban en hogares particulares de ciudades de más de 5.000 habitantes, de todo el país. La encuesta se repitió con similar estructura en 2009.

14. Adicionalmente se utilizaron los datos de defunciones de la DEIS para los años 2005 y 2010, y los anuarios “Estadísticas Vitales – Información Básica” correspondientes a esos años. Para el relevamiento y análisis de la oferta de servicios de salud se recurrió a datos de ciertos programas del Ministerio de Salud de la Nación (Programa Remediar, por ejemplo) y a información del Sistema Integrado de Información de Salud Argentino (SISA). Para el análisis del gasto e inversión pública en salud se utilizó la serie histórica de gasto público social que elabora la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación que lamentablemente interrumpió su difusión en 2009. Además, mediante un relevamiento propio se pudo analizar la composición del gasto público en salud de las provincias a partir de la información de las cuentas de inversión de una muestra representativa de provincias.

3. Situación epidemiológica argentina

15. La forma más adecuada de analizar la situación de salud de una población es a través de los indicadores epidemiológicos. En general, los indicadores de mortalidad (general, infantil y materna) y la esperanza de vida, todos ellos expresados en la pirámide poblacional, suelen dar una impresión aproximada del perfil epidemiológico de una población. Sin embargo la tendencia de otros indicadores como los de mortalidad específica y la morbilidad son esenciales para definir la situación de salud de una población determinada. La desagregación geográfica de estos mismos indicadores también contribuyen a establecer un adecuado diagnóstico sobre la situación de salud de la población.

16. **Argentina, dada las diferencias existentes en las condiciones de vida de la población (producto de las diferentes estructuras socioeconómicas regionales), presenta un perfil epidemiológico dual, en el que coexisten problemáticas de salud típicas de países en desarrollo asociadas a condiciones perinatales, morbimortalidad materna, enfermedades transmisibles y lesiones, con enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo propias de países desarrollados (Abriata y Barberi, 2010).**

17. **El país está transitando un sostenido proceso de envejecimiento poblacional, lo que también determina cambios en su perfil epidemiológico.** El incremento de la esperanza de vida ha generado un aumento en la proporción de la población adulta. Actualmente el 10,2% de la población tiene más de 65 años, cuando en 1991 este grupo representaba el 7,4% de la población. En otro extremo de la pirámide, del 30,2% que representaba la población de 0-14 años en 1991, el Censo 2010 indica que la población infantil representa el 25,4% (ver Figura 3.1).

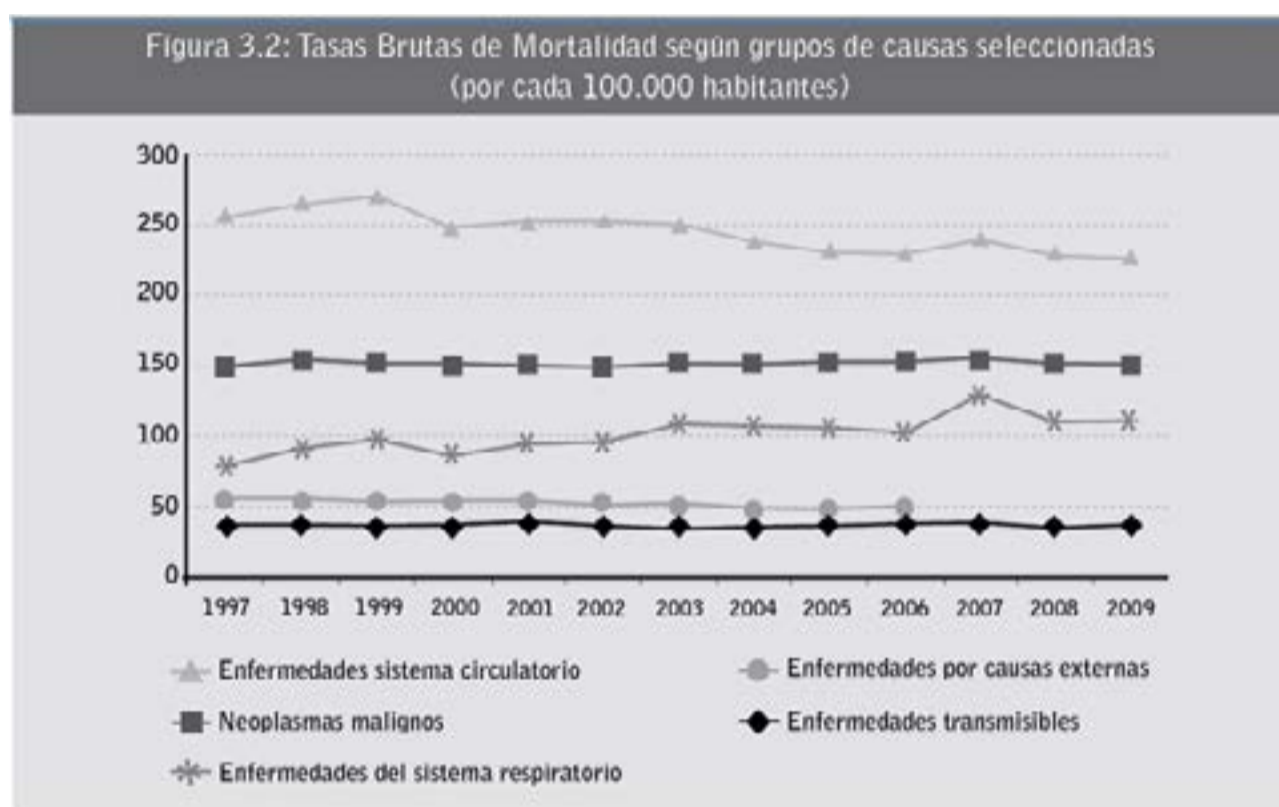
18. En este contexto, Argentina enfrenta un doble desafío como consecuencia de los cambios sociales, económicos y demográficos; por una parte, debe enfrentar los problemas tradicionales de salud como las enfermedades contagiosas e infecciones que afectan, en mayor medida, a grupos específicos en ciertas regiones, la mortalidad materna e infantil y por otra parte, debe lidiar con los nuevos problemas surgidos del desarrollo y de los cambios en los hábitos y modos de vida.



Fuente. Elaboración propia en base a datos de los Censos de Población de INDEC.

19. Además, y como ocurre en otros países de la región (ver CEPAL, 2005 y CEPAL 2011) el cambio del perfil de la mortalidad según causas y de la distribución de las defunciones según la edad, se manifiesta en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del período perinatal, dando paso a un predominio relativo de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos), así como de las causas externas provocadas por violencia, accidentes y traumatismos. En ello inciden tanto la mayor baja de la mortalidad por el primer grupo de causas, que afectan principalmente a los niños, así como el cambio en la estructura por edades de la población, que conduce a un incremento de las defunciones de adultos mayores (CEPAL, 2005).

20. La Figura 3.2 exhibe la evolución de las tasas brutas de mortalidad según grupos de causas seleccionadas para el período 1997 – 2009. La figura muestra una TBM debida a enfermedades del sistema circulatorio en descenso sostenido desde mediados de la década de 1990 (de 256,4 en 1997 a 224,0 en 2009), un crecimiento de las TBM de enfermedades del sistema respiratorio (de 78,9 en 1997 a 113,5 en 2009, llegando en 2007 a 122,9) y prácticamente ningún cambio en las TBM por tumores malignos y enfermedades infecciosas y parasitarias que se han estabilizado en todo este período.



Fuente: DEIS

21. Otro abordaje a la situación epidemiológica argentina es el análisis de la evolución de la esperanza de vida al nacer (EV). Se trata de un indicador clave del desarrollo de los países, tanto por la evolución del promedio nacional como de las disparidades que se presentan entre regiones o en el caso argentino entre provincias.

22. El Cuadro 3.1 (página 95) muestra la evolución de la EV desde principios de la década de 1950 hasta el 2000 y una proyección desde 2005 a 2015. La esperanza de vida al nacer aumentó 10,5 años desde 1950 hasta el año 2000. El Cuadro también muestra la diferencia de expectativa de vida según sexo. La expectativa de vida de la mujer respecto del hombre difiere en más de siete años, una diferencia que ha ido en aumento. Las proyecciones realizadas para los quinquenios comprendidos entre 2000 y 2015 prevén una EV de 76,1 años para el quinquenio 2010-2015.

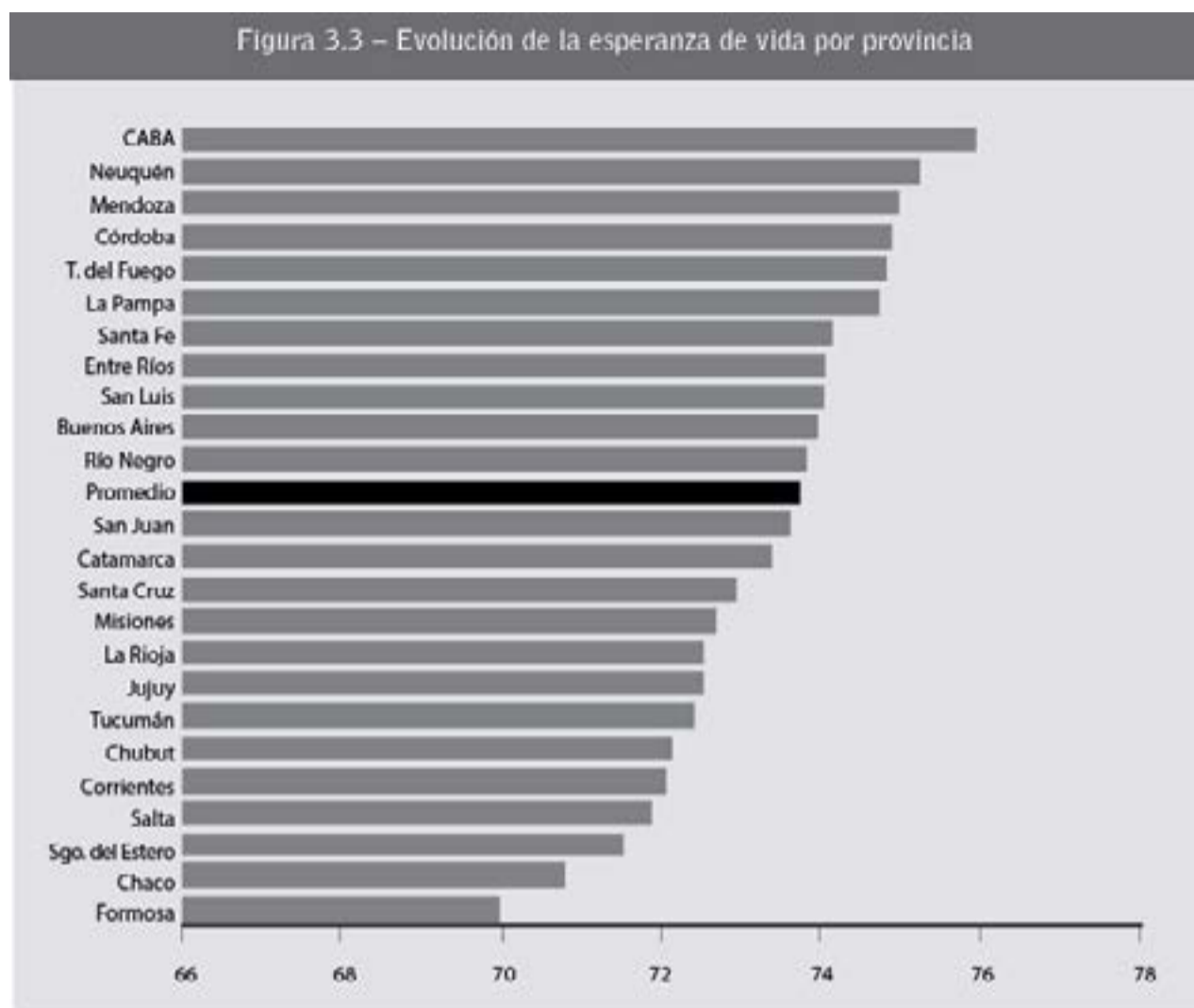
23. El otro aspecto para destacar son las diferencias en la proyección de esperanza de vida al nacer entre provincias. La brecha, que sigue siendo importante entre las provincias de mayor y menor desarrollo relativo es un indicador incontestable de desigualdad sanitaria. Estas diferencias en la EV reflejan la existencia de un perfil epidemiológico dual en el que coexisten en distintos ámbitos geográficos problemáticas de salud típicas de países en desarrollo asociadas a condiciones perinatales, morbilidad materna, enfermedades transmisibles y lesiones, con enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo propias de países desarrollados.

Cuadro 3.1: Esperanza de vida al nacer por sexo, por quinquenio
Esperanza de vida al nacer

Quinquenio	Esperanza de vida al nacer (en años)			
	Total	Varones	Mujeres	Diferencia
1950-1955	62,73	60,42	65,14	4,7
1955-1960	64,74	62,14	67,44	5,3
1960-1965	65,48	62,47	68,62	6,2
1965-1970	65,98	62,75	69,33	6,6
1970-1975	67,37	64,1	70,78	6,7
1975-1980	68,76	65,44	72,22	6,8
1980-1985	70,21	66,82	73,74	6,9
1985-1990	71,03	67,58	74,62	7
1990-1995	72,13	68,6	75,8	7,2
1995-2000	73,23	69,65	76,95	7,3
2000-2005	74,28	70,6	78,1	7,5
2005-2010	75,24	71,56	79,06	7,5
2010-2015	76,13	72,45	79,95	7,5

Fuente: elaboración propia en base a datos de INDEC.

Figura 3.3 – Evolución de la esperanza de vida por provincia



Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores Básicos de Salud.

Mortalidad

24. La tasa de mortalidad específica del país mostró en 2009 un valor de 7,6 por 1.000 habitantes (8,2 para hombres y 7,0 para mujeres), el mismo valor observado en 2008. Los Cuadros 3.2 A y 3.2B (página 97) presentan las primeras cinco causas de muerte por grupo etario para 2009 y 2003 según datos de Estadísticas Vitales. Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar dentro de las causas de muerte de los argentinos seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias. Este resultado se observa tanto en 2009 como en 2003. En el cuarto y quinto lugar se ubican las enfermedades cerebrovasculares y respiratorias. No obstante, esta situación cambia si se la analiza por grupos de edad, así las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas representan el 70% de las muertes de 0 a 4 años de edad. Los accidentes son la principal causa de muerte entre los 5 y 34 años, explican más del 23% de las muertes prematuras para este grupo etario. Los suicidios son la segunda causa de muerte entre los 15 y 24 años, explican el 13,5% de las muertes prematura para este grupo. Entre los 35 y 74 años la principal causa de muerte son los tumores malignos, la segunda, las enfermedades cardiovasculares, con excepción del grupo de 35 y 44 que como segunda causa de muerte se ubican los accidentes (12,2%). En relación a las principales causas de muerte de 2003 los cambios más significativos tienen que ver con la preponderancia de las muertes por causas externas como accidentes, suicidios y agresiones.

25. **La tasa de mortalidad infantil mostró en la década pasada un descenso abrupto a medida que la economía se recomponía. Si bien este descenso continúa muestra una desaceleración.** La tasa de mortalidad infantil es otro indicador relevante del estado de salud y de la situación epidemiológica de una población. Como se exhibe en la Figura 3.4, el descenso en la mortalidad infantil ha sido muy importante en los últimos 30 años. La mortalidad infantil pasó de 32,2 por mil nacidos vivos a principios de los 80 a 12,1 en 2009. También, se observa cierta sensibilidad del indicador al contexto económico y social del país. En particular, las sucesivas crisis económicas han afectado y perturbado su tendencia general descendente, como se manifiesta en los primeros años de la década de 1990 y 2002. En 2007 se produce un nuevo aumento en la mortalidad infantil causado por otros factores que no necesariamente están asociados al contexto económico y social.



Fuente: DEIS

Cuadro 3.2 A: Principales causas de muerte según grupos de edad, 2009

Total	0 a 4		5 a 14		15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		65 a 74	
Cardiovasculares	Afecciones perinatal	45,2%	Accidentes	27,7%	Accidentes	30,2%	Accidentes	23,2%	Tumores	21,7%	Tumores	30,2%	Tumores	32,0%	Tumores	28,3%
Tumores	Malformaciones congénitas	24,7%	Tumores	14,1%	Suicidios	13,5%	Tumores	12,4%	Accidentes	12,2%	Cardiovasculares	17,2%	Cardiovasculares	20,9%	Cardiovasculares	24,1%
Infecciones respiratorias agudas	Respiratorias	5,8%	Respiratorias	6,3%	Otros eventos de intención	11,5%	Suicidios	9,1%	Cardiovasculares	10,8%	Accidentes	6,4%	Cerebrovasculares	6,4%	Cerebrovasculares	7,1%
Cerebrovasculares	Accidentes	5,6%	Malformaciones congénitas	6,0%	Agresiones	9,8%	Otros eventos de intención	8,1%	Respiratorias	6,2%	Cerebrovasculares	6,4%	Respiratorias	4,3%	Respiratorias	5,1%
Insuficiencia respiratoria no clasificada	Septicemias	2,3%	Otros eventos de intención	4,5%	Tumores	7,4%	Agresiones	6,7%	Virus inmunodeficiencia humana	5,9%	Respiratorias	5,0%	Diabetes	3,9%	Diabetes	4,2%

Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS

Cuadro 32 B: Principales causas de muerte según grupos de edad, 2003

Total	0 a 4		5 a 14		15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		65 a 74	
Cardiovasculares	Afecciones periodo perinatal	43,4%	Accidentes	29,3%	Accidentes	26,2%	Accidentes	21,5%	Tumores	21,8%	Tumores	29,2%	Tumores	29,8%	Tumores	25,4%
Tumores	Malformaciones congénitas	19,4%	Tumores	13,3%	Agresiones	15,0%	Tumores	11,3%	Accidentes	11,7%	Cardiovasculares	15,0%	Cardiovasculares	18,3%	Cardiovasculares	20,9%
Respiratorias	Respiratorias	10,4%	Respiratorias	7,9%	Suicidios	14,8%	Agresiones	10,1%	Cardiovasculares	9,9%	Cerebrovasculares	8,9%	Respiratorias	9,3%	Respiratorias	12,4%
Cerebrovasculares	Accidentes	5,9%	Malformaciones congénitas	4,9%	Otros eventos de intención	8,6%	Virus inmunodeficiencia humana	8,2%	Respiratorias	7,2%	Respiratorias	7,6%	Cerebrovasculares	8,3%	Septicemia	8,6%
Septicemias	Septicemias	2,8%	Otros eventos de intención	2,6%	Tumores	7,3%	Suicidios	8,1%	Cerebrovasculares	6,7%	Accidentes	5,8%	Diabetes	4,1%	Cerebrovasculares	8,3%

Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS Mortalidad infantil: evolución agregada y diferencias regionales

26. Las causas principales de mortalidad infantil en Argentina se han mantenido relativamente estables en los últimos años. Las principales están asociadas con las afecciones relacionadas con el periodo perinatal, malformaciones congénitas, dificultades respiratorias y enfermedades infecciosas y parasitarias. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales, y de acuerdo a estadísticas vitales 2009, más del 50% de la mortalidad infantil es reducible por diagnóstico y tratamiento oportuno (ver Cuadro 3.4). En el caso de la mortalidad neonatal, a través de diagnóstico y tratamiento en el embarazo, en el parto y al recién nacido se podrían evitar el 54,3% de las muertes infantiles. En la mortalidad postneonatal, el 52,6% es reducible con prevención y tratamiento.

Cuadro 3.4: Descomposición de la TMI					
	2003	%	2009	%	Diferencia
Neonatal	10,5	64	8,0	66	31,7
Post neonatal	5,9	36	4,1	34	44,3
TMI	16,5	100	12,1	100	36

Fuente: Estadísticas Vitales.

27. El Cuadro 3.5 exhibe las muertes neonatales reducibles por diagnóstico y tratamiento para 2003 y 2009. Como se puede observar durante este período se produjo una disminución importante en la tasa de mortalidad neonatal reducible por diagnóstico y tratamiento en el embarazo, en el parto y en el recién nacido, aunque en este último caso la baja ha sido menos significativa.

Cuadro 3.5: Defunciones Neonatales y tasas de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos reducibles por diagnóstico o tratamiento							
	2003			2009			variable de la TMI neonatal (%)
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	
Total	7.345	100	10,5	5.956	100	8,0	-23,8
Total reducibles	4.058	55,2	5,8	3.235	54,3	4,3	-25,9
En el embarazo	2.514	34,2	3,6	1.925	32,3	2,6	-27,8
En el parto	756	10,3	1,1	554	9,3	0,7	-36,4
En el recién nacido	788	10,7	1,1	756	12,7	1,0	9,1

Fuente: Estadísticas Vitales.

28. A nivel regional aunque persisten las desigualdades en la mortalidad infantil entre provincias de mayor y menor desarrollo relativo, la brecha entre regiones muestra un fuerte achicamiento. La diferencia en la TMI entre Chaco y Tierra del Fuego que ascendía a 20 puntos en 2003 se recortó a solo 5 puntos en 2010. La evolución de la tasa de mortalidad infantil también ha sido dispar entre provincias. Las provincias con mejor performance lograron reducir la TMI entre 2003 y 2010 en más de un 40% como el caso de Chaco, La Pampa, San Juan, Río Negro y Tucumán. En el otro extremo Mendoza y Tierra del Fuego muestran una suba en la TMI en dicho período. Entre las provincias con peor desempeño en relación a este indicador, se destaca Santiago del Estero que no ha logrado reducir su TMI en todo este período. (ver Figura 3.5).

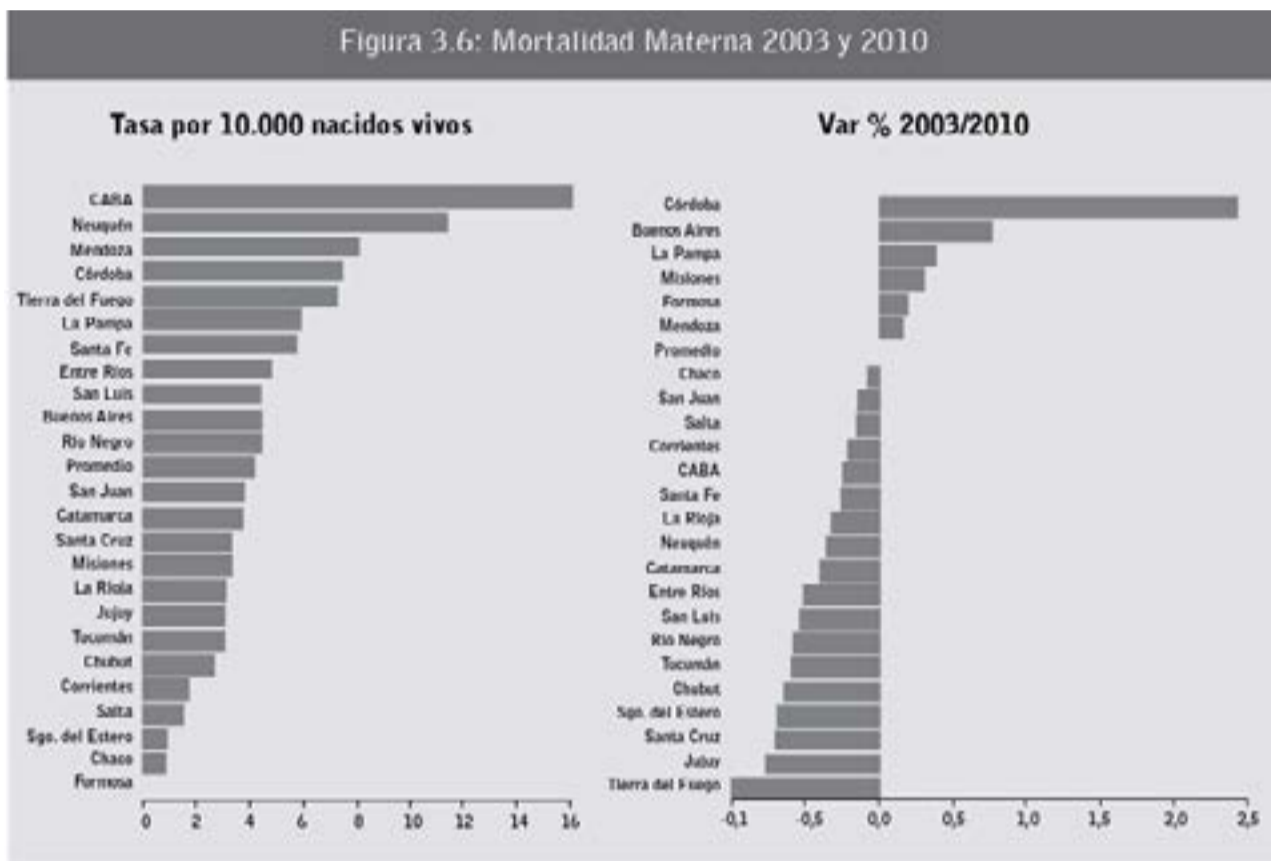
Figura 3.5: Mortalidad Infantil 2003 y 2010



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales

Mortalidad materna

29. La mortalidad materna es otro indicador estructural para analizar el estado de salud de una población y evaluar los resultados de un sistema de salud. Según el último dato disponible la tasa de mortalidad materna ascendía en 2010 a 4,4 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos. Un valor relativamente bajo desde el punto de vista regional pero en aumento respecto del valor registrado en 2003 de 4,4 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos. La muerte materna en Argentina está asociada fundamentalmente a causas obstétricas directas y embarazo terminado en aborto. Ambas causas explican más del 40% de las muertes maternas. La disparidad en las tasas de mortalidad materna entre provincia también son significativas y elocuentes sobre cierta desigualdad en los resultados sanitarios del sistema. Lo mismo que la evolución reciente de la tasa de mortalidad materna entre provincias. En este caso dada la baja frecuencia de ocurrencia hubo provincias que lograron disminuir la tasa en los últimos años y otras que la aumentaron.



Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores Básicos de Salud.

Enfermedades transmisibles y no transmisibles

30. Como se expuso anteriormente, el predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) sobre las transmisibles es característica de aquellos países que han completado la denominada transición epidemiológica. En este contexto, Argentina presenta esas características, pero –manteniendo tasas de mortalidad de distinto orden de magnitud– evidencia durante la serie temporal analizada tendencias dispares, asociadas a distintas combinatorias de factores demográficos, socioeconómicos, alimentarios y sanitarios en las diferentes realidades que caracterizan a las jurisdicciones en que se divide el país.

La mortalidad por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, por ejemplo, muestra una reducción en su tasa de incidencia entre 2003 y 2009 aunque la tendencia muestra ciertas oscilaciones. La evolución del número de casos de enfermedades transmisibles y emergentes tampoco muestra una mejora sostenida salvo TBC y Sida que exhiben una reducción sostenida del número de casos.

Cuadro 3.6: Mortalidad por enfermedades transmisibles							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Casos	14.079	13.343	14.028	15.099	14.631	13.604	14.092
Tasa por 100.000 habitantes	37,2	34,9	36,3	38,7	37,2	34,2	35,1

Fuente: Dirección de Epidemiología.

31. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) incluyen, entre las más significativas, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos tipos de cáncer (mama, cervicouterino, pulmón y colorrectal). Los resultados de Estadísticas Vitales indican que la mortalidad por estas causas representa conjuntamente cerca del 20% del total de muertes registradas en 2008, mientras que las enfermedades transmisibles sólo constituyen el 4% de las mismas. Dentro de las ECNT, se distingue a las enfermedades cardiovasculares como aquellas con mayor participación en la tasa de mortalidad total (alrededor de un 11% del total de muertes). Las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres, no sólo en el agregado sino también cuando se desagregan las causas de muerte entre enfermedades transmisibles y no transmisibles, y pese a que dos de las causas de muerte por ECNT son específicamente femeninas (cáncer cervicouterino y de mama). En términos porcentuales, las brechas entre las tasas de mortalidad de hombres y mujeres son mayores para cardiopatía isquémica, EPOC y cáncer de pulmón (Marchoni, et al, 2011).

**Cuadro 3.8: Enfermedades Transmisibles y Emergentes
Número de casos**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inmunoprevenibles							
Rubeola			694		96	1.087	
Tétanos neonatal	19	25	5	7	9	8	15
Hepatitis A y sin especificar			27.773	1.0308	3.877	1.896	
TBC	12.258	12.079	11.242	11.238	10.683	10.437	10.649
Meningitis TBC < 5 años	17	12	8	2	2	12	8
De transmisión sexual							
Sífilis congénita	742	838	603	582	767	680	635
Infección por VIH	3.379	3.989	4.064	4.358	3.411	5.009	3.706
SIDA	1.787	1.781	1.560	1.586	1.115	1.717	1.186
Transmisión por vectores							
Leptospirosis	377	202	197	74	721	90	73
Chagas agudo vectorial	18	23	16	23	11	61	39
Hantavirus	56	63	75	116	95	92	79
Dengue							
Cólera			1				

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Epidemiología.

32. A manera de cierre, dada la estructura del sistema de salud argentino, la situación epidemiológica es el resultado del contexto económico y social de cada jurisdicción y de los recursos asignados al sistema de salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Resulta indispensable por ello, analizar el sistema de salud no como un sistema integral e integrado, sino como una serie de subsistemas de salud regionales condicionados por la realidad epidemiológica y las políticas, acciones de salud y recursos asignados en cada una de las jurisdicciones, sistemas que por otra parte interactúan con las políticas y los recursos asignados desde el MSN a las provincias en forma tanto complementaria como suplementaria para la consecución de las metas sanitarias.

4. Cobertura del sistema de salud argentino

33. En el sistema de salud argentino conviven una multiplicidad de mecanismos de aseguramiento dependiendo de la condición laboral y los niveles de ingreso de la población. El sistema se compone de tres segmentos: la seguridad social, los seguros privados y medicina prepaga y el subsector público. El subsistema de la seguridad social brinda un seguro integral de salud a distintos grupos de población conforme a la situación laboral del jefe de hogar. Este subsistema está conformado por aquellos beneficiarios de las obras sociales sindicales o nacionales (aproximadamente 291 en todo el país), las obras sociales de los empleados públicos provinciales y municipales (una por provincia) y los jubilados y pensionados que cuentan con la cobertura del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Las personas de ingresos medios y altos, especialmente trabajadores autónomos, pero también asalariados no registrados e inactivos, generalmente acceden a la cobertura de salud a través de la compra de seguros privados, principalmente provistos por empresas de medicina prepaga. Asimismo, este sector brinda cobertura a personas que por su condición de actividad aportan a una obra social pero optan por una segunda cobertura. Por último están aquellos que se atienden en el subsistema público, por lo general personas que al no tener los beneficios de la seguridad social, por encontrarse desempleados o trabajan en negro, concurren a los establecimientos de salud gestionados desde el gobierno nacional, las provincias y los municipios. Este último grupo a diferencia de los dos anteriores no cuentan con un paquete de servicios de salud explícito o plan médico, con excepción de los beneficiarios del Plan Nacer que cuentan con un paquete básico de servicios de salud.

34. En el sistema de salud argentino conviven un gran número de regímenes y modalidades de aseguramiento y una amplia red de efectores financiados mayoritariamente por mecanismos contributivos y fondos públicos.

35. Además, la característica federal del país implica que cada provincia tenga amplia independencia en la toma de decisiones respecto de la organización del sistema y la asignación de los recursos públicos, a excepción de ciertos programas de salud coordinados y financiados desde el Gobierno Nacional (Plan Nacer, REMEDIAR, Médicos Comunitarios, por ejemplo). Dada esta fragmentación de los mecanismos de aseguramiento de la salud importa analizar los cambios en los niveles de cobertura de cada uno de estos subsistemas.

36. Las encuestas de utilización y gasto en servicios de salud relevan información sobre los porcentajes de afiliación en estos subsistemas de salud por edad, sexo, localidad e ingreso del hogar. Esta información es muy valiosa para evaluar la disponibilidad y acceso a los servicios de salud por parte de la población. El Cuadro 4.1 muestra los porcentajes de cobertura y el número estimado de beneficiarios de los distintos subsistemas de aseguramiento en 2003, 2005 y 2010 conforme a los datos de las EUGSS.

37. Según la última encuesta de utilización de servicios de salud, en 2010 el 66,6% de la población contaba con un seguro explícito de salud (obra social o medicina prepaga). Los afiliados a una obra social representaban el 57%, los afiliados a una empresa de medicina prepaga el 8% y los afiliados a otros sistemas el 1,6%. La población sin cobertura explícita de salud y por lo tanto que deben recurrir al subsistema público representaban en 2010 el 33,4%. Según los datos de esta última encuesta se estima que 13,4 millones de personas no contaban con un seguro formal de salud y por lo tanto utilizaban los servicios de salud que brindan las provincias y en algunos casos los municipios. Estos datos coinciden con los resultados del Censo de Población 2010 que indican que la población sin seguro de salud ascendía en 2010 a 36% de la población total.

Cuadro 4.1: Población por condición de afiliación

	2003		2005		2010	
	En %	Número	En %	Número	En %	Número
Obra social	36,1	13.389.032	39,3	14.908.953	57	22.852.075
Prepago	12,9	4.784.446	11,4	4.317.147	8,0	3.207.309
Otros sistemas	9,2	3.412.163	6,6	2.507.587	1,6	641.462
No afiliados	41,8	15.503.089	42,7	16.198.786	33,4	13.390.514
Total	100	37.088.731	100	37.936.266	100	40.091.359

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

38. Los datos muestran como a medida que la economía se recuperaba y el empleo formal se expandía, el porcentaje de la población con seguro de salud crecía, pasando de 36,1% en 2003 a 57% en 2010. Paralelamente disminuía el porcentaje de afiliados a la medicina prepaga y a otros mecanismos de afiliación voluntaria. En este contexto, el porcentaje de la población que utilizaba los servicios públicos de salud también disminuyó, al pasar de 41,8% a 33,4%.

Cuadro 4.2: Población afiliada por edad

	2003	2005	2010
0 a 14 (a)	52,9	57,3	61,0
15 a 29 (b/c)	49,0		52,0
30 a 44	57,2	62,8	62,7
45 a 59 (d)	64,7		68,1
65 y más (e)	89,6	84,8	91,7

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Notas: (a) de menos de 18 años en 2003. (b) de 18 a 29 años en 2003. (c) de 15 a 64 años en 2005. (d) de 45 a 64 en 2003. (e) de 60 y más en 2010.

39. En términos de la estructura etárea la encuesta de 2010 muestra que el porcentaje de población afiliada disminuyó al pasar del grupo de 0-14 años al de 15 a 29 años, seguramente por la desaparición de la protección automática de los menores al cumplir los 18 años y un nivel de desempleo mayor de los jóvenes de 18 a 29 años (Cuadro 4.2). La cobertura del primer grupo ascendía en 2010 al 61% mientras que para el segundo grupo al 52%. Otro hecho significativo ha sido un aumento en la cobertura de salud de la tercera edad. El porcentaje de afiliación aumentó hasta llegar al 92% en el caso de las personas de más de 65 años como consecuencia de un mayor acceso al sistema jubilatorio por los regímenes especiales. En los años anteriores se observa la misma curva de afiliación. Lamentablemente, la encuesta no utiliza los mismos grupos etarios por lo que no es posible hacer un análisis más profundo de la evolución de los porcentajes de cobertura por grupo de edad.

40. En cuanto a los porcentajes de afiliación por ingreso per capita familiar la última encuesta muestra un mayor nivel de cobertura en los quintiles de ingreso familiar más elevados, 78,9% y 83,3% en el quintil 4 y 5 respectivamente contra 43,4% y 60,7% en el primero y segundo quintil (Cuadro 4.3). **Respecto de los años anteriores (2003 y 2005) la encuesta de 2010 muestra un importante recorte en el diferencial de afiliación entre el primer quintil de ingreso familiar y los dos últimos quintiles. Es indudable que se produjo una mayor equidad en términos del porcentaje de cobertura de salud por estrato de ingreso familiar.**

Cuadro 4.3: Población con seguros de salud por ingreso per capita familiar

	2003	2005	2010
Q1	25,8	36,9	43,4
Q2	54	40,8	60,7
Q3	73,2	70,2	61,8
Q4	70,0	74,5	78,9
Q5	85,6	84,2	83,3

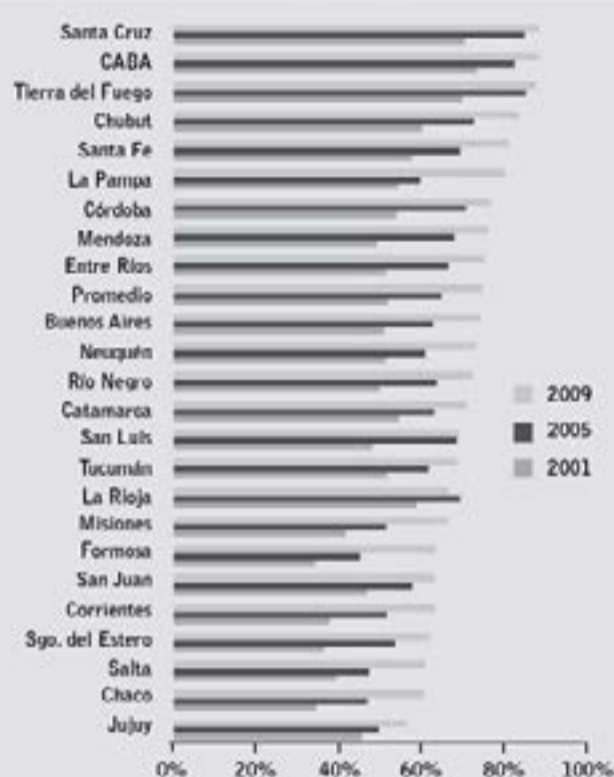
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

41. Los datos de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2009) elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación son consistentes con estos mayores índices de aseguramiento. Como se exhibe en la Figura 4.1 los niveles de cobertura de salud aumentaron significativamente entre 2001 (dato del Censo de Población y Vivienda) y 2009 (ENFR). Según esta última encuesta, el 75% de la población contaba con la cobertura de un seguro de salud. La provincia de Jujuy mostraba el índice de aseguramiento más bajo con solo el 57% de su población manifestando tener un seguro de salud y Santa Cruz, en el otro extremo, con el 88,6% de su población asegurada.

42. En Argentina, la incidencia de seguro formal de salud se encuentra asociado al nivel de desarrollo económico de cada jurisdicción como lo manifiesta la Figura 4.2. Sin embargo, nuevamente en comparación con los porcentajes de cobertura que arrojaban el Censo de Población y Vivienda de 2001 y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 la brecha entre provincias se fue acortando en este último periodo. En las provincias de menor desarrollo relativo es donde más creció el porcentaje de población con seguro de salud, como Chaco, Santiago del Estero, Corrientes y Formosa. Se espera que los datos que arroje el Censo 2010 logren confirmar este resultado.

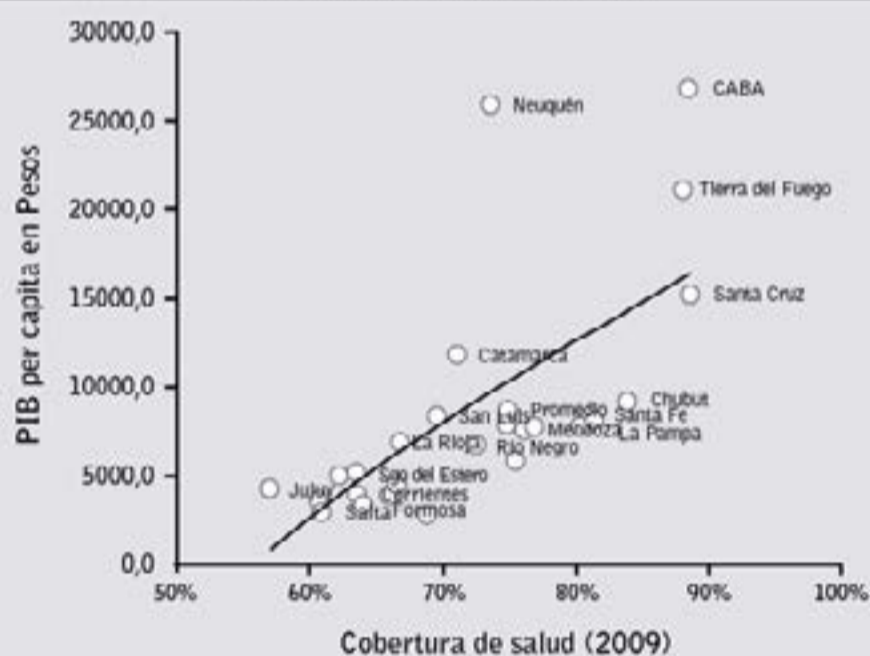
43. El crecimiento de la cobertura de salud mediante el subsistema de la seguridad social constituye un cambio estructural del sistema de salud argentino post crisis. Es indudable que la política de salud debe tomar nota de este crecimiento del número de beneficios del subsector de la seguridad social para revisar las políticas de salud pública impulsadas desde el Ministerio de Salud de la Nación. Sin duda que para lograr un impacto mayor en la reducción de ciertas patologías y conductas de la población es necesario diseñar políticas integrales que incorporen a la población atendida por las obras sociales.

Figura 4.1: Población con seguro explícito de salud (en %)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2001 (INDEC) y ENFR (2005 y 2009).

Figura 4.2: Relación entre cobertura de salud y PIB per cápita provincial (en pesos constantes de 1993)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009 y Consejo Federal de Inversiones.

5. Gasto en salud

A. Análisis agregado del gasto de salud argentino

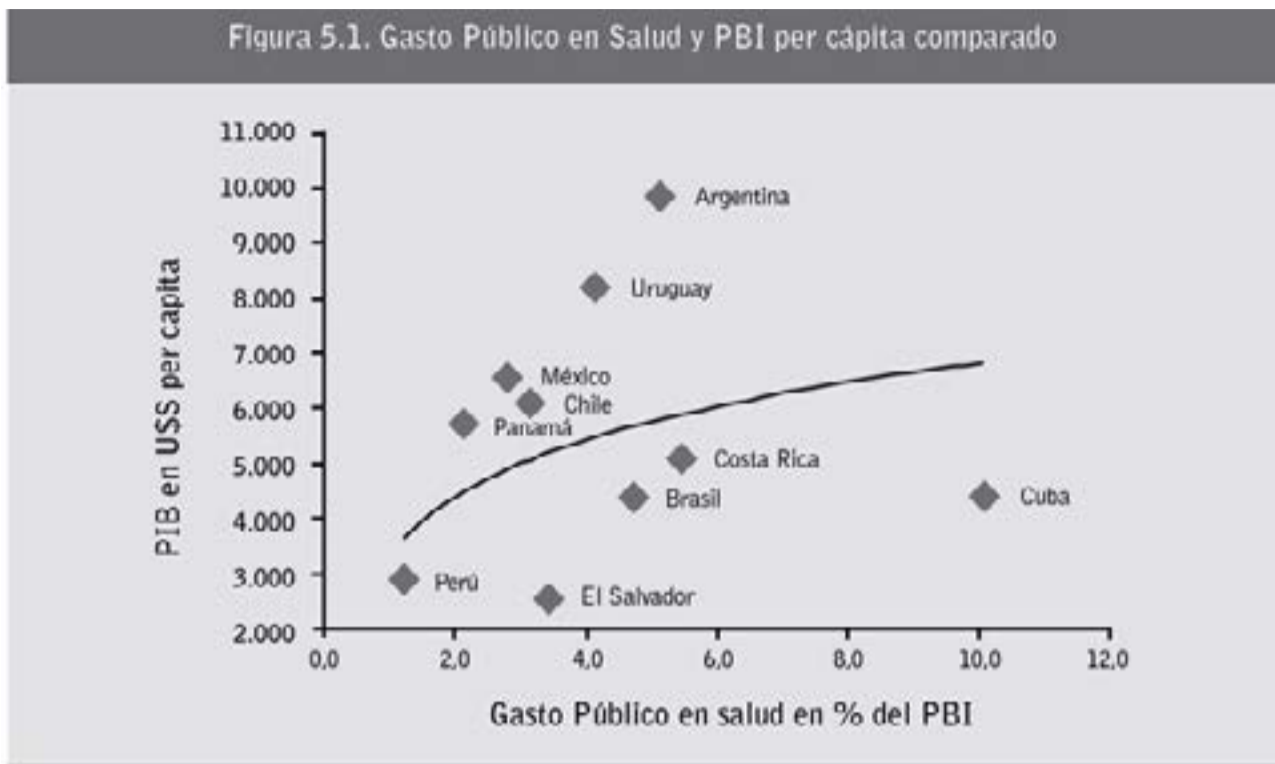
44. Argentina ha tenido históricamente un nivel de gasto en salud elevado en relación a los países de la región, sólo superado por Uruguay que exhibe valores comparables a los países más desarrollados. Para 2009, en base a información oficial y estimaciones privadas, es posible estimar un gasto en salud público y privado del 9,1% del PIB, aproximadamente US\$ 700 per cápita. Es importante indicar que a diferencia de Chile o Uruguay nuestro país carece de un programa permanente de cuentas nacionales de salud, y por lo tanto la última estimación oficial del gasto en salud difundida incluyendo el gasto privado es del año 2000. La estructura por sectores se exhibe en el Cuadro 5.1.

45. Respecto del dato del año 2000 los cambios más importantes en la composición del gasto en salud están asociados al aumento de la participación del sector público y de las obras sociales como proveedores de servicios de atención de la salud y el menor peso relativo del gasto privado o de bolsillo. El gasto público en salud realizado desde los tres niveles de gobierno pasó de 2,0% del PIB en el 2000 a 2,4% en 2009. El gasto de los seguros de salud (obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y PAMI) pasó en igual período de 2,9% del PIB a 3,4% del PIB. Así, el peso del sector público y de la seguridad social aumentó en casi un punto porcentual del producto. Por el contrario, se manifiesta una menor participación del gasto privado en salud, de 4,4% en 2000 a 3,3% en 2009, según estimaciones no oficiales. Estos resultados son consistentes con la correlación entre el crecimiento económico, el empleo formal y el gasto de los seguros sociales, en este caso en particular, el aumento del gasto de las obras sociales como consecuencia de un mayor número de beneficiarios de la seguridad social.

Cuadro 5.1: Gasto Argentino en Salud, según efectores en % del PIB y en millones de pesos corrientes			
	2000	2009	
	En % del PIB	En millones de pesos corrientes	En % del PIB
Sector Público	2,02	29.420	2,4
Nacional	0,29	5.378	0,44
Provincial	1,4	20.046	1,64
Municipal	0,33	3.996	0,33
Seguridad social	2,94	41.732	3,41
Obras Sociales Nacionales	1,36	21.418	1,75
PAMI	0,81	10.347	0,84
Obras Sociales Provinciales	0,77	9.967	0,81
Subtotal Sector Público y Seg. Social	4,96	71.152	5,81
Privado	4,24	40.415	3,3
Total	9,2	111.567	9,11

Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones de Ministerio de Economía y Key Markets.

46. El gasto público en salud Argentino es también elevado en el contexto de los países de América Latina y el Caribe. No obstante, es uno de los que menos gasta en términos de su economía (ver Figura 5.1).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CEPAL.

B. Gasto Público en Salud: evolución reciente

47. La evolución del gasto público en salud argentino se exhibe en la Figura 5.2. La serie incluye el gasto ejecutado desde los tres niveles de Gobierno (nacional, provincial y municipal) para el período 2000-2009. Como se observa en el gráfico, el gasto público en salud consolidado aumentó desde 2004 por encima del crecimiento de la economía, al pasar de 5 puntos del PBI en el año 2000 a 6,2 puntos del PBI en 2009. Sin embargo, se observa también a partir de 2002 una pérdida sostenida en la participación del gasto público en salud como porcentaje del gasto público argentino, pérdida que comenzó a revertirse con los fuertes aumentos en los presupuestos de salud de la nación y las provincias ocurridos en 2008 y 2009.

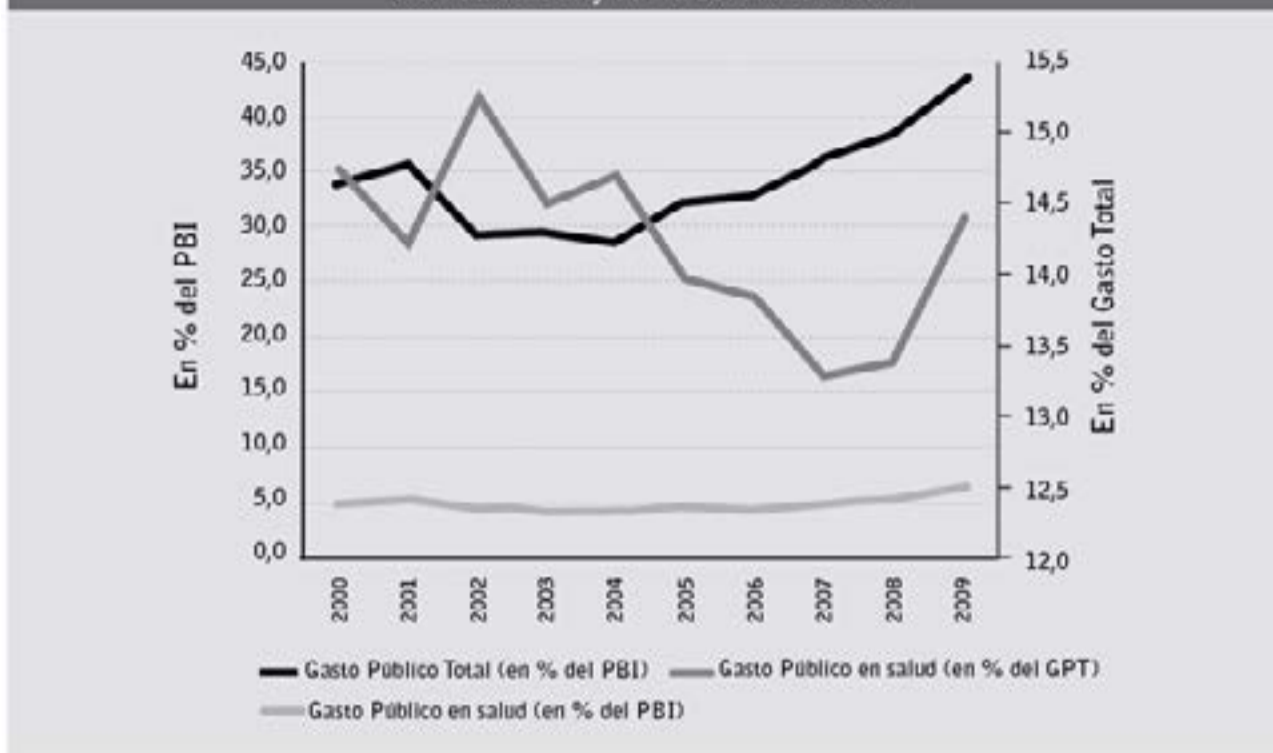
48. El gasto argentino en atención de la salud se concentra fundamentalmente en el nivel provincial de gobierno como consecuencia del proceso de descentralización ocurrido en 1992. La mayor parte de la oferta pública se encuentra en la esfera provincial. Cerca del 70% se ejecuta desde las provincias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los municipios tienen una escasa participación en la atención de la salud a excepción de las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Corrientes que han avanzado un paso más en el proceso de descentralización de la salud a sus municipios. En 2009 los gobiernos locales ejecutaron el 13% del gasto público en salud (llegaron a representar el 16% a principios de la década).

49. El Gobierno Nacional en tanto mediante los programas nacionales focalizados en la distribución de medicamentos, vacunas, insumos médicos y el financiamiento de organismos descentralizados (servicio de laboratorio, hospitales de alta complejidad, servicio de control de alimentos, entre otros) ejecutó el 18% del gasto sectorial.

50. Sin duda, en este último tiempo se observa una participación creciente del Gobierno Nacional en la ejecución de gasto en salud como ocurre en otros sectores. La Figura 5.3 muestra la evolución del gasto en atención de la salud (excluye obras sociales) por nivel de Gobierno.

51. El gasto público en salud no ha variado significativamente en términos de los organismos aseguradores. Como tendencia general se observa, en la primera mitad de la década, un aumento de la participación del gasto del subsector público en atención de la salud –nacional, provincial y municipal– consistente con el período de crisis y recuperación económica, pero a medida que se fue consolidando el crecimiento de la economía y se expandió el empleo formal, comenzó a registrarse un crecimiento en la participación de las obras sociales en el gasto público en salud.

Figura 5.2. Gasto público en salud argentino
(en % del PIB y en % del Gasto Total)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

52. El seguro de salud para los jubilados y pensionados (PAMI) muestra una pérdida de participación respecto de los primeros años de la década. (Ver Figura 5.3 y Figura 5.4)

53. El presupuesto ejecutado desde el Ministerio de Salud de la Nación también tuvo un fuerte incremento en este período. En pesos constantes de 2010 el gasto del Ministerio de Salud y sus organismos descentralizados excluyendo los gastos de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) y el programa de Administración de Programas Especiales (APE), que redistribuye fondos entre las obras sociales nacionales, aumentó entre 2004 y 2010 un 162%. Los recursos nacionales asignados al MSN pasaron a valores constantes de 2010 de 2.185 millones de pesos en 2004 a 5.725 millones de pesos en 2010. En el presupuesto del MSN también es importante en todo este período la incidencia de los fondos para cubrir las prestaciones de salud de las personas beneficiarias de pensiones no contributivas (PROFE) que en 2010 representó el 27% del presupuesto de este ministerio. La Figura 5.5 exhibe la evolución de los gastos del MSN en millones de pesos y millones de dólares.

Figura 5.3. Gasto público en salud por nivel de gobierno

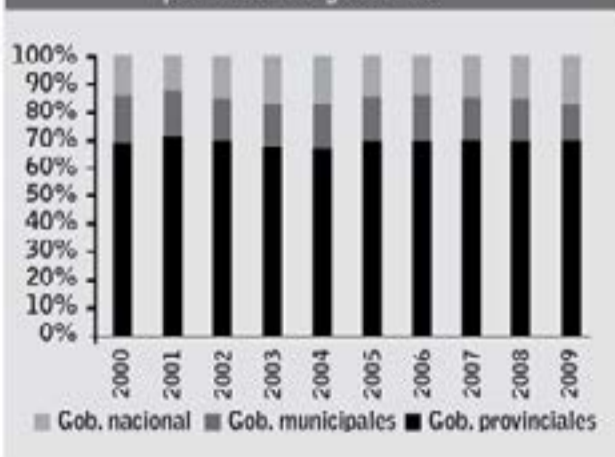
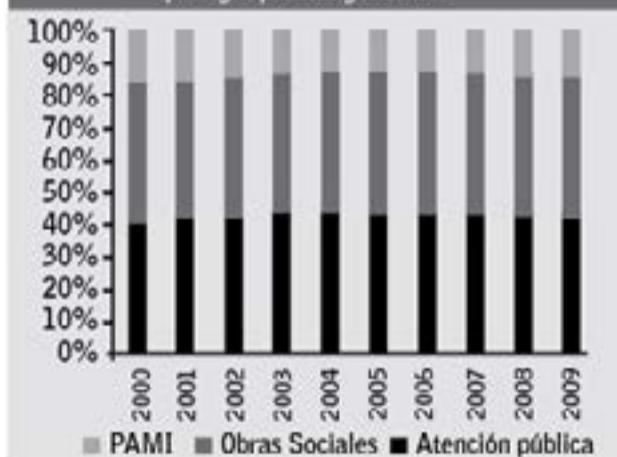
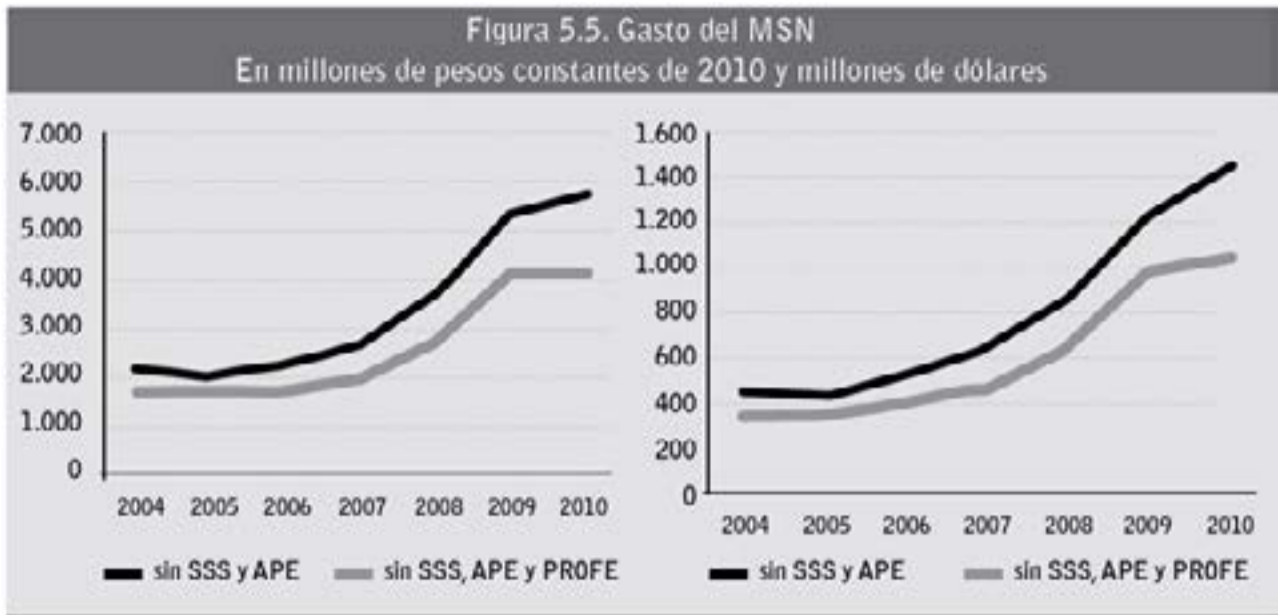


Figura 5.4. Gasto público en salud por grupo asegurador



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

54. El Cuadro 5.2 exhibe la composición del gasto del MSN según su clasificación económica. Esta clasificación brinda información sobre la naturaleza del gasto ejecutado por este nivel de gobierno. Consistentemente con el rol del MSN a partir de la descentralización de los servicios de salud a las provincias y la Ciudad de Buenos Aires ocurrida en 1992, la incidencia del gasto en personal en el presupuesto es muy reducida igual que los gastos en equipamiento e inversión (bienes de uso). El grueso de las erogaciones se concentran en las categorías de bienes de consumo, que incluyen, entre otras cosas, los insumos, vacunas y medicamentos distribuidos a las provincias, y las transferencias realizadas a otras instituciones públicas de la salud, fundamentalmente a organismos descentralizados del Ministerio de Salud como el Hospital Garrahan e instituciones de la seguridad social que dan cobertura de salud a los beneficiarios de pensiones no contributivas (PROFE).

55. El Cuadro 5.3 presenta una estimación de la estructura funcional del MSN en base a la descripción volcada en el presupuesto de la institución desde 2004 hasta la fecha. Comparando la estructura funcional de 2004 y 2010 pueden extraerse algunas conclusiones preliminares.

56. Es importante señalar que esta desagregación funcional es una estimación propia elaborada a partir de los presupuestos del organismo y por lo tanto los resultados deberían ser confirmados con un análisis más exhaustivo, solo sirven como tendencia. Sin duda el área de economía de la salud del MSN sería un actor relevante para sistematizar el gasto público en salud nacional y provincial en base a criterios específicos (naturaleza económica, finalidad y función, grupos de edad y factores de riesgo, localización geográfica, etc.).

Cuadro 5.2. Composición del Gasto del MSN según clasificación económica, 2004-2010
En % del total del gasto

Categoría económica del gasto	Detalle	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personal	remuneraciones a profesionales y no profesionales	7,5	9	9,3	8,9	8	6,9	7,6
Bienes de consumo	Insumos médicos, vacunas, medicamentos, combustible	31,4	30,3	22,9	31,3	26,7	27,8	29,7
Servicios no personales	servicios varios	4,4	4,4	6,1	5,5	3,9	4,9	6,2
Bienes de uso	equipamiento, gastos de capital	10,7	7,2	1,1	0,6	0,5	5,9	1,5
Transferencias	transferencias a personas, provincias y organismos descentralizados	46	52,1	60,5	53,6	60,8	54,5	54,9
Total		100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

57. Habiendo hecho esta salvedad respecto de los datos, el Cuadro 5.3 indica que aunque aumentó la asignación de recursos para investigación y la producción de estadísticas, los gastos en esta función continúan siendo poco significativos. Por otro lado, se observa un aumento en los recursos asignados a prevención y promoción de la salud. Sin embargo, aún persiste una alta proporción de los recursos asignados directamente a la atención de la salud, el PROFE es uno de ellos.

Cuadro 5-3: Población por condición de afiliación

	2004		2010	
	Monto	En %	Monto	En %
Administración y rectoría	56.231	4,8	258.830	5,6
Investigación y estadísticas	3.476	0,3	36.791	0,8
Formación y capacitación de RRHH	23.257	2,0	89.606	1,9
Prevención y promoción de la salud	226.800	19,2	1.225.972	26,3
Atención de la salud, incluye PROFE	872.896	73,8	3.050.236	65,4
Total	1.182.660	100	4.661.435	100

Fuente: Elaboración propia en base a Cuadro 5.4.

58. Lamentablemente no se cuenta con información sobre el gasto en salud por tramos de edad o factores de riesgo. El Cuadro 5.4 presenta la estructura programática del MSN desde 2004 en adelante incluyendo la naturaleza del gasto y la función del programa.

Cuadro 5.4. Gasto del Ministerio de Salud de la Nación por programa y función
en miles de pesos corrientes

Programas	naturaleza de la intervención	Función	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Actividades centrales y comunes	Administración	Rectoría	48.264	57.085	74.360	94.863	117.788	154.349	219.849
Planificación, Control, Regulación y Fiscalización de la Política sanitaria	Certificación y fiscalización	Regulación	7.967	9.074	10.308	4.888	13.335	21.592	29.216
Apoyo para Estudios e Investigación en Salud Pública	Estadísticas e Investigación	Investigación	3.476	4.416	4.363	5.539	5.589	12.059	27.026
Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales	Residencias de salud	RRHH	23.257	30.676	39.999	50.197	55.991	76.405	89.606
Funciones Esenciales de Salud Pública (BIRF 7412)	varios	Rectoría, Información, Prevención y promoción de la salud					25.202	49.797	97.651
Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos	Epidemiología, PAI	Prevención y promoción de la salud	143.695	184.243	159.388	237.610	193.408	702.664	759.419
Prevención y Control de Enfermedades Erécticas	Campañas, control de vectores	Prevención y promoción de la salud					21.804	72.674	50.641
Desarrollo Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria		Prevención y promoción de la salud					85.823	208.217	231.558
Salud Escolar		Prevención y promoción de la salud					592	2.813	4.381
Detección Temprana y Tratamiento de Patologías Específicas		Prevención y promoción de la salud							240
Lucha Contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	reactivos, insumos, medicamentos, campañas	Atención de la salud, Prevención y Promoción de la salud	90.064	81.365	123.266	172.653	155.074	208.345	251.193
Detección y Tratamiento de Enfermedades Crónicas y Conductas	Medicamentos oncológicos, campañas	Atención de la salud, Prevención y Promoción de la salud	14.932	15.014	12.268	12.791	7.978	13.928	16.246

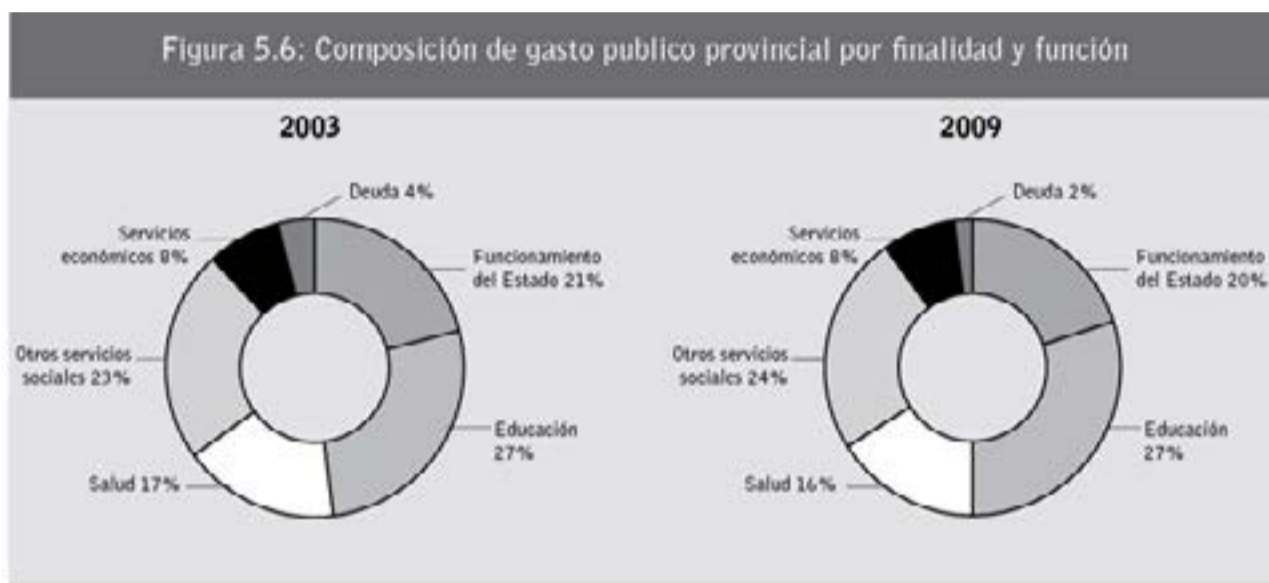
Continúa en la página siguiente

Programas	naturaleza de la intervención	Función	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Atención Primaria de la Salud	Médicos, métodos anticonceptivos, capacitación	Atención de la salud, Prevención y Promoción de la salud	13.726	39.442	55.673	83.989	28.968	110.509	69.269
Apoyo al Desarrollo de la Atención Médica		Atención de la salud	6.132	9.115	8.272	13.049	19.573	41.879	35.945
Atención de la Madre y el Niño	leche, financiamiento		144.822	178.298	164.771	247.081	350.828	379.032	605.104
Cobertura de Emergencias Sanitarias	Emergencias	Atención de la salud	1.317	1.703	1.859	2.828	3.483	6.520	7.190
Reforma del Sector Salud	REMEDIAR y Médicos Comunitarios	Atención de la salud	3.337	9.514	15.850	8.020	13.616	11.171	24.980
Emergencia Sanitaria y Fortalecimiento de la capacidad del Sistema Público de Salud	REMEDIAR	Atención de la salud	172.591	63.959	43.242	52.258	109.380	126.073	150.555
Atención Sanitaria en el Territorio		Atención de la salud							15.831
PROFE	Financiamiento	Atención de la salud	277.514	251.091	391.128	526.877	793.548	992.933	1.572.682
Hospital Garrahan	Financiamiento	Atención de la salud	231.566	233.472	310.576	224.760	355.118	683.550	400.353
Organismos Descentralizados (no incluye Administración de Programas Especiales)			118.388	152.994	203.507	251.723	601.776	844.794	1.063.579
Total			1.301.048	1,331,466	1,599,750	1,999,176	2,968,527	4,719,404	5,725,014

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECO N.

C. Análisis del Gasto Público Provincial en Salud Consolidado

59. En las provincias el gasto en salud representa el segundo servicio social de mayor relevancia después del gasto en educación. El monto de recursos públicos asignados a la salud representó en 2009 el 16% del total de las erogaciones consolidadas del nivel provincial de gobierno, contra el 30% asignado al sector de la educación. Este porcentaje incluye no sólo el gasto en atención médica del subsector público sino también los recursos ejecutados por las obras sociales provinciales que brindan cobertura a los empleados públicos provinciales y municipales. Respecto de la composición del gasto de 2003 los cambios no son significativos, solamente se observa un aumento en los recursos asignados al sector educativo, en gran parte impulsado por la ley de financiamiento educativo sancionada en 2005 que estableció una meta de gasto en educación consolidado de 6 puntos del PIB.

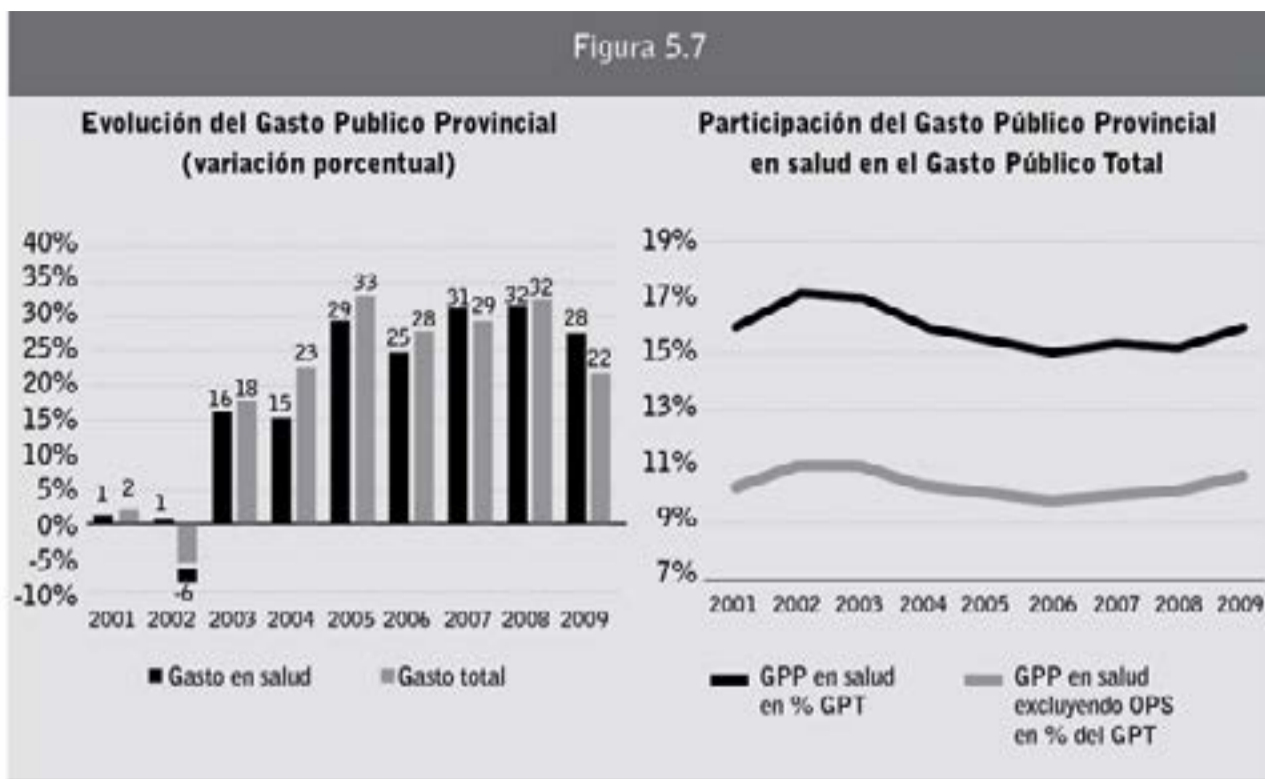


Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

60. En el marco de la recuperación económica y social post-crisis el gasto público provincial en salud mostró a partir del año 2002 una fuerte recuperación nominal. El gasto en salud del consolidado provincial pasó de \$ 7.304 millones en 2003 a más de \$ 30.013 millones en 2009. No obstante, este incremento sólo acompañó el proceso de expansión del gasto público provincial ocurrido en dicho período. Es decir, no se observan grandes discrepancias en las tasas de crecimiento de ambos agregados. Solamente en el ejercicio 2007 y especialmente en 2009 la tasa de crecimiento del gasto en salud superó la variación del gasto total consolidado. Esto implica que la participación relativa de esta finalidad se ha mantenido estable durante el período 2003-2009, representando, como fue dicho, un promedio del 16% del total de las erogaciones provinciales.

61. La Figura 5.7 muestra también el rol que tuvo el sector público argentino durante la crisis económica y social de principios de la década, rol que se pone de manifiesto en la mayor participación del gasto público en salud en los presupuestos provinciales en dicho período. Sin duda con el aumento del desempleo y la pérdida de cobertura de la seguridad social el subsector público debió absorber una mayor demanda de servicios de salud.

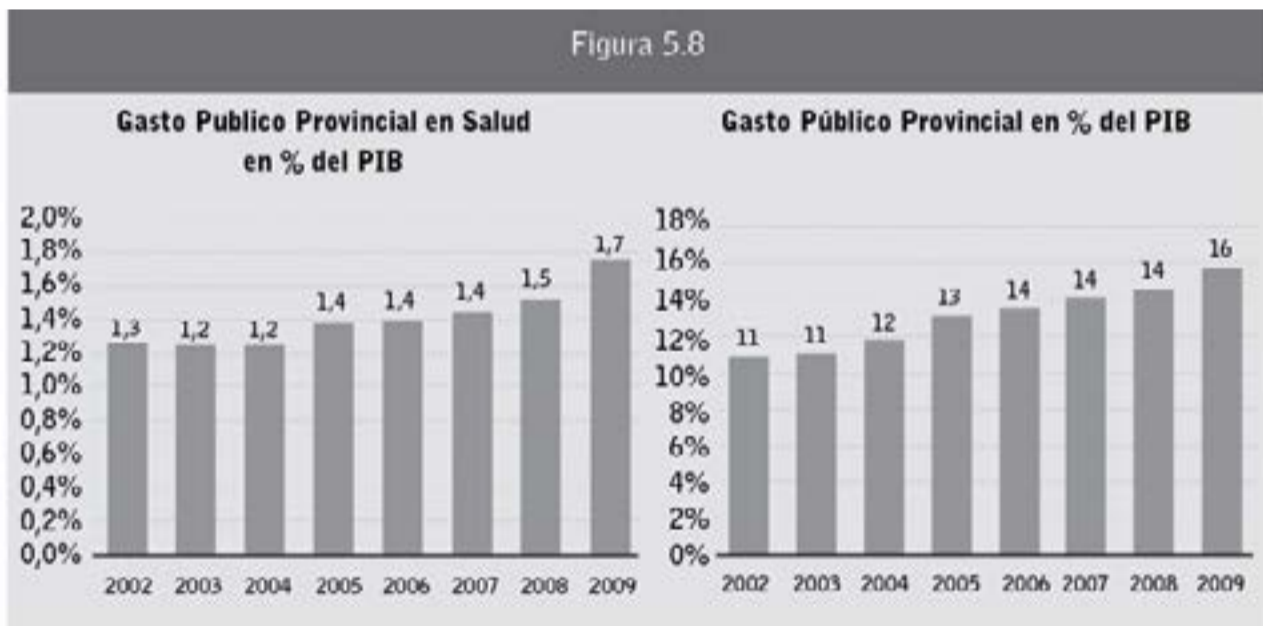
Figura 5.7



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

62. Por otro lado, se observa un incremento del gasto en salud en términos del PIB nominal, pasando de representar el 1,3% del PIB del 2002 al 1,7% en 2009. No obstante, esta dinámica tampoco fue un caso particular de este servicio, dado que el gasto consolidado de las provincias se incrementó muy fuertemente en términos del PIB nominal, pasando del 11% en 2002 al 16% en 2009 (ver Figura 5.8).

Figura 5.8



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

63. Del análisis de los datos se observa un fuerte incremento del gasto público provincial en salud en términos nominales que no se traduce en un incremento de los indicadores relativos. La participación en términos del gasto total ha permanecido prácticamente estable. En tanto, si bien se observa un incremento del gasto en salud en términos del PIB, el mismo es relativamente pequeño en relación al incremento del gasto público provincial total medido también en porcentajes del PIB. En este sentido, de los casi cinco puntos porcentuales de incremento entre 2002 y 2009, solamente medio punto porcentual corresponde al aumento del gasto en salud. Además, y teniendo en cuenta las diferencias en el nivel de desarrollo y los tamaños relativos de las provincias cabe preguntarse cuál ha sido el desempeño de cada una de ellas y en qué medida esta evolución del gasto público en salud consolidado, es decir para las 24 jurisdicciones subnacionales, se explica por lo ocurrido en aquellas provincias con mayor peso relativo.

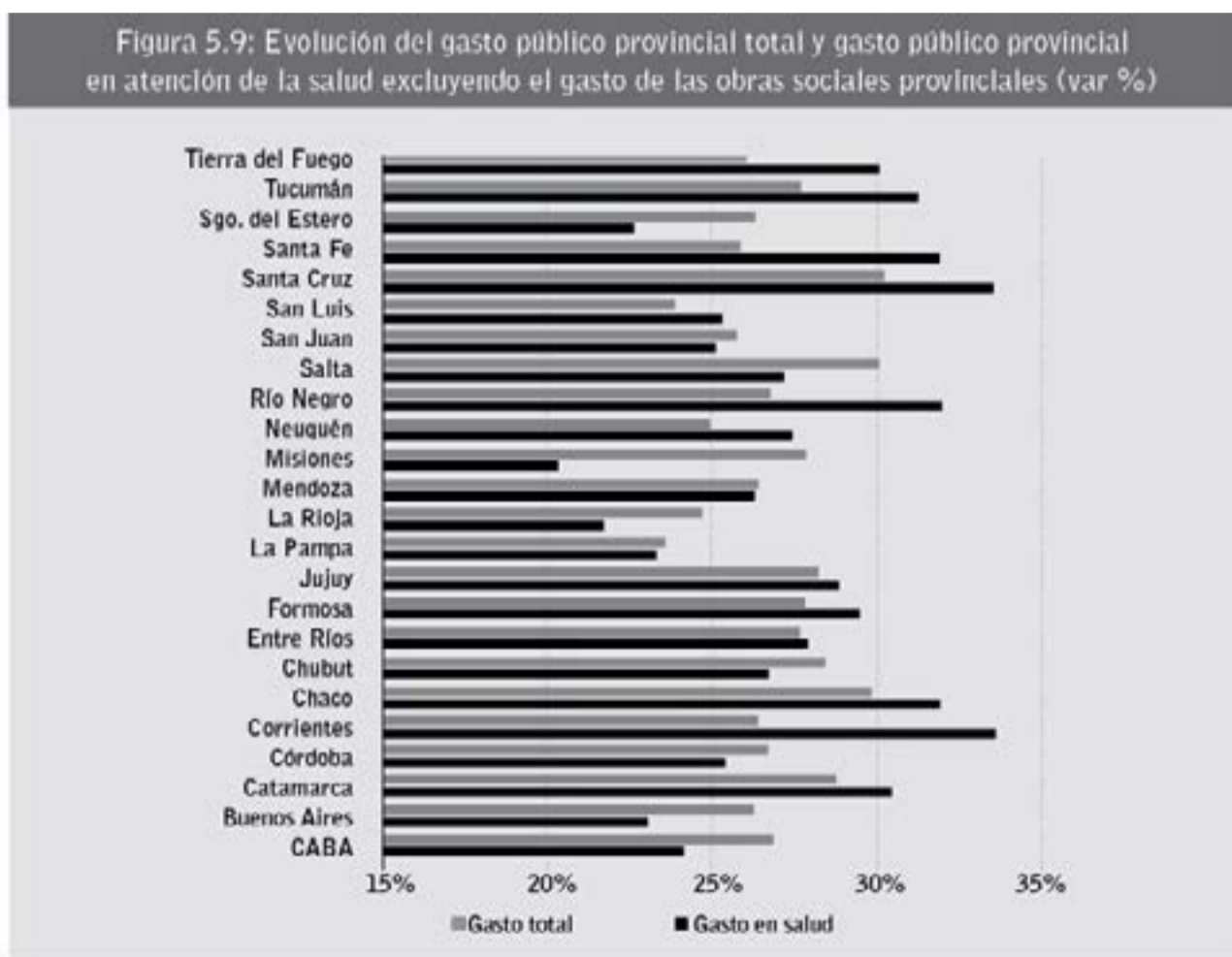
64. Al analizar la desagregación por provincia del gasto público provincial en atención de la salud, que excluye los recursos ejecutados por las obras sociales provinciales, se observa que todas las jurisdicciones han expandido fuertemente el gasto nominal, en sintonía con las particularidades descritas en el consolidado provincial. En tanto, si se compara el incremento del gasto en salud con el aumento del gasto total de cada jurisdicción, surgen algunas diferencias al calcular la tasa promedio de incremento interanual entre el período 2002 y 2009.

Cuadro 5.5: Evolución del gasto publico provincial en salud 2002 – 2009 por provincia En miles de pesos corrientes								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CABA	839.044	1.001.350	1.059.345	1.362.355	1.979.750	2.297.659	2.855.356	3.812.040
Buenos Aires	1.036.857	1.165.859	1.377.663	1.725.500	1.869.777	2.372.002	3.094.287	4.433.366
Catamarca	45.416	50.259	50.454	78.952	118.413	192.130	253.165	292.414
Córdoba	252.170	256.868	317.237	436.976	560.273	674.184	996.906	1.230.091
Corrientes	51.551	60.510	89.327	134.879	178.740	224.204	302.209	391.266
Chaco	96.701	98.529	109.583	164.948	219.067	365.968	542.426	672.450
Chubut	83.349	99.895	137.256	185.374	207.380	270.610	369.369	437.305
Entre Ríos	121.534	154.667	210.077	268.542	341.881	446.614	619.725	679.572
Formosa	64.501	77.147	97.774	163.921	103.106	183.332	250.397	393.282
Jujuy	69.387	82.840	101.672	138.581	180.579	252.602	336.079	407.991
La Pampa	60.540	74.480	85.149	115.968	135.300	182.339	264.457	262.311
La Rioja	56.336	81.000	91.062	146.051	168.103	152.187	182.716	222.859
Mendoza	126.044	150.637	106.632	220.200	274.600	333.724	492.906	645.159
Misiones	69.042	76.671	107.357	120.510	127.143	231.126	286.070	252.405
Neuquén	143.622	239.893	244.880	282.965	367.679	478.728	625.955	783.536
Río Negro	70.375	94.781	125.958	187.232	230.850	315.913	410.437	490.484
Salta	122.833	145.065	180.521	218.849	280.843	382.119	444.096	660.345
San Juan	90.906	101.702	102.029	107.502	236.926	276.508	377.697	436.710
San Luis	66.843	67.423	73.249	84.119	128.815	151.916	254.718	323.880
Santa Cruz	70.174	104.565	120.801	164.889	221.389	326.704	565.589	531.497
Santa Fe	193.885	268.802	329.340	420.173	553.983	752.254	1.026.076	1.348.166
Sgo del Estero	84.332	78.633	144.705	159.029	258.141	286.150	408.612	351.890
Tucumán	110.097	114.007	181.635	247.517	311.577	455.188	648.700	739.184
T. del Fuego	37.470	43.418	54.423	78.566	129.088	150.122	164.540	236.132
Total	3.963.091	4.697.080	5.578.126	7.293.598	9.183.406	11.754.283	15.772.568	20.034.336

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

65. La Figura 5.9 exhibe la variación porcentual del gasto público provincial y el gasto público en atención de la salud para el período 2002-2009. Si bien en general las diferencias en la tasa de crecimiento del gasto total y del gasto en salud no son significativas, se destacan al menos dos tendencias bien definidas:

- En un grupo de provincias el gasto público en salud se expandió por encima del gasto total, pueden mencionarse las provincias de Corrientes (+7,2%), Santa Fe (+6,1%), Río Negro (+5,25), Tierra del Fuego (+4%), Tucumán (+3,6%) y Santa Cruz (+3,3%).
- En otro el aumento del gasto público en salud se ubicó por debajo de la expansión del gasto total, pueden mencionarse las provincias de Misiones (-7,5%), Santiago del Estero (-3,7%), Buenos Aires (-3,2%), La Rioja (-3%), Salta (-2,9%), Córdoba y la Ciudad de Buenos Aires (-2,7%).
- En general en las provincias grandes, a excepción de Santa Fe, el gasto en salud aumentó en este período menos que el gasto total provincial.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

66. Las discrepancias mencionadas terminan impactando en un incremento o reducción de la participación del gasto público en salud en relación al total de erogaciones de cada provincia. Respecto a esto último, dicha participación arroja diferencias, algunas significativas, en la comparación interjurisdiccional. En primer lugar se destaca la Ciudad de Buenos Aires que muestra por lejos el mayor porcentaje de recursos públicos asignados a la finalidad de atención de la salud, representa el 24% del total de las erogaciones del período 2002-2009. En el otro extremo se encuentra la provincia de Misiones, con un gasto público en salud de sólo el 7% del total de las erogaciones provinciales. En tanto, todo el resto de las provincias se encuentran entre el 8% como mínimo y el 13% como máximo dentro del período considerado.



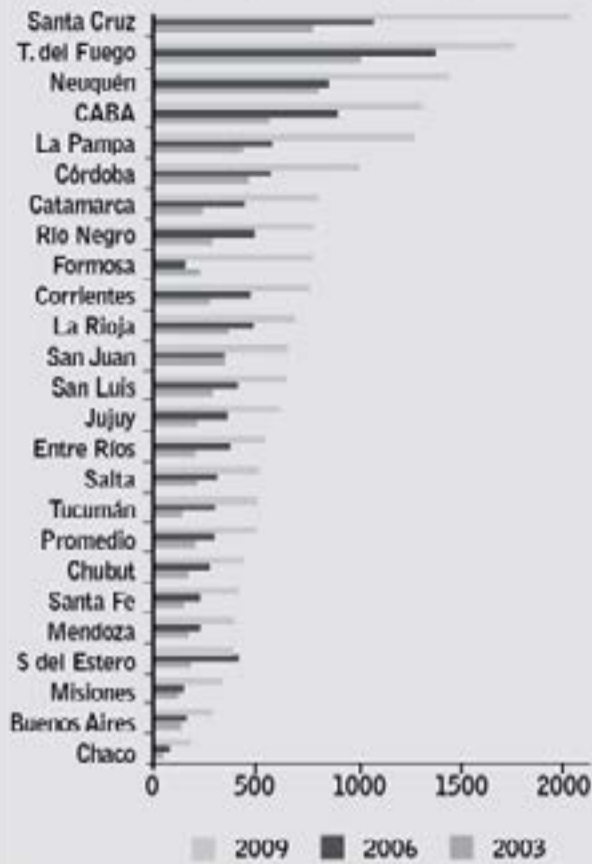
Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

67. El gasto público en salud de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acompañó en líneas generales la evolución observada en el gasto total provincial. Con esta tendencia la participación relativa de la salud en el total de las erogaciones no haya sufrido cambios significativos. No obstante, existen algunas excepciones, que deberían analizarse para saber si responden a un mayor gasto en equipamiento e infraestructura sanitaria, un aumento en la planta de personal del sector o sólo obedece a incrementos salariales. Por último, se ha observado diferencias significativas en la participación del gasto en salud entre provincias, siendo la CABA la que invierte una mayor parte de su presupuesto en esta finalidad.

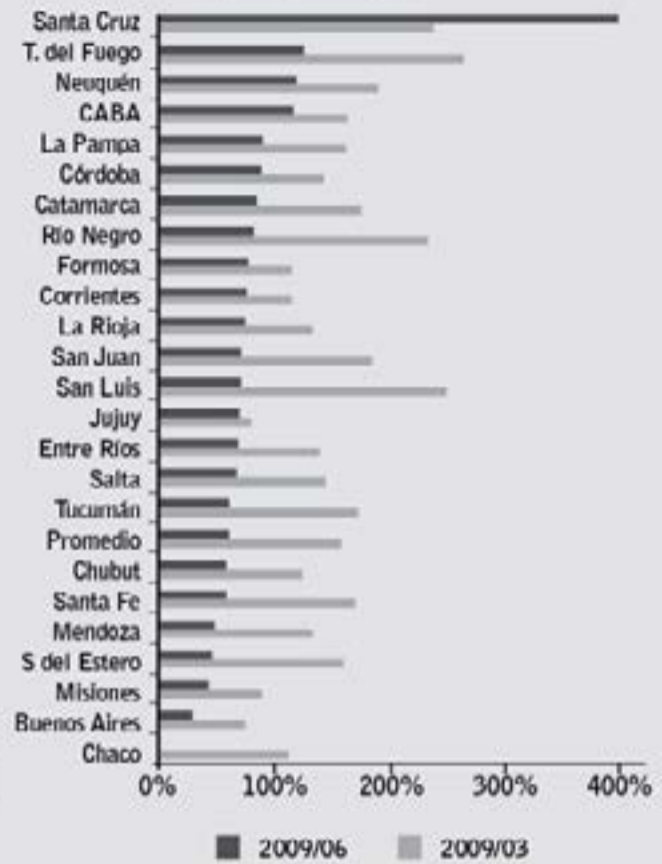
68. Otro elemento que caracteriza el sistema público de salud Argentino son las disparidades en los niveles de inversión provincial per cápita. Diferencias que no ocurren sólo en este sector sino que también se presentan en el sector de la educación, por ejemplo. Como se observa en la Figura 5.11 el gasto en salud per cápita muestra una importante dispersión regional. En algunas provincias, en especial aquellas con escasa población, el gasto público en salud per cápita se triplicó. El gasto público provincial en salud en términos per cápita en Argentina está altamente correlacionado con el nivel de desarrollo relativo como se observa en la Figura 5.12.

Figura 5.11

Gasto público provincial en atención de la salud en pesos per cápita, 2003, 2006 y 2009

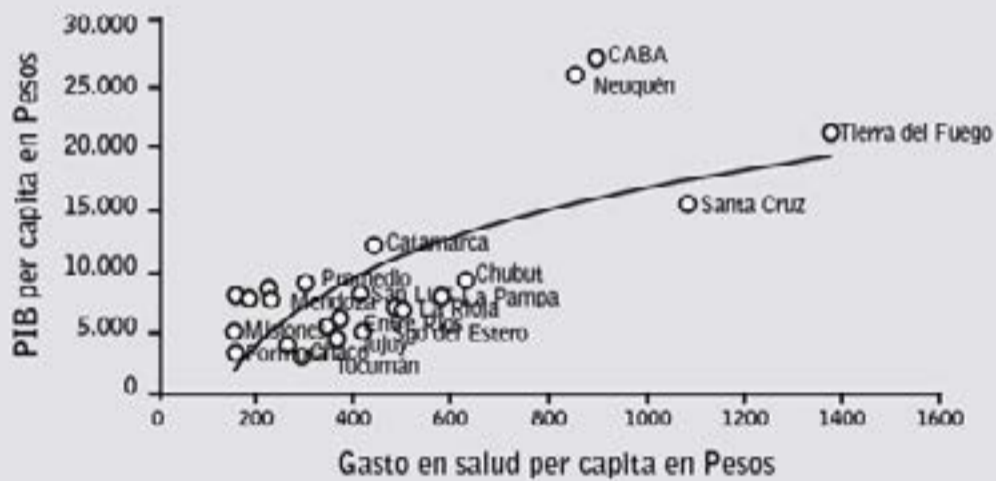


Gasto público provincial en atención de la salud en pesos per cápita, var %



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

Figura 5.12: Relación entre el Gasto Público Provincial en salud per cápita y el PIB per cápita provincial



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MECON.

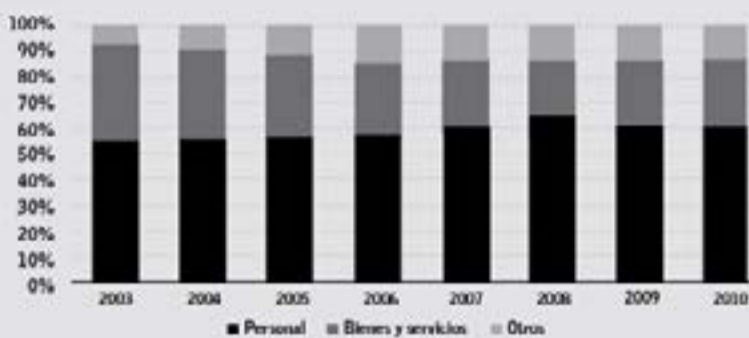
69. Hasta aquí se analizó la evolución del gasto público provincial en salud en forma agregada sin evaluar los cambios en la composición de ese gasto o en todo caso que factores impulsaron esa suba en la inversión pública en salud. En este apartado se intentará determinar cuáles fueron los factores que más contribuyeron al aumento en el gasto público en salud de las provincias. Lamentablemente en Argentina no se realiza un seguimiento de la composición económica del gasto en salud, como si se hace en otros sectores, como el educativo que cuenta con un Observatorio Nacional de Costos Educativos que funciona en la órbita del Ministerio de Educación de la Nación^b. Por ello, se ha trabajado con una muestra seleccionada de provincias en función de la disponibilidad de información de gasto por clasificación económica^c. Vale destacar que la muestra mencionada, compuesta por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza y Santa Fe, representó durante el ejercicio 2009 el 61% del gasto público en salud del consolidado provincial, motivo por el cual ostenta un alto grado de representatividad.

70. A los fines de poder tener una lectura rápida del objeto del gasto en salud, se han clasificado los gastos en tres grandes agrupamientos: gasto en personal, en bienes y servicios y en otros gastos. En el último grupo se incluyen, entre otras partidas, las transferencias corrientes a organismos descentralizados, instituciones o personas y el gasto de inversión.

71. En primer lugar, al calcular la participación relativa de cada conjunto, se observa que la mayor parte del gasto en salud es destinado a cubrir los gastos salariales. En todos los años del período analizado, la remuneración del personal y el pago de cargas sociales supera el 56% del gasto total en salud, ubicándose en el 61% en 2010. La participación del gasto en personal muestra una tendencia creciente hasta 2008, luego se estabiliza. En segundo lugar se ubica el gasto en bienes y servicios, categoría de gasto que incluye, entre otras cosas, insumos médicos, medicamentos, combustible y gastos de mantenimiento y que muestra una pérdida de participación en este período. **Sin duda, esta menor participación en los gastos totales estaría mostrando cierto desplazamiento del gasto provincial en bienes y servicios de la salud a medida que el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud de la Nación aumentó el número de intervenciones de salud que distribuyen insumos médicos, vacunas, métodos anticonceptivos y medicamentos.** La participación de los bienes y servicios pasó de 37% en 2002 a 27% en 2010. Por último, se ubican el resto de las erogaciones (transferencias y gastos de capital), representando aproximadamente el 13% del total en los últimos años.

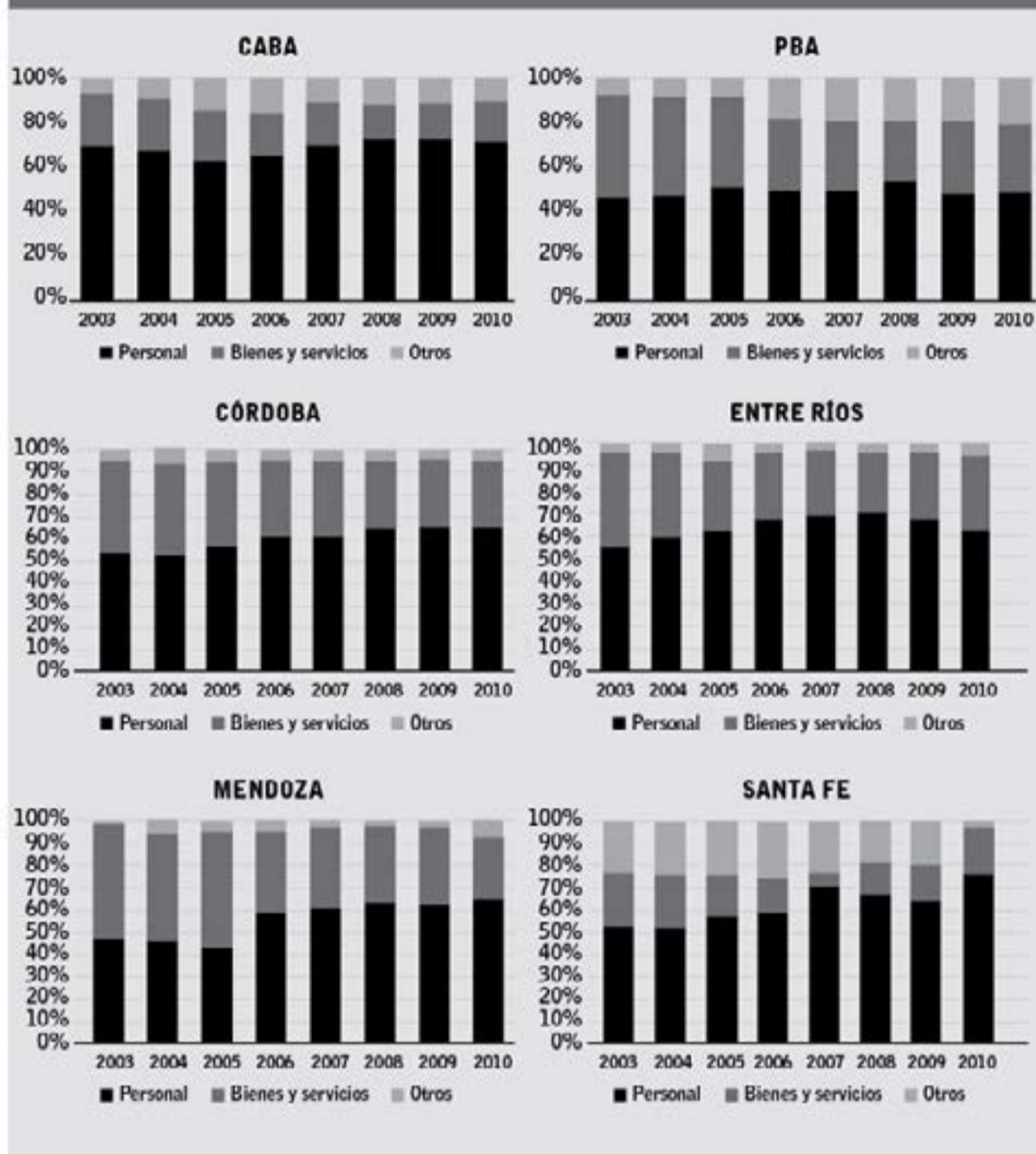
72. Al analizar la situación de cada provincia en particular, se observa que en líneas generales todas han seguido la tendencia descrita para el consolidado, no obstante se registran algunos matices diferentes. En primer lugar en todos los casos el gasto en personal es la partida de mayor significancia, habiendo además incrementado su participación relativa en los últimos años. Tomando como referencia el ejercicio 2010, la mayor incidencia relativa se observa en la Provincia de Entre Ríos (76% del gasto total en salud), seguida por la CABA (71%). En segunda instancia se encuentran las provincias de Córdoba, Mendoza y Santa Fe, con una incidencia relativa del orden del 62-65%. En tanto, la provincia de Buenos Aires ostenta la menor incidencia relativa del gasto en personal, representando el 48% del total de erogaciones en salud del ejercicio 2010.

Figura 5.13: Composición del gasto público provincial en salud, 2003-2009 en base a una muestra representativa de provincias



Fuente: Elaboración propia en base a datos provinciales.

Figura 5.14: Composición del gasto público provincial en salud, 2003-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las provincias.

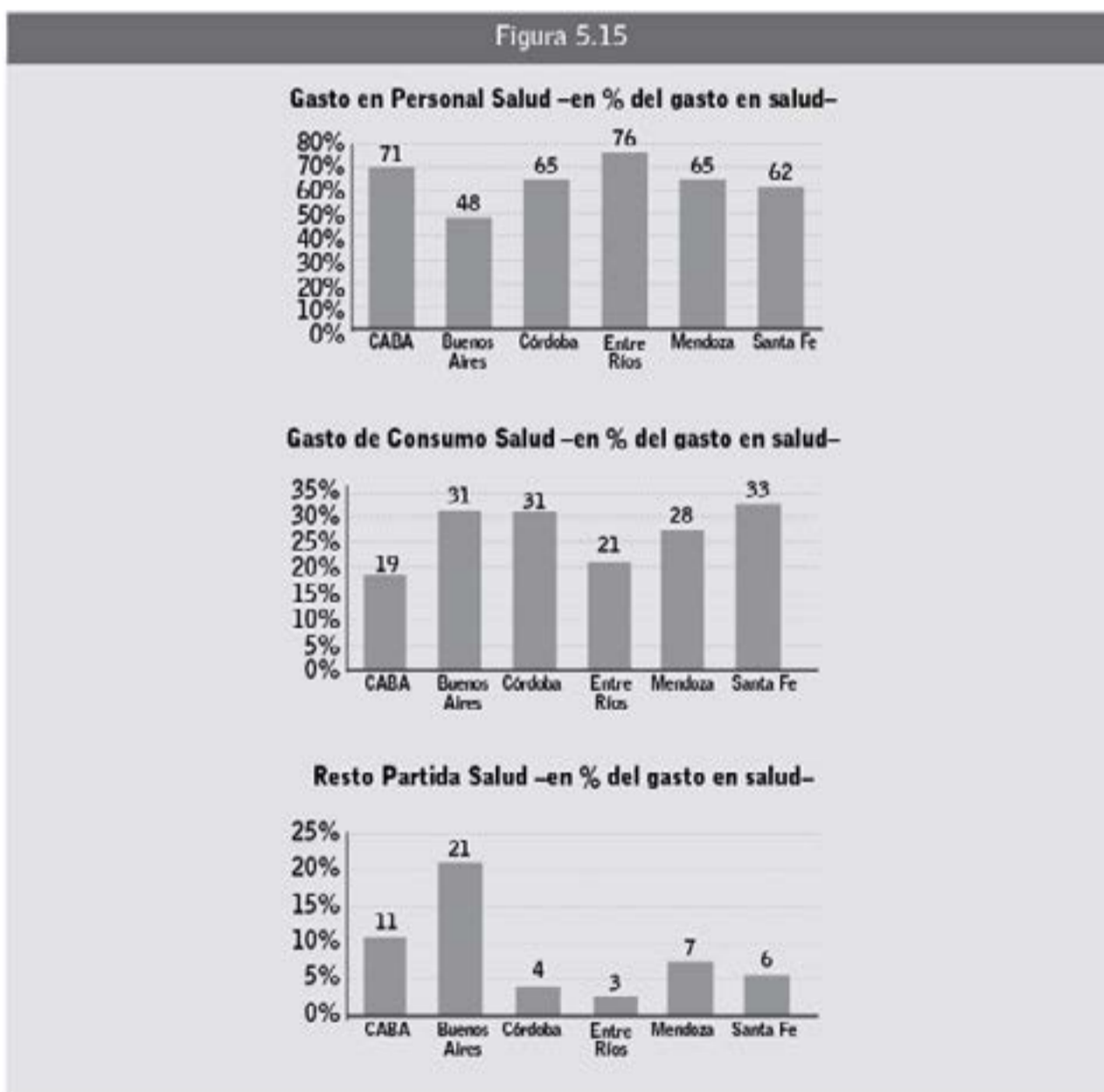
Cuadro 5.6: Gasto ensalud por objeto del gasto
—en pesos corrientes—

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CABA								
Personal	660,444,536	730,108,922	854,303,052	1,260,662,030	1,569,311,123	2,073,019,409	2,643,079,860	3,097,886,934
Bienes y Servicios	224,509,318	248,190,798	305,474,668	384,925,078	435,927,500	478,620,884	626,294,308	810,782,168
Otros	67,542,723	101,265,716	195,458,697	308,744,575	245,507,580	332,910,069	412,876,422	470,523,119
TOTAL	952,496,577	1,079,565,436	1,355,236,418	1,954,341,683	2,250,746,203	2,884,549,362	3,682,250,590	4,379,192,422
Buenos Aires								
Personal	455,937,985	529,961,363	732,923,157	911,997,934	1,158,349,496	1,648,163,743	2,098,767,082	2,528,195,249
Bienes y Servicios	457,511,193	512,226,140	599,501,900	615,216,826	745,949,040	834,990,445	1,443,275,062	1,658,719,585
Otros	73,968,806	90,702,495	119,252,272	342,950,999	460,187,283	603,437,691	883,630,627	1,114,801,471
TOTAL	987,417,984	1,132,889,997	1,451,677,329	1,870,165,760	2,364,485,819	3,086,591,880	4,425,672,771	5,301,716,305
Córdoba								
Personal	161,518,607	162,438,491	235,829,072	307,025,921	391,823,164	605,104,205	743,076,803	912,986,967
Bienes y Servicios	124,961,483	123,576,630	155,441,066	170,249,672	212,372,757	293,695,257	348,938,821	437,507,959
Otros	13,484,197	20,457,937	23,269,407	22,180,662	35,737,023	38,340,037	46,531,198	55,631,036
TOTAL	299,964,287	306,473,058	414,539,545	499,476,255	639,934,944	937,139,499	1,138,546,822	1,406,125,962
Entre Ríos								
Personal	109,455,708	142,083,099	209,165,910	286,371,087	388,287,895	546,147,435	593,717,019	657,707,115
Bienes y Servicios	50,713,029	63,086,384	67,889,447	75,521,838	84,810,761	115,514,344	144,112,434	183,351,231
Otros	47,058,846	62,928,222	85,949,489	124,980,956	125,493,231	149,594,327	179,809,284	22,449,716
TOTAL	207,227,583	270,102,705	363,004,846	486,873,881	598,591,887	811,256,106	917,638,737	863,508,262
Mendoza								
Personal	119,099,000	126,876,000	125,662,000	198,638,000	274,099,000	289,18,800	340,433,430	436,257,000
Bienes y Servicios	130,215,000	133,229,000	147,527,000	122,830,000	164,292,000	175,614,039	224,645,334	185,745,000
Otros	1,448,000	14,469,000	13,725,000	15,428,000	13,900,000	14,039,000	19,429,395	49,861,000
TOTAL	250,762,000	274,574,000	286,914,000	336,916,000	452,291,000	518,571,839	648,408,159	671,863,000
Santa Fe								
Personal	157,914,205	189,375,286	265,510,064	367,985,491	510,039,033	735,424,424	912,114,159	1,143,565,816
Bienes y Servicios	119,575,752	117,421,732	127,031,587	158,523,540	216,074,034	266,508,959	384,054,579	602,227,443
Otros	12,287,802	12,636,037	33,376,334	24,984,686	22,270,671	44,384,079	43,544,572	103,664,501
TOTAL	289,777,759	319,433,049	425,919,985	551,493,717	748,383,739	1,046,317,462	1,339,713,210	1,849,477,759

Fuente: Elaboración propia en base a datos provinciales

73. Por otro lado, las mayores discrepancias se observan en el gasto en bienes y servicios, tanto en su incidencia en las provincias como en su evolución. Tomando como referencia el ejercicio 2010, la mayor incidencia se observa en Santa Fe (33%), Buenos Aires (31%) y Córdoba (31%). En tanto, las otras provincias ostentan una proporción diez puntos porcentuales menor, como Entre Ríos (21%) y la CABA (19%). En cuanto a la evolución intertemporal entre 2003 y 2010, se observan bajas muy dispares en la participación porcentual de esta partida en relación al gasto total en salud: mientras que en la provincia de Buenos Aires baja 15 puntos porcentuales, en Entre Ríos cae solamente 3 puntos porcentuales.

74. Por último, el resto de las partidas, si bien tienen el más bajo nivel de significancia, también ostentan disparidades en cada provincia en particular. La provincia de Buenos Aires arroja el mayor nivel relativo (21% del total de erogaciones de la salud), habiendo incrementado el mismo en 14 puntos porcentuales entre 2003 y 2010. En el otro extremo se encuentra la provincia de Entre Ríos, con un 3% de participación relativa y una caída de 20 puntos porcentuales en el mismo período. En tanto, en las provincias de Córdoba (4% de incidencia) y Santa Fe (6% de incidencia) prácticamente no se registran cambios entre 2003 y 2010.



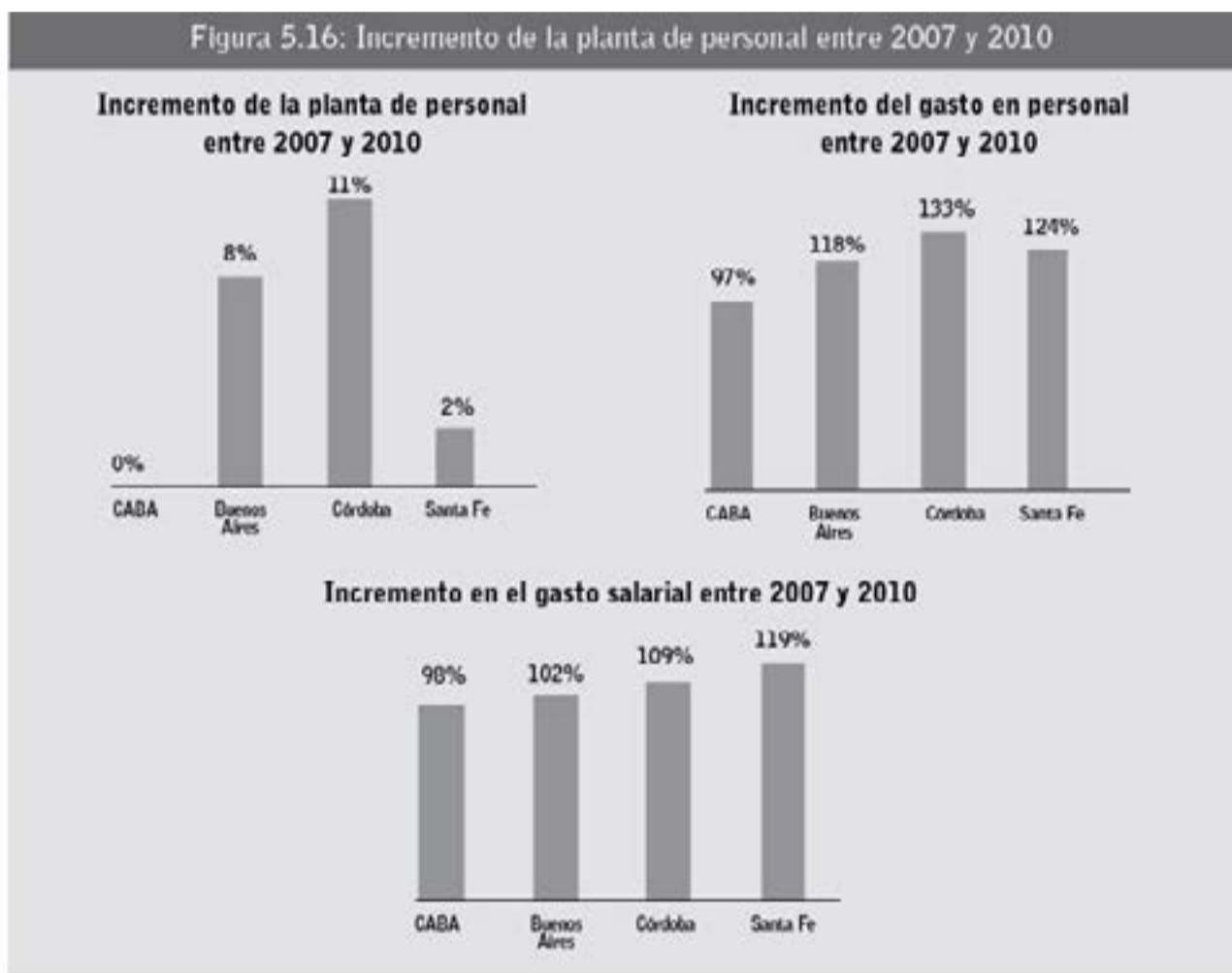
Fuente: Elaboración propia en base a datos de las provincias.

75. Para finalizar el análisis relativo al gasto en salud a nivel provincial, resta determinar si la expansión del gasto en personal responde a una mayor dotación de personal o a incrementos salariales. A modo exploratorio se toma como referencia lo acaecido en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe entre 2007 y 2010.

Cuadro 5.7: Planta de Personal				
	2007	2008	2009	2010
CABA*	36971	37745	34980	36924
Buenos Aires	11226	11081	11667	12157
Córdoba	8577	9327	9600	9552
Santa Fe	3790	3827	3924	3875

* Los datos de la CABA corresponden a cargos por sueldo liquidado.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de las contadurías provinciales.

76. En primer lugar, se destaca que no ha habido cambios significativos en la planta de personal de las jurisdicciones analizadas entre 2007 y 2010. La CABA prácticamente no ha alterado el número de cargos liquidados, mientras que las expansiones del número de agentes se ubican en el 8% en la Provincia de Buenos Aires, 11% en Córdoba y 2% en Santa Fe, a lo largo de un período de cuatro años.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provinciales.

77. Si se compara el incremento de la planta de personal con el aumento del gasto salarial para el mismo período, se desprende que una parte muy importante del crecimiento de la partida personal se vincula al otorgamiento de incrementos salariales. En efecto, al calcular la variación del gasto salarial por agente, el mismo se incrementa entre 2007 y 2010 un 98% en la CABA, un 102% en Buenos Aires, un 109% en Córdoba y un 119% en Santa Fe.

78. En base al análisis de los datos de estas seis jurisdicciones pueden extraerse algunas conclusiones preliminares:

- En líneas generales, el gasto en salud ha acompañado el incremento del gasto público en casi todas las provincias, manteniendo su participación relativa en el total del gasto.

- En términos agregados, se observa una tímida expansión del gasto en salud provincial en términos del PIB, comparada con el incremento observado en el total de erogaciones.
- Al nivel de la apertura por objeto, la expansión del gasto en salud a partir del 2003 es mayormente explicada por el incremento del gasto en personal.
- Si bien en casi la totalidad de las provincias se genera un incremento de la participación porcentual de esta partida, los niveles de incidencia pueden llegar a diferir significativamente (23 puntos porcentuales de diferencia entre el máximo y el mínimo de la muestra analizada).
- El incremento de la participación relativa del gasto en personal fue en detrimento del gasto de consumo o del resto de las partidas (transferencias y gasto de capital). Esta situación también es dispar en el análisis interjurisdiccional, registrándose dinámicas contrarias en algunos casos.
- Por último, en el conjunto de jurisdicciones seleccionadas, se ha observado en forma contundente que en los últimos años la expansión del gasto en personal se vincula al otorgamiento de incrementos salariales y no al incremento de la dotación de agentes del escalafón salud.

D. Gasto en Salud de bolsillo

79. Los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la situación del mercado laboral y la estructura de cada sistema de salud. Las fuentes de financiamiento incluyen impuestos generales y específicos, aportes y contribuciones a la seguridad social y desembolsos realizados por los hogares que comprenden pagos directos (compra de medicamentos, pago de consulta médica, copagos, etc.) y pagos por concepto de primas de seguros privados. El gasto privado en salud es un complemento de los niveles de cobertura y utilización de los servicios de salud de la población, reflejan además la disponibilidad de los recursos y servicios públicos de salud para la población, por ello su cuantificación y análisis proporciona información muy valiosa para evaluar la equidad de los sistemas de salud.

80. Los cambios en la participación de los mecanismos de aseguramiento y de las distintas fuentes de financiamiento de la salud traen consigo cambios en el comportamiento del gasto de bolsillo de los hogares. Al mismo tiempo la mejora en los niveles de ingreso genera cambios en los patronales de consumo de los hogares y consiguientemente cambios en el gasto de bolsillo en salud de los hogares. La Encuesta Nacional sobre Utilización y Gastos en Servicios de Salud permite cuantificar y analizar el gasto en salud que realizan las familias según sus características sociodemográficas y tipo de afiliación.

81. El Cuadro 5.8 muestra la evolución de la serie de gasto mensual en salud de los hogares a precios constantes de 2010 para 2003, 2005 y 2010. **Los datos muestran un incremento considerable del gasto en salud entre 2003 y 2010 a precios constantes tomando en cuenta el índice de precios elaborado por el INDEC para el rubro de atención médica y gastos para la salud.** Considerando todos los componentes del gasto en salud de los hogares, incluso el pago de la cuota per cápita de medicina privada para los afiliados voluntarios, el gasto en salud de bolsillo promedio de 2010 ascendió a \$ 92 mensuales. Esto representa un aumento real del 60% respecto del gasto de 2005 y del 83% respecto del 2003. Los principales componentes del gasto de bolsillo en 2010 son la compra de medicamentos (representa el 44,1% del gasto de bolsillo) y la afiliación voluntaria (representa 16,8% del total). El otro resultado que se observa es la disminución de la incidencia de los gastos de afiliación (consistente con la mayor cobertura de salud), consulta médica y análisis, estudios y tratamientos respecto de 2005 y 2003. Aumentan en cambio los gastos por consulta de dentista y otros gastos de salud. Un resultado esperado dado el aumento en los ingresos de los hogares en todo este período.

Cuadro 5.8: Evolución del gasto en salud de bolsillo en pesos constantes de 2010			
	2003	2005	2010
Gasto promedio mensual			
Gasto total de bolsillo (en pesos)	50.2	58.2	91.8
Composición (en %)	100	s/d	100
Afiliación voluntaria per cápita	17.4	21.4	16.8
Consulta médica	6.4	6.5	5.5
Análisis - Estudios - Tratamientos	4.5	8.7	5
Consulta al dentista	11.7	8.4	11.3
Consulta otros profesionales	4.6	6.9	3.7
Medicamentos	46.1	39.7	44.1
Internación	1.7	s/d	2.2
Otros gastos de salud	7.7	8.3	10.9
Prácticas alternativas	s/d	s/d	0.5
Gasto en medicamentos (en pesos)	23.1	23.1	40.5
con afiliación (en pesos)	s/d	29.3	s/d
sin afiliación (en pesos)	s/d	12.7	s/d

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: El gasto fue deflactado por el índice de Atención Médica y Gastos para la Salud elaborado por INDEC.

82. El otro resultado destacable y a la vez contradictorio es el aumento registrado en los gastos en medicamentos, aumentaron un 75% entre 2010 y 2003 a precios constantes de 2010. La incidencia de los gastos en medicamentos también aumentó respecto de 2005, al pasar de 39,7% a 44,1%, y disminuyó respecto de la medición de 2003 (representaba un 46,1% de la canasta de salud). Este aumento en el gasto de bolsillo en medicamentos no parece consistente con la política de medicamentos implementada desde el gobierno nacional –medicamentos genéricos y distribución gratuita de medicamentos– con el propósito de garantizar el acceso y un gasto menor en medicamentos. Sin embargo, para poder evaluar estos resultados se requiere la evolución en el tiempo de los gastos en medicamentos de la población sin afiliación, que son los principales beneficiarios de la política nacional de medicamentos. Lamentablemente sólo se cuenta con el dato de gasto en medicamentos por condición de afiliación para 2005.

83. Sin embargo, el aumento en el gasto en medicamentos parece un resultado consistente con la evolución de las ventas al mercado interno de productos farmacéuticos, que como lo indica la Figura 5.17 muestra un crecimiento sostenido en todo este período. Sin duda la canasta de consumo de bienes y servicios de salud de los hogares, independientemente de su condición de afiliación e ingreso, cambió en estos últimos años aumentando la incidencia del gasto en medicamentos por un mayor consumo de estos bienes.



Fuente: MECON.

84. El Cuadro 5.9 exhibe el gasto de bolsillo de los hogares por quintil de ingreso per cápita familiar. Los datos muestran que el gasto de bolsillo es creciente en relación al ingreso per cápita familiar y que a lo largo del período analizado el aumento en el gasto de los quintiles de ingreso más bajo (Q1 y Q2) duplican el aumento observado en los otros quintiles. El gasto de bolsillo de los primeros quintiles creció un 62% contra un 25% en el caso del quintil más alto. El hecho que los gastos de bolsillo de los hogares de menores ingresos (Q1 y Q2) hayan aumentado por encima del incremento registrado en el gasto de bolsillo de los hogares de mayores ingresos estaría indicando una mayor inequidad en el sistema de financiamiento de la salud en Argentina. Sin embargo, habrá que evaluar también el cambio en la incidencia de estos mayores gastos en salud de las familias en relación al ingreso per cápita familiar.

85. La Figura 5.18 presenta el gasto de bolsillo en salud por quintiles y como porcentaje del ingreso per cápita familiar para 2003, 2005 y 2010. Como se puede observar, entre 2003 y 2010 el peso de los gastos de bolsillo en salud en el presupuesto familiar fue disminuyendo, pero más lo hizo para los dos quintiles de menores ingresos (Q1+Q2). En principio, el ingreso per cápita familiar de estos hogares aumentó más que proporcionalmente al aumento en el gasto en bienes y servicios de salud. De 26% que representaba en 2003, la incidencia de los gastos en salud para los dos quintiles de menores ingresos, pasó a representar el 13% del ingreso per cápita familiar. El resultado estaría mostrando una mejora significativa en el grado de equidad del sistema de financiamiento de la salud en Argentina.

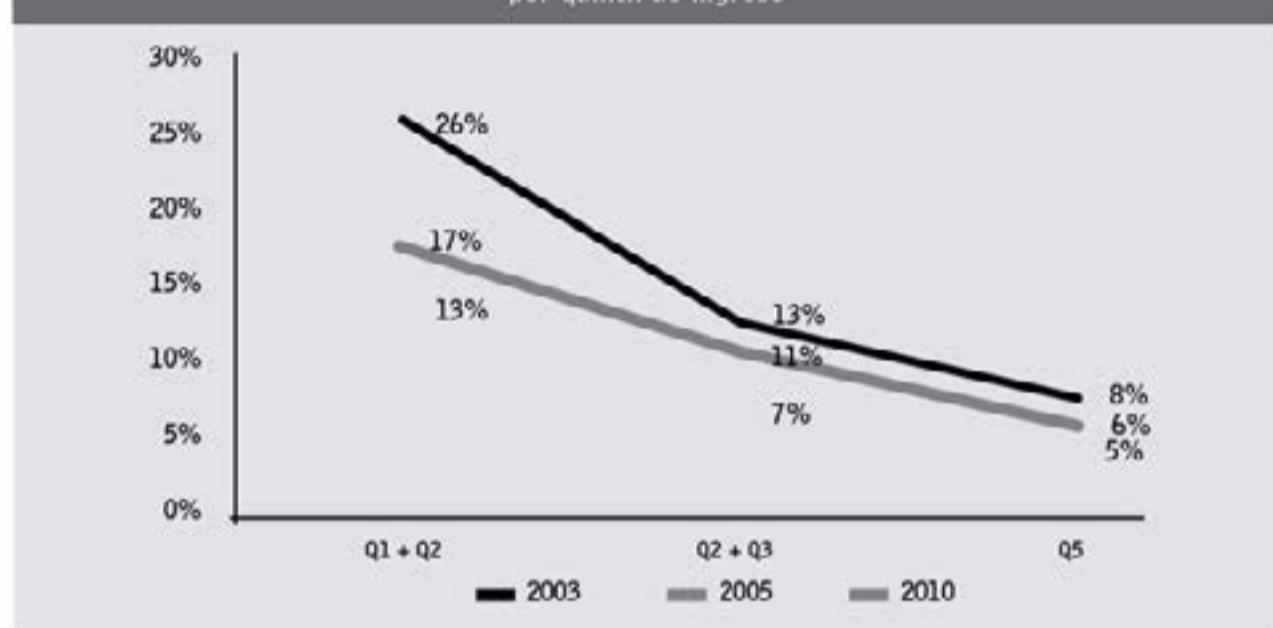
Cuadro 5.9: Gasto mensual de bolsillo por ingreso per cápita del hogar
En pesos a precios constantes de 2010

	2003	2005	2010	var % 2010/2003
Quintil 1 y 2	38,1	35,5	61,8	62%
Quintil 3 y 4	65,3	70,1	87,3	34%
Quintil 5	117,1	104,7	145,9	25%

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: El gasto fue deflactado por el índice de Atención Médica y Gastos para la Salud elaborado por INDEC.

Figura 5.1B: Gasto de bolsillo de salud, como % del ingreso per cápita familiar, por quintil de ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a EUGSS 2003, 2005 y 2010 y EPHC.

6. Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud

86. Adicionalmente a los niveles de cobertura alcanzados y el volumen de recursos asignados al sector de la salud importa analizar el grado de acceso y la utilización de los servicios de salud observados entre los grupos de asegurados y no asegurados y los diferentes grupos de ingreso. La existencia de diferenciales en el acceso y utilización de los servicios de salud por lugar de residencia o condición de afiliación constituye un indicador de desigualdad en cualquier sistema de salud. La encuesta de utilización y gastos de salud indaga sobre el nivel de utilización de estos servicios según la condición de afiliación de la población. Las encuestas de factores de riesgo también brindan información sobre los niveles de acceso a ciertas prácticas de salud según el lugar de residencia o el tipo de cobertura de salud de la población consultada. Esta sección indaga sobre los cambios recientes en la equidad, el acceso y la utilización de los servicios de salud.

87. Según la ENFR 2010, el 42,1% de la población consultó al médico en los últimos 30 días (Cuadro 6.1). Sin embargo, el número de consultas médicas no fue uniforme entre afiliados y no afiliados. Entre la población con seguro explícito de salud, el 45,7% consultó al médico los últimos 30 días, mientras que entre los no afiliados sólo lo hizo el 34,7%. Esto constituye un resultado importante en la medida que existe un diferencial de acceso y/o utilización de servicios de salud entre la población asegurada y no asegurada. Aún cuando la percepción sobre el estado de la salud de la población asegurada y no asegurada pueda ser distinta y esto pueda provocar una menor utilización de los servicios de salud, el diferencial de acceso existe y podría significar un problema de equidad importante del sistema.

88. Lo mismo ocurre con la realización de estudios y/o tratamientos. Según la última encuesta el 20,3% de la población relevada en 2010 dice haber realizado estudios o tratamientos de salud; sin embargo sólo el 13,4% realizó estos estudios entre la población no asegurada. La incidencia de estudios y tratamiento entre la población afiliada a un seguro de salud es del 23,7%, una cifra bastante superior a la incidencia de este tipo de estudios entre la población sin ninguna afiliación.

Cuadro 6.1: Utilización de los servicios de salud en % de la población relevada			
	2003	2005	2010
Consultó al médico	39.3	40.6	42.1
Afiliados	41.8	43.8	45.7
No Afiliados	35.9	35.2	34.7
Realizó análisis y tratamiento	16.4	22.1	20.3
Afiliados	21	23.8	23.7
No afiliados	10.1	19.1	13.4

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

89. Los resultados de las dos encuestas anteriores (2003 y 2005) también muestran este diferencial en las tasas de utilización de los servicios de salud según la condición de afiliación de la población. En términos dinámicos los resultados de las encuestas no muestran un incremento en el número de consultas de la población no asegurada, 35,9% en 2003 contra 34,7% en 2010, por el contrario se observa una leve disminución. Si en cambio la encuesta muestra un incremento en el número de estudios y tratamientos realizados por la población no asegurada entre 2003 (10,1%) y 2010 (13,4%). En 2005 la tasa de utilización de estudios y tratamiento resulta mayor (19,1%) debido a que se incorporan las internaciones en la prestación.

90. El promedio de consultas al médico en la población fue de 0,72 en los últimos 30 días (Cuadro 6.2). Este resultado se observa en la encuesta de 2005 como de 2010. Entre la población que dice haber consultado al médico los últimos 30 días, el promedio de consultas es de 1,71 en 2010 y 1,78 en 2005, mostrando una baja aunque poco significativa entre la población afiliada a un seguro de salud el número promedio de consultas prácticamente no ha variado entre 2005 y 2010 manteniéndose en un valor promedio de 1,8 veces al mes. Entre la población no afiliada, en cambio, el número de consultas bajó en este período, de 1,8 en 2005 a 1,55 en 2010. Esto podría estar marcando un diferencial de acceso o utilización respecto de las personas con seguro de salud. Según la encuesta 2010 el número de consultas crece en relación a la edad, comenzando con 1,5 consultas médicas entre la población de 0 a 14 años, entre 1,5 y 1,6 para la población de 15 a 64 años y casi 2 veces para la población de mas de 65 años.

91. **El número de consultas médicas por nivel de ingreso per cápita familiar no muestra un patrón muy definido, al menos es el resultado observado en la última encuesta (Cuadro 6.2).** En la encuesta de 2005 se pone de manifiesto un número de consultas médicas creciente respecto del ingreso per cápita familiar, algo que no se percibe en la medición de 2010.

Cuadro 6.2: Promedio de consulta médica según condición de afiliación y segmentos sociodemográficos		
Segmentos sociodemográficos	2005	2010
Número promedio mensual de consultas médicas		
Población total	0.72	0.72
Consultantes	1.78	1.71
Afiliados	1.78	1.77
No Afiliados	1.8	1.55
Edad		
0-14 años	1.58	1.49
15-64 años	1.88	1,52-1,64
65 años y más	2.05	1.96
Quintil de Ingreso per cápita familiar		
Q1	1.78	1.67
Q2		1.8
Q3	1.83	1.66
Q4		1.78
Q5	1.87	1.65

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

92. **Respecto del motivo de la consulta, la encuesta de 2010 indica que un 28% de las primeras consultas médicas son de carácter preventivo, como el control de embarazo y post parto o control sano (Cuadro 6.3).** El 62,2 % son consultas por enfermedad o control de la enfermedad y el 2,6% con motivo de la realización de estudios y/o análisis. Respecto de los resultados de 2003, en 2010 se observa un mayor número de consultas de carácter preventivo, 28% contra 21,8%. Algo que debe ser evaluado como positivo para el sistema de salud. La encuesta de 2003 muestra además diferencias, en algunos casos significativos, según la condición de afiliación de la población. El resultado más destacado es la alta incidencia de consultas por síntomas o enfermedad, más del 51,4% entre los no afiliados y sólo el 40,9% de las consultas entre los afiliados. Por lo tanto, todo indica que aumentó la proporción de consultas preventivas, pero aún persiste una alta participación en el número de consultas por síntomas o enfermedad en la población sin seguro explícito de salud, es decir, consultas de urgencia o no programadas.

Cuadro 6.3: Motivo de las consultas en % del total de consultas

	2003			2010		
	Total	Afiliado	No afiliado	Total	Afiliado	No afiliado
Control de embarazo y post parto	4.3	3.0	6.6	2.0	s/d	s/d
Control general sin sentirse enfermo	17.5	19.6	14.2	26.0	s/d	s/d
Control de enfermedad	24.6	27.9	19.1	33.2	s/d	s/d
Síntomas o enfermedad	44.9	40.9	51.4	29.0	s/d	s/d
Estudios - Análisis	2.2	2.7	1.3	2.6	s/d	s/d
Accidentes	4.5	3.7	5.7	2.4	s/d	s/d
Otros	2.0	2.2	1.7	4.9	s/d	s/d
Total	100	100	100	100.1	s/d	s/d

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

93. En relación a la utilización de los servicios de salud, la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 muestra respecto de la medición anterior (2005) que aumentó el acceso y la realización de prácticas preventivas y control de factores de riesgo, como medición de la presión arterial (PA), colesterol, glucemia, PAP y mamografía, aunque la prevalencia de dichos factores de riesgo no han mejorado, al contrario en la mayoría de los casos se han agravado, como la obesidad, el colesterol elevado y la diabetes (Cuadro 6.4).

Cuadro 6.4: Acceso a prácticas de prevención y control de factores de riesgo y resultados

Acceso prácticas e indicadores asociados	ENFR 2005	ENFR 2009
Control de presión arterial en los últimos dos años	78.7	81.4
Prevalencia de presión arterial elevada	34.5	34.8
Control de colesterol (alguna vez)	72.9	76.6
Colesterol elevado (entre los que se midieron)	27.9	29.1
Control de glucemia (alguna vez)	69.3	75.7
Diabetes (población total)	8.4	9.6
Realización de PAP dos años (mujeres)	51.6	60.5
Realización de mamografía en los últimos dos años (mujeres mayores de 40 años)	42.5	54.2

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009.

94. Otro resultado interesante que brinda la ENFR 2009 es la brecha que persiste en el consumo de prácticas de prevención y control de factores de riesgo entre la población que cuenta con un seguro de salud (obra social o medicina prepaga) y la población cubierta por el subsector público. Como se exhibe en el Cuadro 6.5 las diferencias en el consumo de estas prácticas es significativo en todos los casos. Este resultado estaría indicando problemas de equidad en el sistema público de salud por deficiencias en la oferta de estas prácticas médicas o el fracaso de las campañas de promoción de la salud entre la población cubierta por el subsistema público.

Cuadro 6.5: Prevalencias de control de FR y realización de mamografía en los últimos dos años para el total del país según tipo de cobertura

	Obras sociales y prepagas	Solo pública
Control de PA (%)	86.5	69.8
Control de colesterol (%)	82.4	54.8
Control de glucemia (%)	82.2	60.6
PAP (%)	63.5	52.7
Mamografía (%)	58.3	37.7

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

95. Esta brecha en el acceso y utilización de prácticas de prevención se observa también entre provincias en particular en la realización de Mamografías y PAP.

Lamentablemente, no se encuentran disponibles los resultados de la ENFR para 2009 con este mismo nivel de desagregación. Esta información podría dar a luz cambios (mejoras) en la equidad del sistema de salud entre provincias. El dato disponible para 2009 se encuentra desagregado por regiones como se exhibe en la Figura 6.1 y 6.2. Si bien los datos de cada provincia están agregados en cada una de las cinco regiones todo parecería indicar que la dispersión se habría acortado.

96. La cobertura alcanzada en vacunación es un indicador poderoso de equidad y acceso en cualquier sistema de salud pública. Se trata por otro lado de un indicador de eficiencia económica del sistema. Está demostrado que la inversión en vacunas redundaría en un ahorro importante en gastos sanitarios y sociales, por lo que la vacunación constituye una de las mejores inversiones en el desarrollo sanitario de los países.

97. En Argentina está fuera de discusión la mayor cobertura de vacunación alcanzada gracias a las dosis e insumos distribuidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Sin embargo, también en este caso es importante evaluar la presencia de diferencias en los porcentajes de cobertura de vacunación por lugar de residencia y tipo de vacuna. Como ocurre en otros países, cada año se calculan las coberturas del Programa de Inmunizaciones basándose en el denominado método administrativo (dosis administradas). El método consiste en dividir el numerador, es decir número de dosis administradas, por un denominador, que es la población que debería haber recibido estas dosis de vacunas. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Nutricional y Salud 2006 brinda información sobre las coberturas efectivas alcanzadas en el plan anual de vacunación por región y tipo de vacuna. Los resultados se exhiben en la Figura 6.4

98. En general se observa, según los datos que brinda la ENNyS 2006 una cobertura universal en BCG, Sarampión y Hepatitis B en el caso de los niños de 6 a 23 meses. No es el caso de Hib, Sabin, Paperas y DTP que se observan coberturas por debajo del 80% y diferencias de cobertura significativas entre regiones.

99. A manera de resumen, si bien los resultados deben ser considerados cuidadosamente, la utilización de los servicios de salud, en términos de las consultas al médico como la realización de estudios y/o tratamientos, no han tenido un comportamiento creciente en el periodo analizado, por el contrario, en algunos casos se observa una menor utilización y/o consumo de estos servicios, por ejemplo, entre la población no afiliada a un seguro de salud. Esto es lo que surge del análisis de las últimas tres ondas de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud de Argentina.

100. En tanto, la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo muestra un consumo de consultas y prácticas de prevención de factores de riesgo mayor que la efectuada en 2005, aunque la brecha en las tasas de uso entre la población con seguro de salud y sin seguro de salud aún persiste en valores elevados. Este resultado preliminar no condice con el mayor esfuerzo realizado desde la administración pública nacional y provincial en términos de una mayor asignación presupuestaria para el sector. Se observa en cambio una mayor conciencia entre la población general sobre la necesidad de una mayor prevención, lamentablemente no es posible diferenciar este comportamiento según la condición de afiliación para 2010.

Figura 6.1: Brecha provincial en la realización de Mamografía, 2005

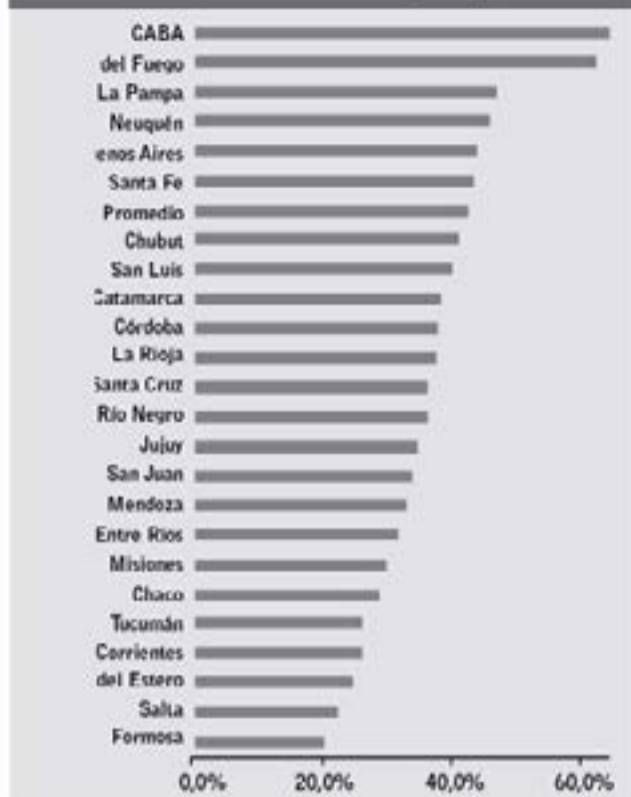
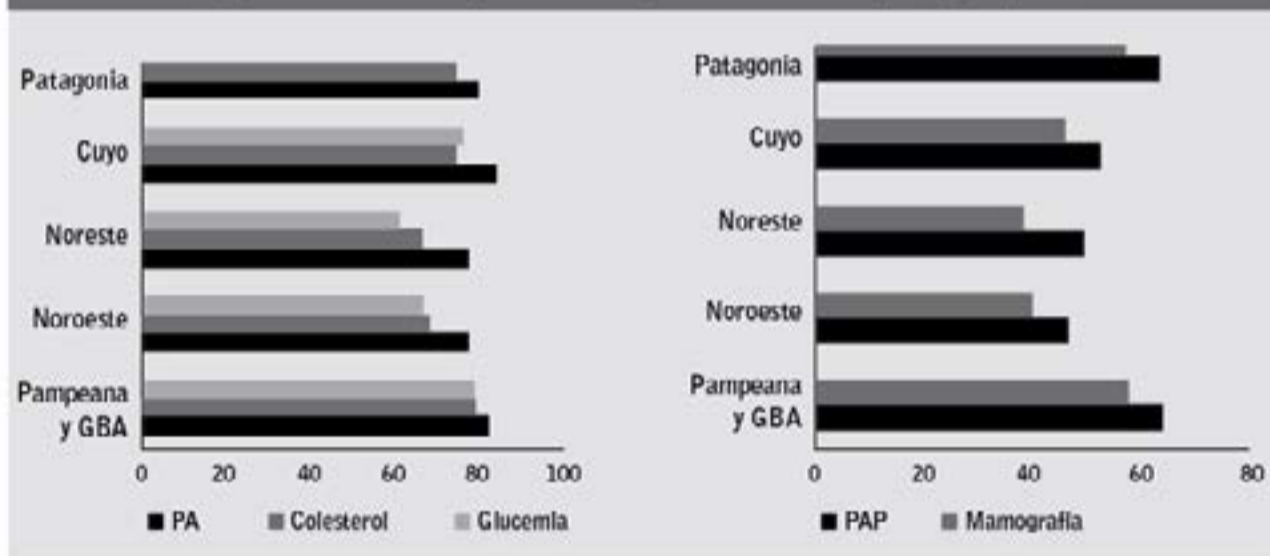


Figura 6.2: Brecha provincial en la realización de PAP, 2005



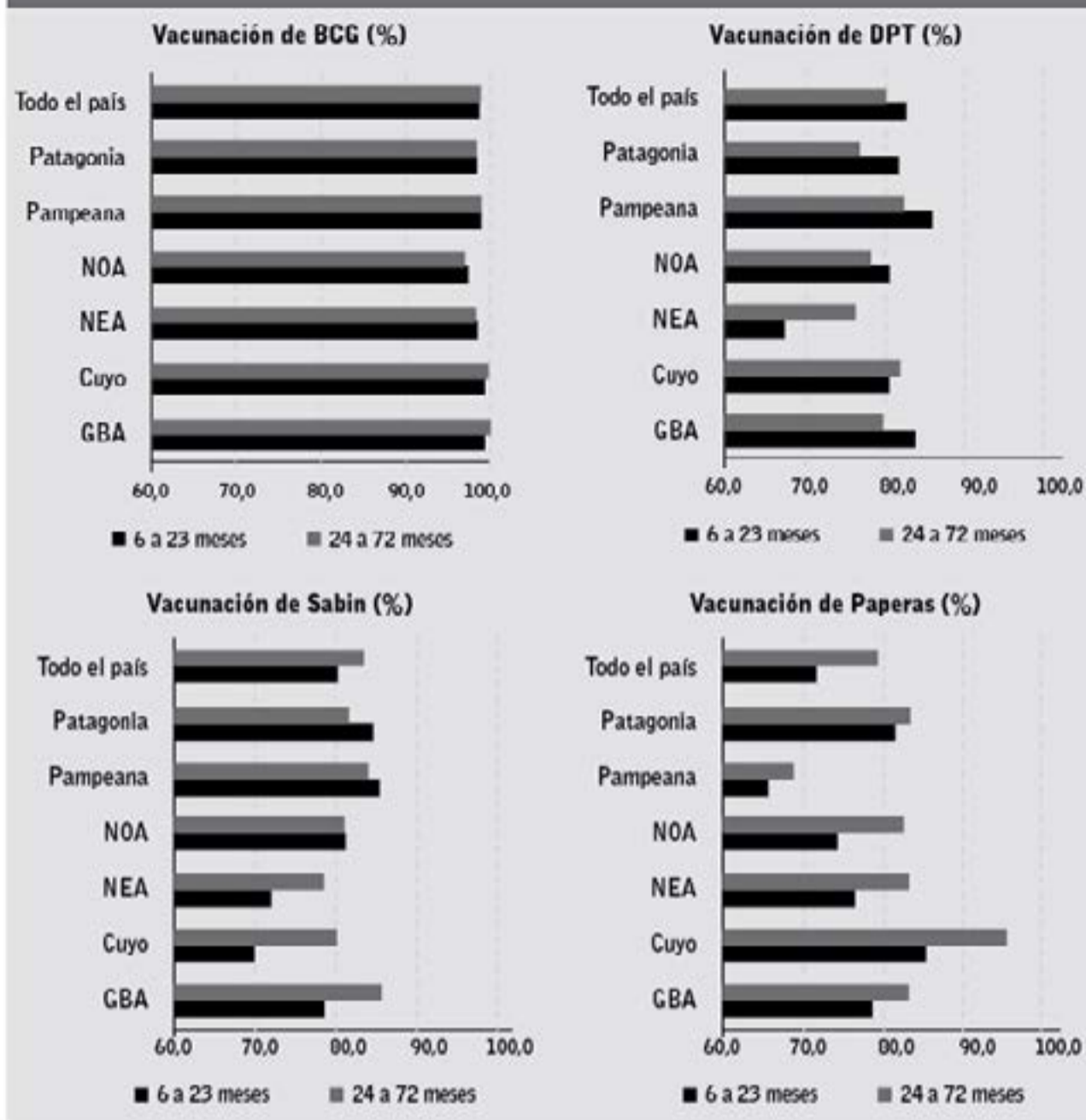
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2005.

Figura 6.3. Acceso a prácticas de prevención de FR por región, 2009



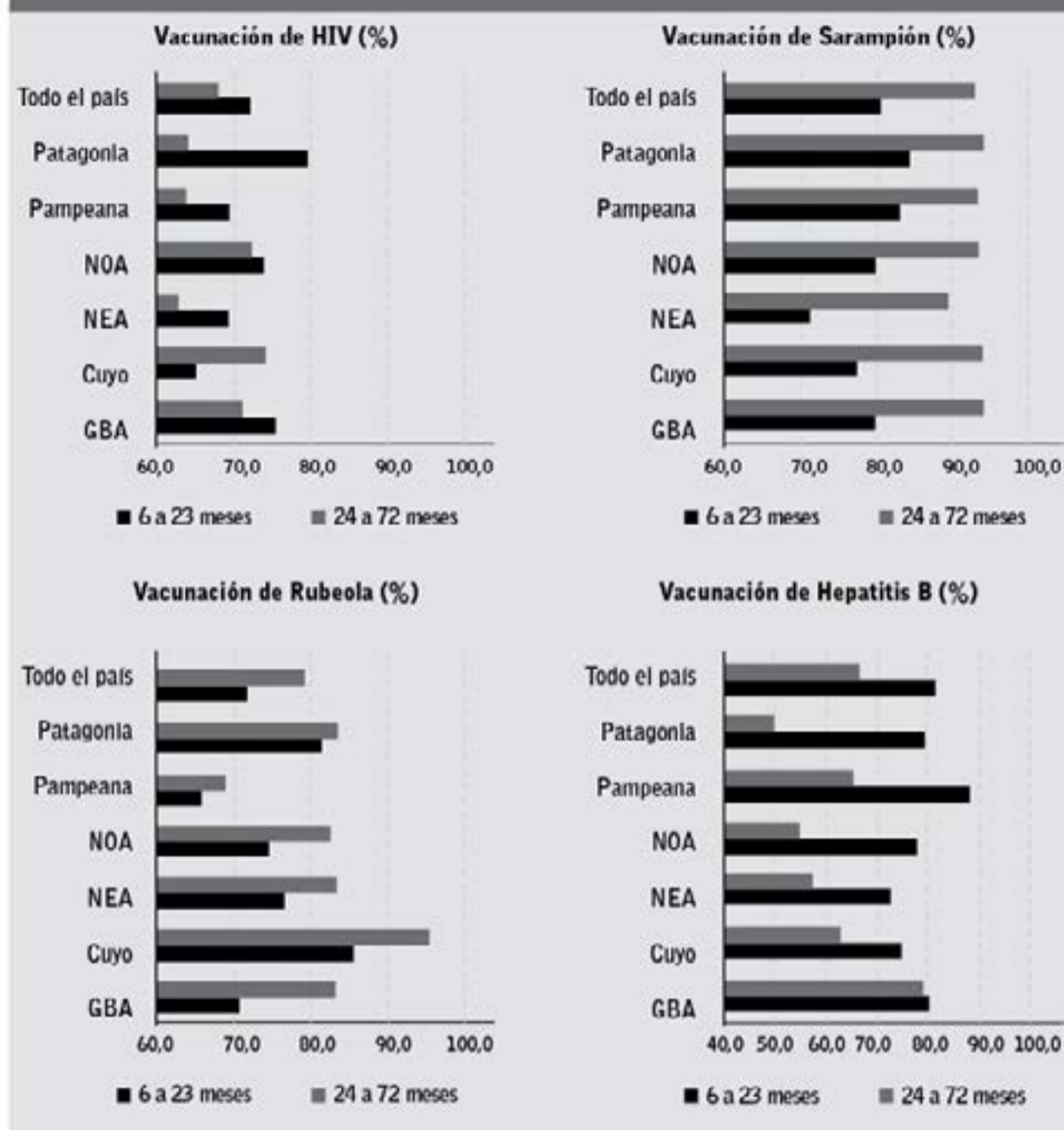
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009.

Figura 6.4a: Cobertura de vacunación infantil (%) por región y grupo de edad en meses



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ENNS.

Figura 6.4b: Cobertura de vacunación (%) por región y grupo de edad en meses



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ENNS.

7. Análisis de la oferta y de los recursos sanitarios

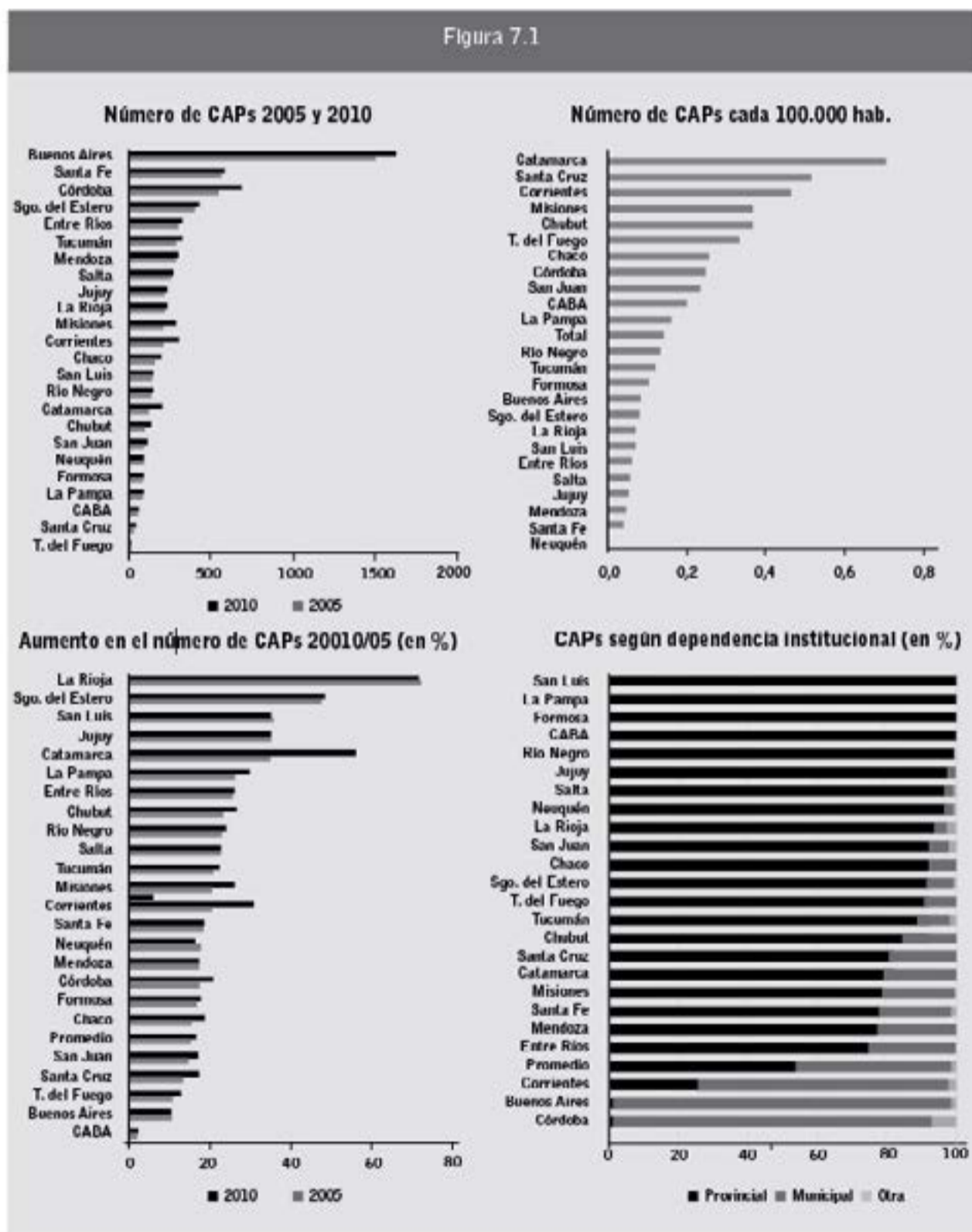
101. Los recursos sanitarios de un sistema de salud se refieren fundamentalmente a la dotación de personal (médicos, enfermeros, auxiliares, administrativos, etc.) y de material e insumos (infraestructura, salas, camas, instrumental, equipos de alta tecnología, material descartable, medicamentos, vacunas, etc.). El análisis de la oferta y los recursos sanitarios tiene grandes implicancias en términos de la equidad del sistema. La equidad desde el punto de vista sanitario se define como la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales preexistentes. La equidad adquiere gran importancia porque existen, ante una necesidad básica, grandes diferencias, las que afectan a distintas áreas geográficas y a distintos grupos sociales de la población. La equidad tiene que ver, por tanto, con la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de estas diferencias preexistentes.

102. Para caracterizar, evaluar y comparar la oferta y la dotación de los recursos sanitarios en esta sección se han elaborado algunos indicadores que permiten conocer la situación sanitaria de las diferentes jurisdicciones siendo que el sistema de salud argentino no puede considerarse como único sino que resulta de la suma de los subsistemas públicos provinciales. Antes de comenzar es importante mencionar que la información sobre recursos sanitarios en Argentina se encuentra fragmentada en múltiples fuentes de información, muchas veces de forma parcial y de manera discontinua e incompleta. La construcción de estos indicadores resulta muy laborioso ya que las fuentes de información se encuentran dispersas. Por ello esta sección es sólo exploratoria en base a la información que se logró recopilar a partir de las fuentes públicas disponibles. Las principales fuentes de información surgen del programa REMEDIAR, la Guía de Establecimientos Asistenciales y el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

103. El propósito de esta sección es analizar la evolución de la oferta sanitaria en el marco de esta mayor asignación de recursos financieros al sector. Nos preguntamos en esta sección si efectivamente aumentó la oferta de servicios de salud para la población que se atiende en el subsector público. ¿Cuáles han sido los cambios en la composición de la oferta sanitaria en términos del sistema de atención de la salud? ¿Aumentó en este tiempo la oferta del primer nivel de atención? ¿El acceso a estos servicios esenciales mejoró para la población que se atiende en el subsector público?

104. **En primer lugar en el periodo analizado la oferta de infraestructura de servicios de atención primaria de la salud (CAPs) aumentó en todas las provincias, aunque con algunas diferencias significativas.** Esto hizo que los indicadores de acceso, como número de CAPs cada 100.000 habitantes continúen siendo muy dispares entre provincias. La Rioja, San Luis y Santiago del Estero son los que presentan mayor número de establecimientos de primer nivel de atención en términos de su población. En el otro extremo, la Ciudad de Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires y Santa Cruz son las jurisdicciones con menor número de CAPs por habitante. De los datos también surge que la oferta de establecimientos de primer nivel de atención aumentó considerablemente en las provincias de Corrientes, Catamarca y Misiones. El otro dato relevante es la dependencia jurisdiccional de estos centros de atención primaria, que salvo las provincias que han avanzado en la descentralización de estas funciones se encuentra concentrada fundamentalmente en el nivel provincial de gobierno (Figura 7.1).

105. El Cuadro 7.1 exhibe la evolución del número de consultas en los Centros de Atención Primaria que participan del programa REMEDIAR, programa que presenta una cobertura casi universal en todo el país. **Lo que se observa es una tendencia creciente en el número de consultas por habitantes hasta 2009, y luego un descenso abrupto en el dato de 2010.** En relación al indicador es importante notar que el denominador, habitantes en cada provincia, esta subestimando el número de consultas per cápita dado que en realidad la población que asiste a dichos establecimiento es en su mayoría población sin cobertura de salud. Si se tomara como denominador la población que no cuenta con seguro explícito de salud el número de consultas aumentaría notablemente. Entre las provincias que muestran un mayor número de consultas se destacan: Catamarca, Chaco, San Luis, Santa Cruz y La Pampa. Provincias que en general tienen una mayor oferta de establecimientos de atención primaria de la salud como lo indica la Figura 7.1.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de REMEDIAR.

Cuadro 7.1: Número de consultas en CAPs por habitante

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	0.65	0.9	0.95	0.97	0.94	0.91	0.95	0.8
CABA	0.19	0.22	0.24	0.23	0.22	0.22	0.22	0.13
Buenos Aires	0.50	0.73	0.77	0.8	0.76	0.7	0.74	0.66
Catamarca	0.85	1.49	1.67	1.78	1.62	1.65	1.79	1.54
Córdoba	0.79	1.19	1.25	1.3	1.25	1.22	1.27	1.02
Corrientes	0.57	0.79	0.91	0.94	0.99	0.91	0.93	0.93
Chaco	1.16	1.51	1.57	1.63	1.54	1.6	1.74	1.4
Chubut	0.71	1.03	1.12	1.19	1.23	1.27	1.29	1.05
Entre Ríos	0.62	1.13	1.08	1.11	1.09	1.02	1.06	0.92
Formosa	0.94	1.35	1.61	1.54	1.48	1.44	1.48	1.34
Jujuy	0.64	1.08	1.13	1.15	1.09	1.13	1.16	0.95
La Pampa	1.23	1.57	1.62	1.68	1.63	1.55	1.68	1.38
La Rioja	0.89	1.27	1.13	1.12	1.08	1.12	1.19	1.02
Mendoza	0.86	1.06	1.09	1.01	0.99	0.93	0.95	0.75
Misiones	0.69	1.05	1.21	1.29	1.25	1.25	1.25	1.13
Neuquén	0.88	1.16	0.79	0.83	0.76	0.71	0.79	0.83
Río Negro	0.61	0.88	0.89	0.9	0.9	0.84	0.83	0.75
Salta	0.68	1.1	1.15	1.14	1.15	1.08	1.19	1.06
San Juan	0.52	0.75	1	1.02	1.02	1.05	1.07	0.89
San Luis	1.18	1.53	1.43	1.38	1.45	1.53	1.61	1.42
Santa Cruz	0.31	0.9	1.1	1.14	1.02	1.08	1.19	1.55
Santa Fe	0.65	0.85	0.9	0.92	0.89	0.88	0.91	0.74
Sgo. del Estero	0.64	1.05	1.17	1.3	1.34	1.27	1.36	1.27
Tucumán	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.08
T. del Fuego	15.13	21.23	22.88	22.67	22.03	22.26	21.68	19.07

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Programa Remediar.

106. El número de establecimientos con internación y camas también muestra una importante dispersión entre provincias. Aunque esta dispersión es mayor en el subsector privado, con lo cual el sector público estaría mitigando esta desigualdad en la oferta sanitaria. Esto se observa en el Cuadro 7.2 que indica el número de establecimientos con internación pública y privada, el número de camas y el número de camas cada 1.000 habitantes. También es cierto que esta disparidad en el número de camas cada 1.000 habitantes puede obedecer a otras razones, como la presencia de beneficiarios que provienen de otras jurisdicciones, como el caso de Córdoba y la Ciudad de Buenos Aires, o la presencia de establecimientos de mayor complejidad que atienden población de todo el país.

Cuadro 7.1: Número de consultas en CAPs por habitante

	Total del Sistema de Salud			Subsector Público			Subsector Público		
	Establecimientos	Camas	Camas por hab.	Establecimientos	Camas	Camas por hab.	Establecimientos	Camas	Camas por hab.
Buenos Aires	1.736	70.025	10,7	326	30.107	4,2	1.410	45.918	6,5
CABA	170	21.865	14,4	40	10.004	6,6	130	11.781	7,0
Catamarca	64	1.953	11,6	36	1.186	7,1	28	767	4,6
Chaco	107	4.190	8,5	51	1.971	4,0	56	2.219	4,5
Chubut	58	1.772	8,6	34	984	4,8	24	788	3,8
Córdoba	616	20.760	13,2	143	7.323	4,6	473	13.437	8,5
Corrientes	85	3.771	8,0	50	2.681	5,7	35	1.090	2,3
Entre Ríos	119	5.271	8,9	69	3.877	6,6	50	1.394	2,4
Formosa	80	2.205	9,1	42	1.460	6,0	38	745	3,1
Jujuy	50	2.665	8,6	22	1.579	5,1	20	1.086	3,5
La Pampa	54	1.229	8,2	36	749	5,0	18	480	3,2
La Rioja	52	1.510	10,4	36	911	6,3	16	599	4,1
Mendoza	182	6.103	7,5	25	2.564	3,2	157	3.539	4,4
Misiones	144	3.073	6,4	56	1.571	3,3	88	1.502	3,1
Neuquén	43	1.807	7,6	29	1.077	4,5	14	730	3,1
Río Negro	91	2.679	9,6	35	1.288	4,6	56	1.391	5,0
Salta	89	4.208	7,7	57	2.750	5,0	32	1.458	2,7
San Juan	81	2.666	8,4	17	1.262	4,0	64	1.404	4,4
San Luis	36	1.122	6,1	21	716	3,9	15	406	2,2
Santa Cruz	28	969	10,0	23	768	8,0	5	201	2,1
Santa Fe	275	10.076	6,5	134	5.568	3,6	141	4.508	2,9
Sgo. del Estero	87	3.564	8,9	56	2.487	6,2	31	1.077	2,7
T. del Fuego	9	364	7,4	4	232	4,7	5	132	2,7
Tucumán	95	5.001	7,5	36	2.548	3,7	59	2.533	3,7
Total	4.351	184.928	9,9	1.378	85.743	4,6	2.973	99.185	5,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SISA.

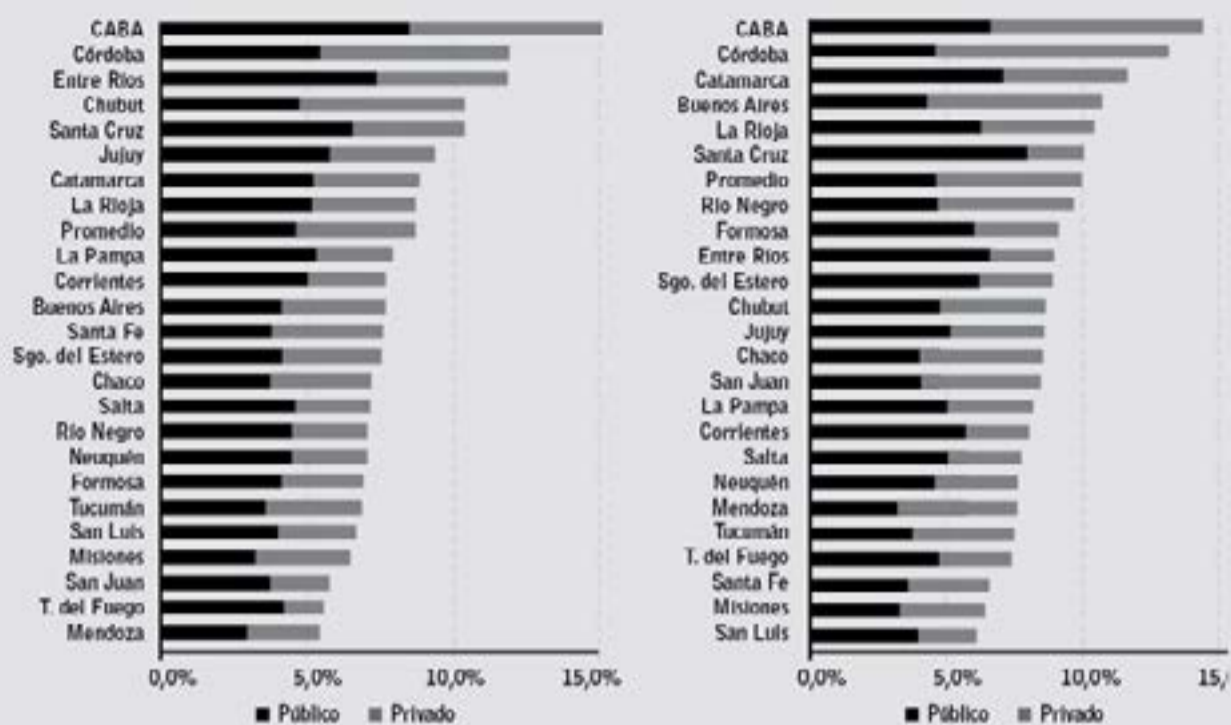
Cuadro 7.1: Número de consultas en CAPs por habitante

	Total del Sistema de Salud			Subsector Público			Subsector Público		
	Establecimientos	Camas	Camas por c/1000 hab.	Establecimientos	Camas	Camas por c/1000 hab.	Establecimientos	Camas	Camas por c/1000 hab.
Buenos Aires	811	51.517	7,7	269	27.730	4,1	542	23.787	3,5
CABA	172	21.944	17,4	39	10.703	8,5	133	11.241	8,9
Catamarca	58	1.470	8,8	38	867	5,2	20	603	3,6
Chaco	115	3.537	7,2	50	1.824	3,7	61	1.713	3,5
Chubut	61	2.148	10,4	30	980	4,7	31	1.168	5,6
Córdoba	584	17.718	11,9	141	8.114	5,4	443	9.604	6,4
Corrientes	90	3.525	7,7	50	2.309	5,0	40	1.216	2,6
Entre Ríos	150	6.751	11,9	66	4.186	7,4	84	2.565	4,5
Formosa	68	1.680	6,9	33	1.005	4,1	35	675	2,8
Jujuy	52	2.823	9,4	22	1.752	5,8	30	1.071	3,6
La Pampa	58	1.179	7,9	35	795	5,3	23	384	2,6
La Rioja	37	1.260	0,7	24	740	5,2	13	512	3,5
Mendoza	82	4.142	5,4	28	2.250	2,9	54	1.892	2,5
Misiones	109	3.125	6,5	40	1.573	3,2	69	1.552	3,2
Neuquén	44	1.660	7,0	30	1.064	4,5	14	596	2,5
Río Negro	57	1.930	7,0	29	1.234	4,5	28	696	2,5
Salta	95	3.805	7,1	55	2.463	4,6	40	1.342	2,5
San Juan	36	1.742	5,8	14	1.123	3,7	22	619	2,0
San Luis	44	1.218	6,6	21	731	4,0	23	487	2,7
Santa Cruz	26	1.041	10,4	15	659	6,6	11	382	3,0
Santa Fe	356	11.011	7,6	138	5.451	3,7	218	5.560	3,8
Sgo. del Estero	109	3.033	7,5	54	1.682	4,2	55	1.351	3,4
T. del Fuego	7	286	5,5	3	216	4,2	4	70	1,4
Tucumán	79	4.520	6,9	35	2.357	3,6	44	2.163	3,3
Total	3.308	153.065	8,7	1.271	81.816	4,6	2.037	71.249	4,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DEIS.

107. En relación a la oferta sanitaria del 2000 se observa un aumento en el número de camas cada 1.000 habitantes al pasar de 8,7 a 9,9 en 2010, según los datos recogidos del SISA. La provincia de Catamarca, Buenos Aires y La Rioja exhiben los aumentos más significativos en términos del número de camas por habitantes.

Figura 7.2: Número de camas por cada 1.000 habitantes por sector



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2005.

8. Conclusiones y principales hallazgos

108. A lo largo del presente estudio se analizaron los cambios recientes en la cobertura, equidad y acceso del sistema de salud argentino. El documento presentó primero los cambios ocurridos en los determinantes de la salud. Luego una breve descripción de la situación epidemiológica y cuales han sido los cambios fundamentales en términos de la cobertura de salud de la población. Mas adelante se analizó el gasto en salud público y privado. En particular se intentó evaluar las ganancias de equidad que ha tenido el sistema a lo largo de estos últimos años. Con datos de la encuesta de utilización y gasto de servicio de salud se evaluó el acceso de los servicios de salud según ciertas características de la población.

109. A continuación se enumeran los principales hallazgos del trabajo:

a) Las condiciones de vida y los determinantes económicos y sociales de la salud mejoraron notablemente en Argentina desde el 2003 a la fecha. Esto permitió el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de mortalidad infantil. Esta mejora de los resultados sanitarios básicos se produce en un contexto de disminución de la pobreza e indigencia, mejores condiciones económicas para la población, mayor cobertura de servicios de infraestructura básica y una mayor inversión pública en salud. En contraposición, en este período se observa un estancamiento en los indicadores de mortalidad materna e incidencia de bajo peso al nacer, dos indicadores relacionados directamente con el desempeño del sistema de salud.

b) También se consolidó en Argentina un perfil epidemiológico dual en el cual coexisten problemáticas de salud típicas de países en desarrollo asociadas a condiciones perinatales, morbimortalidad materna, enfermedades transmisibles y lesiones, con enfermedades crónicas no transmisibles propias de las economías más desarrolladas. Se acentuó también el envejecimiento de la población con todas las implicancias que esto tiene para los sistemas de salud y de la seguridad social.

c) En este período se produce un aumento sin precedentes en el porcentaje de población cubierta con un seguro de salud. Los afiliados a una obra social nacional o provincial representan el 57% de la población, aumentando 20% respecto de la cifra de 2003. Si se incluye la población que cuenta con medicina privada el porcentaje de personas con un seguro de salud explícito según la EUGSS 2010 asciende al 66%. Paralelamente son cada vez menos los afiliados a una empresa de medicina prepaga y los usuarios del subsistema público. Este resultado debería generar un replanteamiento de la estrategia de intervención (sanitaria) del MSN sobre el desempeño de las Obras Sociales si se quiere revertir o mejorar los indicadores más duros de mortalidad y morbilidad producidas por las enfermedades crónicas no transmisibles.

d) El estudio releva la evolución del gasto público en salud en Argentina. Muestra el aumento sostenido en los recursos asignados a la salud en el nivel federal y provincial de gobierno. Los datos muestran un mayor peso del gasto público en salud del gobierno nacional en detrimento del gasto ejecutado desde el nivel municipal de gobierno. Por otro lado como consecuencia de una mayor cobertura de los programas nacionales de salud que distribuyen medicamentos, insumos médicos y equipamiento a las provincias, se observa una disminución relativa de los recursos asignados a la compra de bienes y servicios por parte de las provincias para este sector. En general, el aumento de los recursos al sector de la salud en el nivel provincial de gobierno obedeció a la recomposición salarial del personal de salud. Esto es lo que se observa en los presupuestos de salud ejecutados por las provincias.

e) Aun cuando el ingreso per cápita familiar es uno de los determinantes principales de la condición de afiliación de la población, la encuesta de 2010 muestra un importante recorte en el diferencial de afiliación entre el primer quintil de ingreso familiar y los dos últimos quintiles. Es indudable que se produjo una mayor equidad en términos del porcentaje de cobertura de salud por estrato de ingreso familiar.

f) En Argentina, la incidencia de seguro formal de salud se encuentra asociado directamente al nivel de desarrollo económico de cada provincia. Sin embargo, la distancia de los porcentajes de cobertura de salud entre provincias según la última ENFR se fue acortando en este último periodo. Según esta encuesta en las provincias de menor desarrollo relativo es donde más creció el porcentaje de población con seguro de salud, como Chaco, Santiago del Estero, Corrientes y Formosa.

g) En 2010 el 42,1% de la población consultó al médico en los últimos 30 días. Sin embargo, el número de consultas médicas no fue uniforme entre afiliados y no afiliados, 45,7% entre los afiliados y 34,7% entre los no afiliados. Esto constituye un resultado importante en la medida que existe un diferencial de acceso y/o utilización de servicios de salud entre la población asegurada y no asegurada, aun cuando la percepción sobre el estado de la salud de la población asegurada y no asegurada sea distinta y esto provoque una menor utilización de los servicios de salud.

h) Según la EUGSS 2010 la población realiza en promedio menos de una consulta médica al mes (0,7). Entre los que consultaron al médico el número de consultas se eleva a 1,7 por mes. Entre la población afiliada a un seguro de salud el número promedio de consultas prácticamente no ha variado entre 2005 y 2010 manteniéndose en un valor promedio de 1,8 veces al mes. Entre la población no afiliada, en cambio, el número de consultas bajó de 1,8 en 2005 a 1,5 en 2010.

i) Respecto del motivo de la consulta, la EUGSS 2010 indica que un 28% de las primeras consultas médicas son de carácter preventivo, como el control de embarazo y post parto o control sano. El 62,2 % son consultas por enfermedad o control de la enfermedad y 2,6% con motivo de la realización de estudios y/o análisis. La última encuesta esta mostrando un aumento en el número de consultas preventivas, este constituye un dato importante y sumamente alentador, dado los esfuerzos que desde el Gobierno Nacional se están realizando para alentar las políticas de promoción y prevención de la salud.

j) Si bien los resultados deben ser considerados cuidadosamente, la utilización de los servicios de salud, en términos de las consultas al médico como la realización de estudios y/o tratamientos, no han tenido un comportamiento creciente en el periodo analizado, por el contrario, en algunos casos se observa una menor utilización y/o consumo de estos servicios, por ejemplo, entre la población no afiliada a un seguro de salud. Este resultado preliminar no condice con el mayor esfuerzo realizado desde la administración pública nacional y provincial en términos de una mayor asignación presupuestaria y cobertura efectiva de los sistemas de salud. Claro que el resultado de este mayor esfuerzo presupuestario desde el Gobierno nacional y las provincias podría haber tenido como resultado un avance en el grado de resolutivez del sistema, efecto que no es posible medir en este tipo de encuestas.

k) El resultado anterior, podría estar en contradicción con el número creciente de consultas en los servicios de atención primaria de la salud por habitantes considerando sólo a la población sin cobertura de salud o que se atiende en el subsector público de la salud.

l) Se observa en cambio una mayor conciencia entre la población general sobre la necesidad de una mayor prevención, lamentablemente no es posible diferenciar este comportamiento según la condición de afiliación para 2010.

m) La última EUGSS muestra un gasto de salud de bolsillo creciente en relación al ingreso per cápita familiar y que a lo largo del período analizado aumentó en mayor proporción en los quintiles de ingreso más bajos (Q1 y Q2), duplican el aumento observado en los otros quintiles. Paralelamente, el peso de los gastos en salud de los hogares en el presupuesto familiar fue disminuyendo, pero más lo hizo para los dos quintiles de menores ingresos (Q1+Q2). El ingreso per cápita familiar de estos hogares aumentó más que proporcionalmente al aumento en el gasto en bienes y servicios de salud.

Referencias

- a** La encuesta de 2005 y 2010 fue elaborada con fondos de financiamiento del Banco Mundial. También financió la ENNyS y la ENFR.
- b** La Coordinación General de Estudio de Costos del Sistema Educativo sistematiza y elabora las series del Gasto Educativo Nacional, Jurisdiccional y Consolidado. <http://www.me.gov.ar/cgecse/educacion.html>
- c** El criterio de selección de la muestra se basa en dos dimensiones: aquellas provincias que publican la desagregación por objeto del gasto y que superan el x% de representatividad en el gasto total del consolidado provincial.

Bibliografía y fuentes consultadas

- Abriata y Barbieri (2010) Análisis de Situación de Salud. Bases para el Plan Federal de Salud 2010-2016. Versión final. Abril 2010.
- Arriagada, Aranda y Miranda (2005): Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas, CEPAL, Serie de Políticas 114, Santiago de Chile.
- PNUD (2011): El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.
- Curto, S.; Verhasselt, Y.; Boffi, R.; 2009: "La Transición Epidemiológica en la Argentina" –Seminario Extensionista "Aportes de la epidemiología comunitaria" - Universidad de Córdoba; República Argentina. En <http://www.uncor.edu/extension-unc/vinculacion/instituciones-sociales-ysalud/actividades-realizadas/2009/seminario-extensionista-apuntes-de-la-epidemiologiacomunitaria/unc-seu-transicion-epidemiologica>- Consultado el 15-09-2011
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) - Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación: "Evolución de la mortalidad según causas – Período 1997– 2006" y Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)- Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación: "Estadísticas Vitales-Información Básica" - Años 2007, 2008 y 2009. Procesamiento propio.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) - Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación: "ESTADÍSTICAS VITALES - INFORMACION BASICA" - AÑOS 2005 y 2009 – ANEXOS POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD ESTIMADA AL 30 DE JUNIO DE 2005 y DE 2009 POR PROVINCIAS.
- Ferrante, Linetzky, Konfino, King, Virgolini, Laspiur (2011): "Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2008: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina. Estudio de corte Transversal". Revista Argentina de Salud Pública, Vol 2 –Nro 6, Marzo 2011.
- Instituto de Investigaciones Gino Germani (2010). Utilización y gasto en servicios de salud en Argentina – año 2010, informe elaborado por: Jorge Raúl Jorrat. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires
- Jorrat, Jorge Raúl Mercedes Fernández y Elida H. Marconi (2008) Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socioeconómicos en salud, SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(1):57-76, Enero - Abril, 2008.
- Maceira, Daniel (2008). Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud. La experiencia Argentina. Enero 2008. Programa de Salud CIPPEC.
- Maceira, Daniel (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. Cuadernos del CLAEH. Nro 99. Montevideo 2da serie.
- Mariana Marchionni, Joaquín Caporale, Adriana Conconi y Natalia Porto (2011) No Transmisibles y sus Factores de Riesgo en Argentina: Prevalencia y Prevención Maestría en Economía Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales Enfermedades Crónicas Universidad Nacional de LaPlata Documento de Trabajo Nro. 117 Abril, 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación (2003). Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, tabulados especiales según variables seleccionadas, total país - año 2003. Encuesta a población. Serie 10 - número 19. Sistema estadístico de salud.

- Ministerio de Salud de la Nación (2005). Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud argentina -año 2005. Encuestas a población serie 10 número 20.
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009/
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2007.

Comentarios: Natalia Jörgensen

El objetivo del trabajo es analizar resultados sanitarios en Argentina a la luz de los cambios en los determinantes económicos y sociales observados en la última década y de la evolución de la utilización de los servicios de salud. Para llevar adelante el estudio el autor utiliza información de distintas fuentes de datos (Encuesta de Utilización y Gasto (2003-2005-2010), Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005-2009), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005), DEIS- Estadísticas vitales, censos y estadísticas específicas de gasto).

El marco conceptual de los determinantes económicos y sociales de la salud sostiene que la interrelación entre distintos factores influye directa e indirectamente sobre los resultados de salud más allá del acceso a los servicios sanitarios. Factores como el lugar donde vive, la salubridad del medio ambiente, la renta, el nivel educativo, el estilo de vida y las relaciones sociales son factores que, conjuntamente con la predisposición genética y el acceso al sistema sanitario, afectan el estado de salud.

El estudio llevado adelante por Sanguinetti (2012), analiza en su conjunto las variables mencionadas en el párrafo anterior para Argentina entre los años 2003 y 2010. Muestra la evolución de medidas de resultados en salud en comparación con medidas que habitualmente se incluyen como determinantes estructurales (evolución del PIB per cápita, políticas sociales y del mercado laboral, políticas públicas en educación, salud y protección social) y expone las diferencias que se presentan a nivel regional. Asimismo presenta distintos indicadores que reflejan el estado del sistema sanitario y su evolución.

Como expresa el estudio, la economía argentina creció vigorosamente después de la crisis económica de 2001. *El PIB en dólares per cápita se triplicó entre 2003 y 2010 y el porcentaje de personas que vivía en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza se redujo notablemente al pasar de 54% en 2003 a 12% en 2010. Con el descenso de la desocupación y el crecimiento del empleo formal, la población con seguro de salud (seguridad social, medicina privada y seguros estatales) también aumentó, pasando de 51,9% en 2001 al 63,9% en 2010. (Sanguinetti, 2012).* El estudio también muestra la fuerte expansión del gasto público social y, en particular, del gasto en salud que paso del 4,3% del PIB en 2003 a 6,2% en 2009. Sin embargo, el trabajo muestra que las medidas de resultados en salud, que habitualmente se presentan como representativas, no observan una evolución tan favorable. Si bien se observa un aumento de la esperanza de vida al nacer de 73,8 en 2003 a 75,2 en 2010 y una disminución de la mortalidad infantil al pasar de 16,5 por cada 1.000 nacidos vivos a 11,9 para el período analizado, la incidencia de bajo peso al nacer apenas disminuyó pasando de 7,8 por ciento del total de nacidos vivos a 7,1 por ciento y la tasa de mortalidad materna se mantuvo en 4,4 por mil nacidos vivos, en el período analizado. Por el contrario, la tasa de incidencia de embarazo adolescente se incrementó de 13,6 por ciento a 15,7 por ciento. Asimismo, el estudio muestra que las inequidades en salud entre provincias persisten más allá del gran crecimiento que se ha observado en la última década.

En cuanto a la situación epidemiológica el estudio pone énfasis en la importancia de tener en cuenta el perfil dual que presenta la Argentina y el envejecimiento de la población, que comienza a vislumbrarse sobre todo en ciertas áreas. Las diferencias en las condiciones de vida de la población, principalmente entre regiones, generan la coexistencia de problemáticas de salud típicas de países en desarrollo (condiciones perinatales, morbimortalidad materna, enfermedades transmisibles y lesiones) con enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo propios de países desarrollados (obesidad). Esta problemática se trasluce en el cambio del perfil de la mortalidad según causas y de la distribución de las defunciones según la edad que se presenta en el estudio: ha habido una disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del período perinatal, y un aumento del predominio relativo de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos), así como de las causas externas provocadas por violencia, accidentes y traumatismos.

En definitiva, Sanguinetti (2012) realiza un excelente trabajo de compilación, análisis y síntesis de los principales indicadores de salud, indicadores del sistema sanitario e indicadores de desarrollo que permiten tener un panorama global del estado de situación actual tanto del sistema sanitario como de los resultados de salud en Argentina. El artículo nos induce a preguntarnos sobre la efectividad de las políticas que se están llevando a cabo en materia de salud y en qué medida el crecimiento económico observado en la última década ha inducido o no, una reducción de las inequidades en salud en Argentina.

ESTIMACIÓN DEL COSTO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)

MARZO 2012

Rubén Roldán⁹ y Esteban Lisfchitz¹⁰

1. Introducción

El presente trabajo se corresponde con la investigación realizada por la Fundación Sanatorio Güemes conjuntamente con la Universidad del Salvador (Ref: ISBN 978-950-592-139-3), acerca de cómo deben evaluarse los gastos para garantizar la cobertura contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

La Economía de la Salud es una especialidad dentro de los estudios económicos, dedicada al análisis y la investigación de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los bienes y/o servicios que satisfacen necesidades sanitarias y de salud, bajo principios normativos de eficiencia, efectividad y equidad.

Estos conceptos, en relación al mercado de la Salud, adquieren singularidades especiales al existir mercados imperfectos, información asimétrica y otros factores que hacen necesario su análisis específico. Otra de las particularidades del sistema de salud es el hiper-fraccionamiento del sector, lo cual trae como consecuencias políticas poco efectivas, falta de equidad y solidaridad, falta de economías de escala, etc.

El **PMO** es una canasta de prestaciones que obligatoriamente deben brindar todos los agentes de salud regulados por la Superintendencia de Seguro de Salud, pero que también, es la base de las prestaciones a brindar por Obras Sociales Provinciales, las empresas de medicina privada y aún el sector público. La determinación del costo de la cobertura del programa médico obligatorio, largamente postergado, resulta de fundamental importancia a los fines de conocer factibilidad económica para cumplimentar las exigencias del mismo.

Para el caso de Argentina no son demasiados los trabajos relacionados con el financiamiento del PMO que han sido publicados aunque, extraoficialmente, cada Obra Social ha hecho los cálculos de cuanto le cuesta “cubrir” el PMO. Por otro lado, una crítica frecuente a los trabajos realizados es que al utilizar tasas de uso en función de lo realmente demandado no tienen en cuenta la posibilidad de demanda contenida o de falta de acceso de los beneficiarios de algunas Obras Sociales. En el mismo sentido, tampoco queda claro cuál es el porcentaje del gasto que representan, del total de una Obra Social, las variables seleccionadas como trazadoras del costeo.

Cabe mencionar que los datos recolectados presentan algunas heterogeneidades originadas en las diferencias en los registros, en los distintos hábitos prescriptivos entre los profesionales y en las variadas modalidades de contratación y pago existentes entre financiadores y prestadores.

Al comparar la estructura de las obras sociales se encuentran muchas diferencias. Algunas son muy pequeñas, con no más de 3000 beneficiarios mientras que otras son muy grandes con más de un millón. Aproximadamente el 70 % de los beneficiarios se encuentra concentrado en alrededor de 30 entidades. La estructura por edad y sexo también es heterogénea, algunas casi no tienen beneficiarios mayores de 65 años mientras que otras tienen algo más de un 50% de sus beneficiarios dentro de este grupo de edad. Las obras sociales también tienen una proporción muy diferente de mujeres en edad fértil, el rango va desde un 10% hasta algo más del 45% sobre el total de beneficiarios. Estos dos indicadores dan cuenta de necesidades financieras diferenciales dada la variabilidad en el consumo y, por lo tanto, en el gasto asociada a la estructura por edad y sexo de los beneficiarios.

Finalmente, se ha estimado el gasto promedio por beneficiario que garantice el acceso a las prestaciones incluidas en el PM0 a partir de los estudios realizados de tasas de utilización y precios.

2. Desarrollo

El presente costeo se desarrolló desde la perspectiva de cuál es el gasto de los Agentes del Seguro por la cobertura del PMO al universo de sus beneficiarios y no desde el costo del prestador.

1. En primer lugar se discutió la matriz a considerar, se encontró oportuno modificar la matriz que fue utilizada en los estudios anteriores que aparecen como antecedentes a este. Se decidió posteriormente avanzar en la valorización de la matriz definitiva elegida.
2. El costeo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etéreos entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres.
3. Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense por lo que, si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores corresponden, con mayor seguridad, a grandes poblaciones urbanas.
4. Indicadores: Se han recabado indicadores o tasas de usos para las prestaciones incorporadas al PMO en diferentes obras sociales sindicales, en entidades de prestadores, en cámaras de diagnóstico y tratamiento, en la Superintendencia de Servicios de Salud, etc.
5. Existen, en muchos casos, grandes dispersiones en indicadores para poblaciones activas o con escaso impacto de poblaciones pasivas, no justificadas habida cuenta que se esperan similares indicadores para poblaciones con igualdad de rango etéreo, con parecida dispersión geográfica y con similitud en la distribución por sexo. Dichas dispersiones pueden deberse a dificultades de recolección de información o a diferentes modalidades de contratación y pago.
6. Es por ello que siendo que se cuenta con información de carteras cercanas a los 350.000 afiliados y con indicadores de uso para la mayoría de las prestaciones, hemos tomado aquellas que, en promedio, se han acercado a las esperadas para el tipo de población bajo estudio y descartado aquellas con un grado de dispersión muy importante.
7. Se han observado indicadores como consultas y egresos que son homogéneos en las diferentes muestras tomadas mientras que otros, como las prácticas complementarias de diagnóstico y/o tratamiento muestran un mayor grado de dispersión según la fuente de origen.
8. Se ha procedido a una revisión de bibliografía nacional e internacional acerca de la determinación de canastas de prestaciones en los seguros de salud obligatorios, de los métodos para el cálculo de sus costos y de las modalidades de financiamiento (contratación y pago) más frecuentes.
9. Cabe destacar que una vez conocidos los indicadores se debe resolver a qué valor se costea cada prestación. Los valores de mercado no siempre consideran dos prestaciones iguales en calidad, sea por los profesionales o la tecnología utilizada, no consideran la zona, el tipo de población, etc. Adicionalmente, si se consideran los costos de producción, seguramente los valores son más certeros pero también se necesita considerar el establecimiento donde se producen, equipamiento disponible, población bajo cobertura; en otras palabras, todos los elementos que modifican los costos de producción en el sector.
10. En este estudio se han utilizado como referencia los precios pagados a los prestadores por las entidades seleccionadas, al tiempo que se analizaron los precios vigentes de mercado, sus tendencias y las posibles variantes según el tipo de negociación entre financiadores y prestadores.
11. Reguladas por una multiplicidad de normas, entre ellas, se destacan las leyes 23660 y 23661. Subsidio Automático Nominativo (SANO).
12. Los valores considerados han sido: Promedio de días de internación: 4,5. Tasa de Egresos: 7,5 egresos cada 100 beneficiarios /año.

3. Conclusiones

El financiamiento de los sistemas de salud se encuentra permanentemente amenazado por la dinámica en el desarrollo de las ciencias médicas y la disponibilidad de tecnología diagnóstica y terapéutica. Esto motiva la progresiva preocupación por una asignación adecuada de los recursos que, dada la complejidad actual en la organización de los sistemas, origina la necesidad de desarrollar estudios específicos de las alternativas de tratamientos y la elaboración y difusión de protocolos asistenciales con el objetivo de identificar las prestaciones más costo-efectivas y establecer la canasta de prestaciones a brindar, en forma obligatoria, por los agentes del seguro.

Es decir que los recursos estarán adecuadamente asignados siempre que se reconozcan los derechos de los beneficiarios y los agentes del seguro cumplan con sus obligaciones (garantizar a todos sus beneficiarios el acceso a un conjunto de prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación).

Los resultados obtenidos en este estudio se corresponden seguramente mucho más a los esperados en el área metropolitana de Buenos Aires y de áreas similares de las grandes ciudades de nuestro país, tales como Rosario, Córdoba y Mendoza. De cualquier forma la metodología de análisis puede ser replicada en cada espacio adaptando indicadores y valores a la realidad local.

El gasto promedio del PMO por beneficiario mes, tomando como referencia a la población menor de 65 años y los precios del mercado correspondientes al primer bimestre de 2012 asciende a \$ 180,07, valor que incluye lo que los beneficiarios gastan en la atención ambulatoria (gasto de bolsillo, coseguros, copagos, etc.) para acceder a los servicios y completar sus tratamientos.

4. Síntesis de los resultados

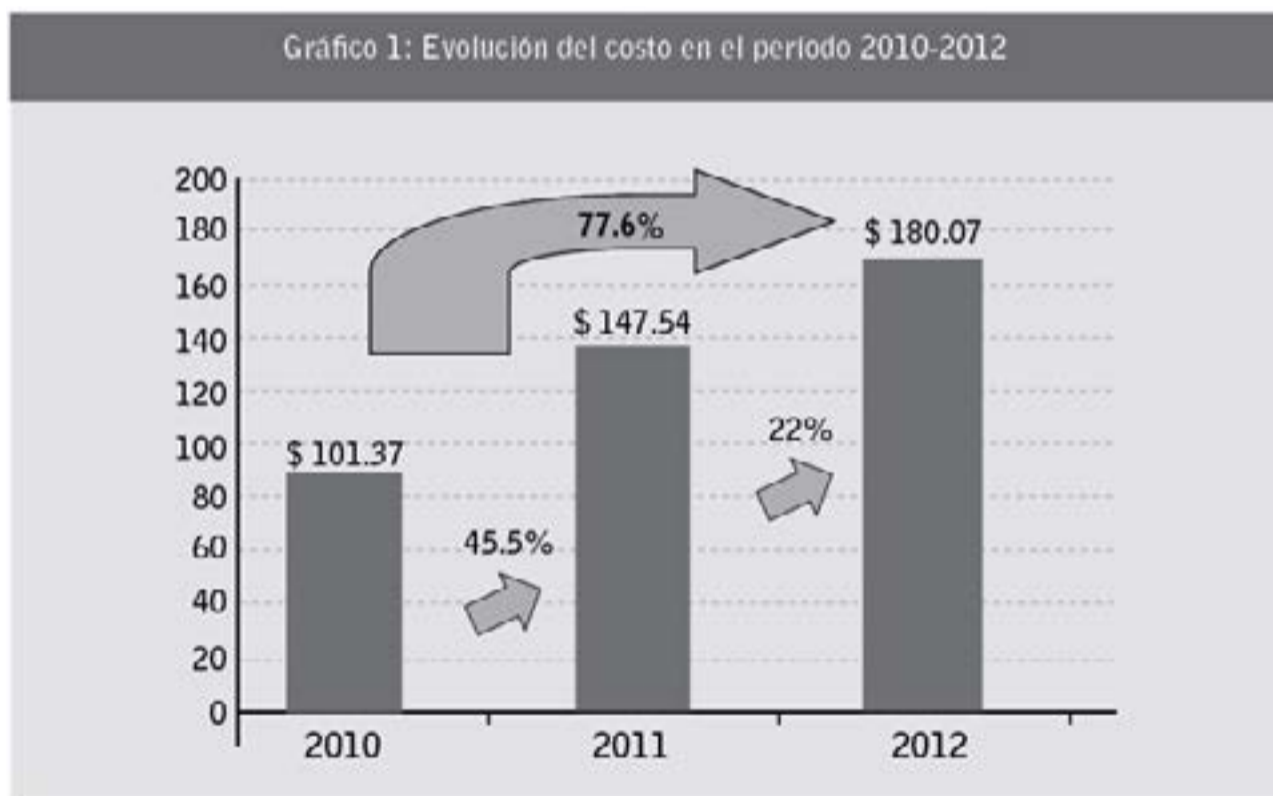
El Cuadro 1 presenta los porcentajes que representaron cada uno de los ítems considerados para estimar el costo del PMO.

Cuadro 1: Impacto de las diferentes prestaciones en el costo del PMO					
Niveles de atención	Cápita mens.	Coseg a/c benef.	Costo total	Estr. Relat. s/c	Estr. Relat. c/c
Programas Preventivos	13,84	-	13,84	8%	8%
Prestaciones Ambulatorias	70,02	16.84	86.86	43%	49%
Internación de Aquudos en Establecimientos	57,05	-	57,05	35%	31%
Otras Prestaciones	22,19	0,13	22,32	14%	12%
Totales	163,10	16.97	180.07	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los agentes del seguro gastan en promedio alrededor de \$ 163,10 por beneficiario/mes representando el gasto en prestaciones ambulatorias el 43% del valor mencionado, las prestaciones con internación el 35% y las prestaciones especiales participan con el 14%. Ese gasto incluye prestaciones subsidiadas eventualmente por el APE, pero cuyos recursos provienen también de los aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores.

El gráfico 1 muestra la evolución del costo del PMO entre los años 2010 y 2012. Allí puede observarse un aumento en el período de algo más del 77%. Por su parte, el gráfico 2 analiza el aumento de los costos por tipo de prestación.



Nota: no se consideran gastos centrales de administración.

Fuente: Elaboración propia.

5. Datos sobre los registros relevados, precios y tasas de uso

Se detallan a continuación los criterios utilizados en la selección de las prestaciones incorporadas en la matriz:

1. Se ha observado una variación importante en los precios de las prestaciones que puede ser atribuido a las características propias de la prestación, como el tipo de cambio en aquellas que requieren insumos importados o el proceso de producción como por ejemplo el precio relativo de los salarios en aquellos procesos intensivos en RRHH muy especializados.
2. Programas preventivos: Descriptos taxativamente en el PMO con indicadores de uso especificados, lo que se ha hecho es llevar dichos indicadores a una población general estándar basada en el último censo de hogares de 2001. Sobre la población de activos, se tomaron menores a 65 años de ambos sexos, se ponderó el grupo etáreo que entra en cada programa, al igual que el sexo que participa y se conformaron los indicadores extrapolados a la población general bajo análisis. En el caso de tasas de uso en programas de procreación se han tomado en relación al uso actual de los mismos por poblaciones recabadas en este trabajo.
3. Consultas: Se las ha clasificado de esta forma porque es la manera en que habitualmente informan los diferentes prestadores. Se entiende que la consulta de salud mental es una consulta especializada, pero tiene una duración diferente y un diferente valor de mercado.
4. Laboratorio: Se lo ha agrupado de esta forma porque es la que habitualmente utilizan los prestadores que administran poblaciones importantes de esta prestación. Las prácticas comunes incluyen laboratorio de baja complejidad, laboratorio de bacteriología y laboratorio HIV. El laboratorio de alta complejidad incluye al RIE, Elisa, hormonal, etc. Por su parte el laboratorio no nombrado, al incluido en el PMO pero fuera del NN tradicional.
5. Diagnóstico por imágenes: Incluye Eco diagnóstico (Ecocardiogramas, Ecodoppler, Ecografías); Radiología (con medicamentos), Rx Contrastada, Rx Simple, Mamografías; Otras prácticas de diagnóstico por imagen Cámara Gamma (Incluye material radiactivo), TAC (con o sin contraste, incluye material de contraste), RMN (con o sin contraste. Incluye material de contraste) y Densitometría.
6. Prácticas cardiológicas: Incluye electrocardiogramas, ergometrías, Holters, etc.
7. Prácticas gastroenterológicas: incluye endoscopías altas y bajas con o sin polipectomías, colangiopancreatografías, endoscópica ascendente con o sin extracción de cálculos, etc.
8. Prácticas de ginecología y obstetricia: Incluye Papanicolaou, colposcopia, prácticas obstétricas, etc.
9. Prácticas de Neumonología: incluye espirometrías, broncofibroscopías, etc.
10. Prácticas de neurología: incluye electroencefalogramas, electromiogramas, polisomnografías, potenciales evocados, mapeo cerebral computarizado, etc.
11. Prácticas de otorrinolaringología: incluye audiometría, logaudiometría, nasofaringolaringoscopia, etc.
12. Prácticas de oftalmología: incluye campo visual simple y computarizado, rfg, ecometría etc.
13. Prácticas de urología: incluye urodinamias, flujometrías, uretrocistofibroscopías etc.
14. Odontología: incluye consultas y prácticas (las prótesis no están cubiertas por el PMO).
15. Medicamentos ambulatorios: Para ese rubro se ha considerado el indicador de uso de recetas por beneficiario y por año, considerando el valor promedio por receta obtenido de la ponderación de los medicamentos cubiertos al 40%, 70% y 100%.

16. Oncológicos y HIV: en los primeros se ha considerado el valor por tratamiento y por paciente, ponderando los diferentes tipos de tumor y de drogas usadas, en el HIV el costo por paciente en tratamiento por año.
17. Las medicaciones especiales: Se utiliza como referencia el costo del tratamiento por paciente y por año de los siguientes medicamentos, según la proporción de uso: Imiglucerasa 1%, Hormonas de crecimiento 35%, Antihemofílicos 11%, Interferón 50%, Alfa Galactosidase A 3%
18. Prácticas de rehabilitación: incluye rehabilitación del lenguaje, rehabilitación por agentes físicos y por terapia física.
19. Prácticas quirúrgicas ambulatorias: Por su característica las prácticas ambulatorias quirúrgicas se amplían día a día pues prácticas que antaño incluían internación hoy no lo necesitan por el avance tecnológico.
20. En este rubro hemos incluido las conocidas como cirugía menor y mediana sin internación y las prácticas oftalmológicas quirúrgicas tales como cataratas, láser, etc.
21. Internación: En internación hemos considerado al día cama como valor de referencia. Para obtener dicho valor hemos tenido en cuenta el sistema de cuidados progresivos determinando el porcentaje de camas utilizadas de cuidados generales, cuidados intermedios y cuidados intensivos, con un valor de mercado de cada una de ellas. Al mismo tiempo se ha considerado en la valorización el tipo de egreso, sea clínico, quirúrgico u obstétrico. Los otros elementos considerados han sido la tasa de egresos y el promedio de días de internación. En el caso de internaciones cardiovasculares el valor considerado es lo que diferencia a esa cirugía por su complejidad pero en el mismo no están considerados los costos de la cama ni de los medicamentos, solo lo diferencial. En el tratamiento por grandes quemados, el costo es total y se tratan en establecimientos especiales con fácil registro de los casos.
22. Ambulancias: Se han abierto en traslados visitas y urgencias (según el tipo de código), y según el móvil y el recurso humano necesario para la prestación.
23. Prótesis y ortesis: incluye:
24. Traumatológicas: cadera, rodilla, columna, clavos, etc. Vasculares: stents, endoprótesis, cardiovasculares, parches, etc.
25. Neurológicas: válvulas cerebrales, sistemas de protección, etc. Ortesis. Varios: mallas abdominales.
26. Diálisis crónica: Incluye tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal.
27. En el precio se consideran 13 sesiones mensuales promedio y se incluye la eritropoyetina y los traslados.
28. Pre-trasplante, trasplante y post-trasplante: A fin de considerar los indicadores y el precio unitario ponderado, se han tomado como referencia los de córnea, médula, riñón, corazón, hígado y cardiopulmonares según el siguiente porcentaje respectivo: Córnea 77%, Médula 8%, Riñón 6%, Corazón 5%, Cardiopulmonar 3%.
29. Discapacitados: Se incluyen hospitales de día, centros educativo-terapéuticos, talleres protegidos, estimulación temprana, etc. Se ha considerado en el precio el costo de traslado, se utiliza un precio promedio anual por paciente tratado.
30. Drogadependencia: El precio considerado es el gasto anual por paciente en tratamiento promedio.

Comentarios: Contadores Fernando Alesso y Héctor Rosende

En primer término, es destacable la integralidad del análisis efectuado por los autores del informe y su detallada desagregación en los diferentes programas que conforman el PMO.

Abordando la cuestión del precio unitario al que se arribó, va de suyo que el guarismo obtenido surge tanto de la tasa de utilización como del precio que fueron estimados para cada prestación o provisión incluida en el menú considerado. Tuve oportunidad de cotejar ambos aspectos con los emergentes del consumo observado durante 84 meses en el padrón relativamente pequeño (de alrededor de 2.600 beneficiarios) de una Obra Social sindical en la Provincia de Corrientes, admitiendo las limitaciones estadísticas inherentes a la exigüidad de la muestra. A esta información de referencia le introduje algunos ajustes necesarios para reflejar la incorporación tecnológica operada en ese lapso, como –por ejemplo– la sustitución parcial de radiografías por tomografías o del telecobalto por el acelerador lineal común o tridimensional.

De la comparación efectuada surgen las siguientes observaciones:

1. Las tasas de uso estimadas en el informe exceden generalmente a las observadas en la muestra en lo que respecta al nivel ambulatorio, pero resultan ostensiblemente inferiores en internación.
2. El valor del egreso calculado en el informe supera en forma significativa al de la muestra, pero la falta de apertura por tipo de internación obsta a un examen pormenorizado.
3. El análisis interanual de los informes refleja –entre otros– dos cuestiones relevantes:
 - a. Un notorio incremento nominal en el precio de la canasta de prestaciones y provisiones, el cual resulta compatible con el experimentado en los ingresos percibidos por los prestadores de la cobertura médico-asistencial tomada como referencia.
 - b. Una disminución en la participación de la internación en el gasto total, lo cual también se evidencia en la muestra pero en una proporción inferior.
4. En el informe no se computan los reintegros de importes abonados por los beneficiarios por conceptos comprendidos en la cobertura.
5. Tampoco se considera allí la recaudación de coseguros o copagos como recuperado parcial de costos.

Algunas de las siguientes iniciativas podrían enriquecer un futuro análisis:

1. Valorizar separadamente las internaciones según fueren clínicas, quirúrgicas, partos, cesáreas, quimioterapias, etc.
2. Practicar una apertura del rubro medicamentos tanto por nivel de atención como por indicación.
3. Proyectar los reintegros a afrontar, incorporando al cálculo –aun cuando solo parcialmente– el efecto de eventuales desfases entre los aranceles previstos y los valores de plaza.
4. Detraer del costo –en un renglón específico– la recaudación de copagos y coseguros.
5. Incorporar el inexorable costo adicional resultante de la incidencia del Impuesto Ley 25.413 sobre la cobranza y los pagos involucrados.

Hemos asistido a una interesante presentación sobre un tema fundamental para el mejor aprovechamiento de los siempre escasos recursos de los sistemas de salud.

Los trabajos han arrojado los siguientes resultados del PMO:

Febrero-Marzo 2010 = \$101,37

Febrero-Marzo 2011 = \$147,54

Febrero-Marzo 2012 = \$181,66

Estos valores representan un incremento, del segundo período respecto del primero, del orden del 46%. Del tercero respecto del segundo, un 23%. Pero de punta a punta el aumento del PMO asciende al 79%.

Atento que en las aclaraciones de los trabajos se destaca que las valorizaciones han surgido de los precios que pagan los financiadores a los prestadores, un 79% de aumento en tan sólo 24 meses, se aprecia como algo elevado, pues conociendo un poco la evolución de los precios de venta, resulta un incremento bastante superior, tanto respecto de lo que se ha venido observando específicamente en el mercado de la salud, como a los índices de inflación general.

Para dilucidar esta cuestión es importante repasar las tasas de uso de las distintas prestaciones que componen la "canasta" del PMO. Asimismo se hace necesario analizar la población sobre la que se sustentó el trabajo.

Otro aspecto a ver, es el de posibles cambios en las metodologías utilizadas en los distintos trabajos, pues probables variaciones de este tipo, pueden estar afectando la validez de la comparabilidad entre los valores de los diferentes lapsos.

Obviamente, sí de un trabajo a otro se concluye que se ha vuelto pertinente una modificación de la metodología, la misma debe ser incorporada. No obstante se entiende que, en algún punto la metodología debe asumírsela como "inmodificable", pues de lo contrario, el invalorable aporte de estos trabajos, se degradará en algo, ya que perderá la importancia de su creación: contar con un indicador confiable y altamente resumido para, a través de las comparaciones, ir tomando las acciones correctivas que permitan brindar a los pacientes más y mejores prestaciones, en principio, con los mismos recursos.

En el debate también se han analizado distintos valores de las prestaciones típicas (consulta, módulo día-cama, etc.) entre los surgidos del trabajo y los de otras poblaciones. Nuevamente, la gran importancia de estos trabajos, amerita el análisis de las bases de datos utilizadas, para que los resultados que se vayan logrando, cada vez resulten más enriquecedores para la mejor adopción de decisiones, en cuanto a asignación de recursos se refiere.

Otro aspecto mencionado en la jornada, es la posibilidad de emitir valores de PMO por región, lo cual daría mayor confianza a quienes utilicen tales cifras, ya que las mismas no representarían grandes promedios, muy válidos desde el punto de vista de las matemáticas, pero de dudosa utilidad en zonas geográficas de escasa población y/o con diagnósticos y tratamientos muy distintos a los de otras latitudes, que también se tomaron para llegar al "gran promedio".

Para concluir, todos los asistentes hemos valorado el gran aporte de contar con indicadores de tal calibre, que permiten entender "lo que pasa en salud", sin necesidad de analizar cientos de hojas en reportes detallados. Los comentarios y sugerencias que se han expuesto apuntan a perfeccionar la herramienta, para que todos los que nos desenvolvemos en el sector salud, podamos utilizarla en beneficio de una mejor toma de decisiones.

Cuadro 1 Anexo: Estimación del Costo del PMO. Marzo 2012

	Concepto	Unidad de medida	Tasa de uso anual	Costo unitario en \$	Cápita mensual \$	Coseguro a/c benef. \$
A	Programas Preventivos					
A.1	Plan Materno Infantil					
A.1.1	Embarazo					
	Consulta	Consulta	0,21750		0,9700	
	Laboratorio	Determinacion	0,05220		0,0653	
	Ecografías	Estudio	0,08700		0,6598	
	Psicoprofilaxis	Consulta	0,13920		0,6264	
	Inmunización	Gasto	0,01740		0,4756	
A.1.2	Infantil					
	Consulta	Consulta	0,18270		0,8983	
	Laboratorio	Determinacion	0,03480		0,0493	
	Leche medicam.	Gasto	0,00070		0,1408	
	Inmunización	Gasto	0,01914		4,8935	
A.2	Programas oncológicos (prevención de ca. de mama, útero, próstata y otros)					
	Consulta	Consulta	0,17400		0,7830	
	Papanicolaou	Estudio	0,26100		0,8265	
	Colposcopia	Estudio	0,08700		0,2530	
	Laboratorio	Determinacion	0,03480		0,1827	
	Mamografía	Estudio	0,08700		0,9353	
	Otros	Estudio	0,08700		0,5365	
A.3	Odontología preventiva	Consulta	0,08700		0,3915	
A.3.1	Programa salud sexual y procreación responsable		-			
	Consulta	Consulta	0,01175		0,0529	
	Métodos anticonceptivos	Gasto	0,00044		0,2770	
	Programa de salud mental	Consulta	0,13050		0,8156	
	Subtotal programas preventivos			-	13,8430	-

Cuadro 1 Anexo: Estimación del Costo del PMO. Marzo 2012

	Concepto	Unidad de medida	Tasa de uso anual	Costo unitario en \$	Cápita mensual \$	Coseguro a/c benef. \$
B	Prestaciones ambulatorias					
B.1	Consultas en general					
	Médico generalista, clínico y/o pediatra	Consulta	1,91400	54	0,6130	0,7975
	Consultas especializadas	Consulta	1,57470	65	8,5296	0,6561
	Consultas en salud mental	Consulta	0,47850	75	2,9906	0,1994
B.2	Laboratorio					
	Prácticas de rutina (hemograma, ERS, glucemia, uremia, creatinina, orina completa)	Determinación	3,52350	17	4,9916	1,4681
	Laboratorio ac (rie-elisa-horm-etc.)	Determinación	0,52200	57	2,4795	0,2175
	Laboratorio no nombrados	Determinación	0,08700	88	0,6380	0,0363
B.3	Diagnóstico por imágenes ecodiagnóstico					
	Ecocardiogramas	Estudio	0,02349	125	0,2447	0,0098
	Ecodoppler	Estudio	0,04437	268	0,9909	0,0185
	Ecografías	Estudio	0,26100	91	1,9793	0,1088
	Rx contrastada	Estudio	0,04959	350	1,4794	0,0207
	Rx simple	Estudio	0,79170	46	3,0349	0,3299
	Mamografías	Estudio	0,06960	129	0,7482	0,0290
B.4	Otras prácticas de diagnóstico por imagen					
	Cámara gamma (incluye material radiactivo)	Estudio	0,03400	790	2,2910	0,0145
	Tac (con o sin contraste, incluye material de contraste)	Estudio	0,04454	501	1,8597	0,0186
	Rmn (con o sin contraste. Incluye material de contraste)	Estudio	0,03160	700	1,8432	0,0132
	Densitometría	Estudio	0,00046	191	0,0073	0,0002
B.5	Prácticas en consultas especializadas					
	Cardiológicas	Prácticas	0,04872	170	0,6902	0,0203
	Gastroenterología	Prácticas	0,01148	1.670	1,5982	0,0048
	Ginecología y obstetricia	Prácticas	0,01044	38	0,0331	0,0044
	Neumonología	Prácticas	0,00707	190	0,1299	0,0033
	Neurología	Prácticas	0,01375	344	0,3941	0,0057
	Orl	Prácticas	0,01775	180	0,2662	0,0074
	Oftalmología (incluye rfg y estudios)	Prácticas	0,02784	207	0,4002	0,0116
	Urología	Prácticas	0,00348	217	0,0629	0,0015
	Dermatología	Prácticas	0,00870	96	0,0696	0,0036
	Endocrinología y nutrición	Prácticas	0,00653	65	0,0353	0,0027
	Anatomía patológica	Prácticas	0,02436	103	0,2091	0,0102
	Hemoterapia	Prácticas	0,02175	462	0,8374	0,0091
	Genética humana	Prácticas	0,00174	246	0,0357	0,0007
	Alergia	Prácticas	0,01131	103	0,0971	0,0047
	Quirúrgicas ambulatorias	Prácticas	0,01523	1.079	1,3690	0,0063
	Otras prácticas	Prácticas	0,04350	99	0,3589	0,0181
	Biopsias guiadas	Prácticas	0,00133	700	0,0776	0,0006

Cuadro 1 Anexo: Estimación del Costo del PMO. Marzo 2012

	Concepto	Unidad de medida	Tasa de uso anual	Costo unitario en \$	Cápita mensual \$	Coseguro a/c benef. \$
B.6	Odontología					
	Odontología consultas	Consulta	0,88392	54	3,9776	0,3603
	Odontología prácticas	Prácticas	0,35357	102	3,0053	0,1473
	Medicamentos ambulatorio	Recetas	2,04450	132	10,5701	11,9194
	Rehabilitación	Prácticas	0,03694	43	2,9990	0,3487
	Subtotal prestaciones ambulatorias				70,0175	16,8365
C	Internación de agudos en establecimientos					
	Internación, clínica, quirúrgica y especializada uco, uti, uci, utim, neurocirugía, c/medicamentos	Egresos	0,06525	10.016	54,4620	
C.1	Intervención en internaciones cardiovasculares					
	Hemodinamias	Prácticas	0,00045	3.390	0,1278	
	Angioplastias centrales y periféricas	Prácticas	0,00012	10.957	0,1112	
	Cirugías de corazón, pericardio y grandes vasos	Prácticas	0,00017	38.091	0,5496	
	Cirugías de corazón y grandes vasos infantil	Prácticas	0,00004	36.414	0,1214	
	Colocación de marcapasos	Prácticas	0,00027	5.885	0,1323	
	Vascular periférica	Prácticas	0,00003	15.911	0,0415	
	Internación p/ tratamiento de grandes quemados	Egresos	0,00001	23.173	0,0244	
	Internación sanatorial para cuidados paliativos	Egresos	0,00003	52.663	0,1527	
	Internación en salud mental, hospital de día	Egresos	0,00070	10.016	0,5809	
	Internación en salud mental, internación psiquiátrica	Egresos	0,00061	10.706	0,5474	
	Internación domiciliaria (incluye cuidados paliativos.)	Egresos	0,00052	4.580	0,1992	
	Subtotal internación en establecimientos				57,0504	-
D	Otras Prestaciones					
D.1	Ambulancias, traslados, emergencias					
	Traslados sin médico	Traslados	0,08483	258	1,8237	
	Traslado con médico simple	Traslados	0,02787	550	1,2772	
	Traslado con médico utim	Traslados	0,01781	958	1,4217	
	Visitas a domicilio (verde)	Consultas	0,09092	193	1,4622	0,0379
	Urgencias y emergencias (rojo tamarillo)	Traslados	0,00479	559	0,2229	
D.2	Prótesis, ortesis, implantes					
	Prótesis traumatológicas	Insuno	0,00066	12.033	0,6648	
	Vasculares	Insuno	0,00034	8.235	0,2306	
	Neurológicas	Insuno	0,00034	5.679	0,1622	
	Ortesis	Insuno	0,00305	735	0,0933	0,0933
	Varios	Insuno	0,00036	414	0,0123	
	Lentes intraoculares	Insuno	0,00005	202	0,0008	
	Marcapasos y cardiodesfibriladores	Insuno	0,00005	6.728	0,0278	
	Implante coclear	Insuno	0,00001	113.260	0,1363	
	Otoamplifonos y prótesis	Insuno	0,00003	5.351	0,0140	
	Litotripsia	Prácticas	0,00042	3.170	0,1117	

Cuadro 1 Anexo: Estimación del Costo del PMO. Marzo 2012

	Concepto	Unidad de medida	Tasa de uso anual	Costo unitario en \$	Cápita mensual \$	Coseguro a/c beneficiario \$
	Optica	Prácticas	0,00948	200	0,1644	
	Diálisis crónica	Pacientes	0,00028	8.764	0,2021	
D.3	Terapia radiante					
	Acelerador lineal convencional	Prácticas	0,00000	3.033	0,2554	
	Braquiterapia	Prácticas	0,00008	6.969	0,0490	
	Telecobalto	Prácticas	0,00003	1.918	0,0056	
	Radioterapia tridimensional	Prácticas	0,00038	14.544	0,4650	
	Pretransplante, transplante y post-transplante	Prácticas	0,00013	36.744	0,4118	
	Embolizaciones	Prácticas	0,00010	39.780	0,3374	
	Discapacitados	Tratamiento	0,00149	29.386	3,6493	
	Drogadependencia	Tratamiento	0,00012	13.077	0,1353	
D.4	Medicaciones especiales					
	Oncológicos	Recetas	0,00740	2.519	1,5523	
	HIV	Recetas	0,00061	53.316	2,7057	
	Medicaciones especiales	Recetas	0,00035	150.457	4,5953	
	Subtotal otras prestaciones				22,1902	0,1311
	Totales				163,1011	16,9677

Fuente: Elaboración propia.

PROPUESTAS PARA PRESENTAR EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1310 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD COMO APORTES PARA REFORMULAR LA RESOLUCIÓN 1200

En el marco de la convocatoria planteada, a través de la Resolución 1310 de la Superintendencia de Servicios de Salud, a presentar propuestas para financiación y cobertura de las enfermedades catastróficas en el sistema del Seguro Nacional de Salud; los abajo firmantes proponemos:

1. Sobre la selección de prestaciones cubiertas

Propuesta 1.1

Definir un listado extensivo de patologías y prestaciones catastróficas y proponer un orden gradual de extensión de la cobertura vertical (como se ha implementado en la definición de Garantías Explícitas de Salud –GES– en Chile, que comenzaron con 16 y actualmente alcanzan 80 patologías). Aún cuando, como se propone más adelante, esta revisión debería ser competencia de una Comisión Académica, a manera de sugerencia se incluye en el Anexo 1 un cuadro en el que se listan todas las enfermedades catastróficas y prestaciones de alto costo, consignando (con una cruz):

- a) Si fueron contempladas en la Resolución 500/2004 de la Administración de Programas Especiales,
- b) si fueron contempladas en Resolución 1200/2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud y,
- c) lo que los autores de esta propuesta sugieren que debería ser incluido en forma inmediata, en fases sucesivas o excluido del nuevo sistema de cobertura y financiación de enfermedades catastróficas y prestaciones de alto costo.

En forma correlativa, en el Anexo 2 ese listado es extendido a los medicamentos.

Propuesta 1.2

Desarrollar protocolos de atención para las patologías y prestaciones catastróficas cubiertas. La aprobación de los protocolos será competencia de la Superintendencia de Servicios de Salud, pero su confección y revisión periódica será conducida por una comisión académica integrada por Facultades de Medicina de Universidades Nacionales (como lo hace la Comisión Técnico Asesora del Fondo Nacional de Recursos del Uruguay).

Propuesta 1.3

Implementar procedimientos para acreditación de prestadores en función de los protocolos aprobados. La definición de los procedimientos para acreditación será competencia de la Superintendencia de Servicios de Salud, pero las tareas de acreditación podrán ser realizadas por entidades acreditadoras sin fines de lucro (como lo hace la Organização Nacional de Acreditação –ONA– de Brasil).

Propuesta 1.4

Incorporar mecanismo informatizado de seguimiento de prestaciones incluyendo historias clínicas de cada paciente beneficiario (como lo hace SITRAN-Sistema de Información de trasplantes- del INCUCAI). Con publicación periódica y actualizada (web) de la información respecto de la asignación de fondos.

2. Sobre la cobertura poblacional

Propuesta 2.1

Permitir la adhesión de las entidades de medicina prepaga al régimen de cobertura y financiación de las enfermedades catastróficas. Según la Ley 26.682 las Empresas de Medicina Prepaga deben brindar el mismo Programa Médico Obligatorio que los Agentes del Seguro Nacional de Salud y no pueden excluir a pacientes que requieran prestaciones especiales. Si la normativa que establece la cobertura para las enfermedades catastróficas en el régimen del Seguro Nacional de Salud incluye nuevas tecnologías (tal como lo hace la Resolución 1200 de la Superintendencia de Servicios de Salud), estas debieran ser incluidas también para la cobertura de las empresas de medicina prepaga y todas aquellas entidades definidas en el artículo primero del Decreto 1991/2011. De lo contrario, la normativa incorporaría inequidades en la integralidad de la cobertura entre los asegurados. La posibilidad de adherir para las empresas de medicina prepaga sería condicionada a su aporte al Fondo Solidario de Redistribución en forma simétrica a cómo lo hacen los Agentes del Seguro Nacional de Salud.

Una ventaja adicional de esta medida es que instaura los mecanismos para luego promover la adhesión de otras entidades financiadoras. Por ejemplo, aunque no es competencia de la Superintendencia de Servicios de Salud, en un futuro debería evaluarse la posibilidad de extender esta cobertura a la población sin Obra Social o Prepaga, mediante financiamiento del Estado Nacional y los provinciales. De esta forma se avanzaría hacia la construcción de un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas que podría concretar el derecho universal a la protección frente a estas patologías para todos los argentinos (en forma similar al Fondo Nacional de Recursos del Uruguay).

3. Sobre la financiación de las prestaciones

Propuesta 3.1

Constituir un Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas. Estableciendo su afectación específica al pago de los beneficios del Sistema (en forma similar a lo establecido para el fondo de garantía de ANSES, Ley N° 26.425). El Fondo sería integrado por recursos provenientes de:

- a) Fondo Solidario de Redistribución (FSR), y
- b) cotización sobre primas de empresas involucradas en el artículo 1ero de la Ley 26.682 (luego modificado por el artículo 1ero del Decreto 1991 de 2011).

Una ventaja adicional de esta medida es que incorpora mecanismos financieros para promover la futura incorporación de otras entidades financiadoras permitiendo avanzar, de esta forma, hacia la construcción de un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

El Fondo comenzaría reembolsando a las entidades incorporadas (en forma inmediata a los Agentes del Seguro Nacional de Salud y en forma mediata también a las entidades definidas en el artículo 1ero del Decreto 1991/2011 que adhieran y eventualmente al INSSJyP si sus autoridades así lo definen).

El siguiente paso lo constituiría un cambio en la modalidad de financiación, pasando del mencionado reembolso a las entidades a un subsidio al paciente. Dicho subsidio estará vinculado a una garantía explícita de que el mismo recibirá, a través del Agente del Seguro de Salud responsable por brindarle cobertura, una determinada línea de cuidados que responda a protocolos definidos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Este cambio en la modalidad de financiación evitará que los pacientes bajo cobertura de financiadores con incapacidad de afrontar el costo y aguardar su reembolso vean afectado su acceso a las prestaciones definidas para su situación de salud.

No obstante, se sugiere la evaluación y discusión pública respecto a si en un futuro no resultaría conveniente que en lugar de un reaseguro el fondo se constituyese en un seguro que avance hacia la contratación centralizada a través de licitaciones nacionales e internacionales de prestadores y compra de medicamentos, prótesis e insumos. Porque esto permitiría reunir el pool de riesgo adecuado y captar las economías de escala suficientes para hacerlo eficiente y sostenible.

4. Sobre la organización

Propuesta 4.1

Crear una Gerencia dentro de la Superintendencia de Servicios de Salud para coordinar la cobertura y financiación de enfermedades catastróficas. Como organismo responsable para asumir la conducción operativa del Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas.

Propuesta 4.2

Constituir un Consejo del Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas. Con funciones vinculadas al monitoreo y control del Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas y para velar por la transparencia en la utilización de los recursos. En el mismo deberían tener participación representantes del Congreso de la Nación.

5. Sobre los controles

Propuesta 5.1

El Fondo ejercerá su potestad dentro del régimen de la Ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional.

Propuesta 5.2

El superintendente y la gerencia encargada de la administración del Fondo serán responsables según su participación, debiendo responder en los términos y con los alcances previstos en los artículos 130 y 131 de la ley 24.156. En ningún caso el Estado nacional responderá por las obligaciones asumidas por el Fondo que importen un perjuicio para el Tesoro nacional.

Por art. 60 de la Ley N° 25.565 B.O. 21/03/2002 se establece que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados queda comprendido en los alcances del presente Título VII.) correspondiente a la Ley N°24.156.

Anexo 1. Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo					
Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1° Etapa	2° Etapa	
Hemofilia					
Hemofilia A	x	x	x		x
Hemofilia B	x	x	x		x
Enfermedad de VW	x	x			x
Déficit Hormona de Crecimiento (GH)	x	x	x		x
Insuficiencia Renal Crónica en la infancia	x	x	x		x
Retardo de crecimiento intrauterino	x	x	x		x
Síndrome de Prader Willi	x	x	x		x
Síndrome de Turner	x	x	x		x
Prótesis, Ortesis, Material descartable					
Artroplastia de cadera	x	x	x		x
Artroplastia de rodilla	x	x	x		x
Artroplastia de hombro		x	x		x
Prótesis de revisión de tobillo					x

Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo

Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Endoprótesis no convencionales para tratamiento tumores óseos			x		
Materiales para Cirugía de Columna					
Material de estabilización de columna (varios niveles)	x	x			x
Disco intervertebral artificial (Maverick)					
Disco artificial para remplazo discal con conservación de la movilidad					
Tornillos pediculares			x		
Cages intersomáticos para columna cervical			x		x
Celdas para Corporectomía (tipo Mesh)			x		x
Cifoplastia		x	x		x
Placas cervicales con tornillos de bajo perfil bloqueadas			x		x
Mini placas de maxilofacial para laminoplastia			x		
Sistema de fijación occipito-cervical		x	x		x
Interespinosos: Peck y Titanio			x		
Set para vertebroplastia percutánea			x		x
Prótesis para desarticulación de cadera		x			x
Prótesis para amputación de miembro inferior		x			x
Prótesis para amputación de miembro superior		x			x
Trasplantes					
Módulos pretrasplante para todos los órganos	x	x	x		x
Módulo de perfusión de órganos para trasplante	x	x	x		?
Trasplante de Médula Ósea	x	x	x		x
Trasplante renal	x	x	x		x
Trasplante cardíaco	x	x	x		x
Trasplante cardio-renal		x	x		x
Trasplante cardiopulmonar	x	x	x		x
Trasplante pulmonar	x	x	x		x
Trasplante hepático	x	x	x		x
Trasplante hepato-renal		x	x		x
Trasplante renopancreático	x	x	x		x
Trasplante de páncreas	x	x	x		x
Trasplante de intestino		x	x		x
Trasplante masivo de hueso	x		x		
Embolización select. de vasos, coils y clipado de aneurismas cerebrales	x	x	x		x
Radioneurocirugía cerebral	x	x	x		x
Grandes quemados	x	x	x		x
Enfermedades congénitas metabólicas					
Enfermedad de Gaucher	x	x	x		x
Enfermedad de Fabry		x	x		x
Enfermedad de Pompe		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo 1		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo 2		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo 6		x	x		x

Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo

Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Esclerosis Múltiple	x	x	x		x
Esclerosis Lateral Amiotrófica	x	x	x		x
Reconstrucción 3D de Calota		x	x		x
Reconstrucción maxilofacial		x	x		x
Cirugía Bariátrica		x	x		
Cirugía reparadora post Bariátrica		x		x	
Fertilización Asistida			x		
Injerto de miembros con microcirugía	x		x		
Implante coclear	x	x	x		x
Internación prolongada del recién nacido			x		
Valvuloplastia cardíaca			x		?
Cierre de comunicación interventricular con dispositivo Amplatzer			x		x
Embolización de grandes vasos			x		x
Implantación de esfínter urinario externo	x	x	x		x
Respirador externo de presión positivo-negativo	x			x	
Implantación de filtro de protección cerebral			x		
Implantación de filtro de vena Cava			x		
Colección de Grapa de Coventry			x		
Extracción de ateromas con aterómetro			x		
Cardiodesfibrilador implantable	x	x	x		x
Procedimiento de Neuronavegación			x		
Abordaje mínimamente invasivo de Nuss para pectus excavatum		x	x		
Implantación de prótesis biliares (stents)			x		
Implantación de stent en coartación aórtica			x		
Tratamiento endovascular de aneurismas intracerebrales		x	x		x
Derivación ventrículo-peritoneal	x		x		
Implantación valvular percutánea			x		x
Discapacidad		x	x		x
Atención ambulatoria-centro de día		x	x		
Atención ambulatoria-centro de día doble jornada		x	x		
Atención ambulatoria en institución especializada-hospital de día		x	x		
Atención ambulatoria-hospital de día doble jornada		x	x		
Atención ambulatoria-centro educativo terapéutico		x	x		
Atención ambulatoria-centro educativo terapéutico doble jornada		x	x		
Atención ambulatoria-centro de estimulación temprana		x	x		
Atención ambulatoria integral simple o intensiva		x	x		
Atención ambulatoria domiciliaria con prestación educativa		x	x		
Atención ambulatoria domiciliaria sin prestación educativa		x	x		
Escuela de Educación Especial			x		
Educación general básica			x		
Equipo de integración escolar o maestra de apoyo			x		
Formación laboral y/o Rehabilitación profesional			x		

Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo

Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Internación en Rehabilitación			X		
Internación con requerimiento de UTI		X		X	
Internación sin requerimiento de UTI		X		X	
Hogar		X	X		
Hogar con alojamiento permanente		X	X		
Hogar con centro educativo terapéutico		X	X		
Hogar con centro educativo terapéutico con alojamiento permanente		X	X		
Hogar con educación inicial		X	X		
Hogar con educación inicial con alojamiento permanente		X	X		
Hogar con educación general básica		X	X		
Hogar con educación general básica con alojamiento permanente		X	X		
Hogar con formación laboral		X	X		
Hogar con formación laboral con alojamiento permanente		X	X		
Pequeño hogar		X	X		
Pequeño hogar permanente		X	X		
Residencia		X	X		
Residencia permanente		X	X		
Transporte			X		
Cirugía de reasignación sexual		X			X
Reemplazo valvular percutáneo en estenosis aórtica con alto riesgo quirúrgico		X	X		X
Tratamiento sustitutivo de la función renal (IRC terminal)					
Hemodiálisis			X		
Diálisis peritoneal Continua ambulatoria			X		
Diálisis peritoneal automatizada			X		
Accesos vasculares			X		
Neuroestimulación en dolor crónico		X	X		X
Artritis reumatoidea (Agentes Biológicos)		X	X		X
Hepatitis B crónica	X	X	X		X
Hepatitis C aguda y crónica	X	X	X		X
Tratamiento farmacológico exclusivamente					
Enfermedad fibroquística del páncreas	X	X	X		X
Fenilcetonuria	X	X	X		
Tratamiento con Telcoplanina	X	X	X		
Factores estimulantes de colonias granulocíticas	X	X	X		
Tratamiento para pacientes HIV positivos	X	X	X		X
Drogadependencia	X	X			X
Fibromialgia					
Estudio Hemodinámico por cateterismo derecho				X	
Cateterismo en cardiopatías congénitas en niños				X	
Cirugía de revascularización miocárdica		X		X	X
Cirugía valvular		X		X	X
Cirugía en cardiopatías congénitas en adultos		X		X	X

Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo

Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1° Etapa	2° Etapa	
Cirugía de aorta				X	?
Cirugía en cardiopatías congénitas en niños		X		X	X
Angioplastia coronaria transluminal percutánea				X	
Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)		X		X	X
Endoprótesis para Aneurisma de Aorta		X		X	X
Anemia en IRC				X	
Diabetes (bomba de insulina)		X		X	X
Enfermedad de Crohn		X		X	X
Colitis Ulcerosa		X		X	X
Neoplasias					
Astrocitoma anaplásico		X		X	X
Cáncer de colon		X		X	X
Cáncer de hígado		X		X	X
Cáncer de mama		X		X	X
Cáncer de ovario, trompa de falopio		X		X	X
Cáncer de páncreas		X		X	X
Cáncer de pulmón		X		X	X
Cáncer de riñón		X		X	X
Cáncer gastrointestinal		X		X	X
Cáncer hipofisario productor de somatostatina		X		X	X
Cáncer de próstata					
Radioterapia de intensidad modulada		X		X	X
Cáncer de cabeza y cuello					
Radioterapia de intensidad modulada		X		X	X
Cáncer en región maxilo-facial					
Prótesis mandibular completa		X		X	X
Dermatofibrosarcoma		X		X	X
Glioblastoma		X		X	X
Leucemia de células vellosas		X		X	X
Leucemia linfática crónica		X		X	X
Leucemia linfoblástica aguda		X		X	X
Leucemia mieloide crónica		X		X	X
Leucemia promielocítica		X		X	X
Linfoma cutáneo		X		X	X
Linfoma de células del manto		X		X	X
Linfoma no Hodgkin folicular		X		X	X
Mastocitosis sistémica agresiva		X		X	X
Mieloma múltiple		X		X	X
Prevención de recidiva de carcinoma de vejiga		X		X	X
Síndrome carcinoide		X		X	X
Síndrome hiperesosinofílico		X	X	X	X
Síndrome mielodisplásico		X		X	X

Listado extensivo de patologías catastróficas y procedimientos de alto costo

Enfermedad-Procedimiento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1° Etapa	2° Etapa	
Rechazo de órgano o tejido		X			X
Acromegalia		X		X	X
Artritis Idiopática Juvenil		X		X	X
Artritis psoriásica		X		X	X
Hemoglobinuria paroxística nocturna		X		X	X
Síndrome urémico hemolítico atípico		X		X	X
Sobrecarga crónica de Hierro		X		X	X
Melanoma					X
Sarcoma de partes blandas					X
Úlcera de pie diabético					X
Asma severo					X
Módulo CCV Central con Ciro extracorpórea o con Estabilizador Miocárdico					X
Enfermedad de Parkinson-neuroestimulación					X
Epilepsia refractaria-neuroestimulación					X
Hipoacusia-recambio del procesador de la palabra					X
Enfermedad de Guilláin Barré		X		X	X
Enfermedad de Wegener		X		X	X
Poliangeitis microscópica		X		X	X
Púrpura Trombocitopénica Idiopática		X		X	X
Síndrome de Kawasaki		X		X	X
Espndilitis Anquilosante		X		X	X
EPOC		X		X	X
Prevención de Infección por Virus Sincicial Respiratorio		X		X	X
Maculopatía		X		X	X

Anexo 2. Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1° Etapa	2° Etapa	
Hemofilia					
Factor VIII	x	x	x		x
Factor IX	x	x	x		x
Factor VIIa recombinante activado		x	x		x
Concentrado de Protrombina Recombinante activado	x	x	x		x
Enfermedad de Von Willebrand					
Factor VIII C	x	x			x
Deficit de Hormona de Crecimiento					
Hormona de Crecimiento	x	x	x		x
Esclerosis Múltiple					
Interferón Beta 1a	x	x	x		x
Interferón Beta 1b	x	x	x		x
Acetato de Glatiramer	x	x	x		x
Fingolimod		x	x		
Natalizumab			x		
Esclerosis Lateral Amiotrófica					
Riluzol	x	x	x		x
Artritis Reumatoidea					
Etanercept		x	x		x
Adalimumab		x	x		x
Infliximab		x	x		x
Abatacept		x	x		x
Rituximab		x	x		x
Tocilizumab		x	x		x
Enfermedades congénitas metabólicas					
Enfermedad de Gaucher					
Imiglucerasa		x	x		x
Velaglucerasa			x		x
Enfermedad de Fabry					
Agalsidasa Alfa		x	x		x
Agalsidasa Beta		x	x		x
Enfermedad de Pompe					
Alglucosidasa		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo I					
Iduronidasa recombinante humana (Iaronidasa)		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo II					
Iduronato sulfatasa humana (Idursulfasa)		x	x		x
Mucopolisacaridosis tipo VI					
Galsulfasa		x	x		x
Hepatitis B crónica					
Interferón Pegilado Alfa 2a	x	x	x		x
Entecavir			x		x
Tenofovir			x		x
Lamivudina		x	x**		x
Adefovir dipivoxil		x	x**		x
Emtricitabina			x**		
Interferón Pegilado Alfa 2b					x
Telbivudine					x
Hepatitis C aguda y crónica					
Interferón Pegilado Alfa 2a	x	x	x		x
Interferón Pegilado Alfa 2b	x	x	x		x

x**: Solo en Hepatitis B + HIV

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Ribavirina	x	x	x		x
Telaprevir			x		x
Boceprevir			x		x
Enfermedad fibroquística del páncreas					
Enzimas y alimentación	x	x	x		x
Tobramicina aerolizada	x	x	x		x
Alfa Dornasa	x	x	x		x
Fenilcetonuria					
Medicación y alimentación	x		x		
Infecciones por Estafilococo Metilino Resistentes					
Teicoplanina	x		x		
Neutropenia severa no asociada a quimioterapia					
Factores estimulantes de colonias granulocíticas	x		x		
HIV					
INTI: Zidovudina, Lamivudina, Didanosina, Estavudina, Abacavir		x	x		x
INNTI: Nevirapina, Efavirenz			x		x
IntTi: Tenofovir			x		x
IP/r: Saquinavir, Lopinavir, Atazanavir, Fosamprenavir (r: Ritonavir)		x	x		x
HIV-PCP					
Pentamidina			x		x
HIV-Herpes Simplex o Varicela Zoster					
Aciclovir (endovenoso)			x		x
HIV-Candidiasis					
Fluconazol			x		x
Anfotericina deoxicolato			x		
Anfotericina lisosomal			x		x
Caspofungina (en caso de candidiasis resistente)			x		x
Voriconazol (en caso de candidiasis resistente)			x		x
HIV-Criptococosis					
Fluconazol			x		x
Anfotericina deoxicolato o lisosomal			x		x
Caspofungina			x		
HIV-Histoplasmosis					
Itraconazol			x		x
Anfotericina deoxicolato			x		
Anfotericina lisosomal			x		x
HIV-Aspergilosis					
Voriconazol			x		x
Caspofungina			x		x
Anfotericina			x		x
HIV-CMV					
Ganciclovir			x		x

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Valaciclovir			x		x
HIV-Mycobacterias resistentes					
Kanamicina			x		
Cicloserina			x		
Etionamida			x		
Moxifloxacin			x		
Levofloxacin			x		
Ofloxacin			x		
HIV - fallo de tratamiento					
Darunavir			x		x
Tipranavir			x		x
Enfuvirtide			x		x
Etravirina			x		x
Raltegravir			x		x
Maraviroc			x		x
Insuficiencia Renal Crónica					
Eritropoyetina			x		
Psoriasis en placa					
Adalimumab		x			x
Etanercept		x			x
Infliximab		x			x
Enfermedad de Crohn					
Adalimumab		x			x
Infliximab		x			x
Colitis ulcerosa					
Infliximab		x			x
Adalimumab					x
Hemoglobinuria paroxística nocturna					
Eculizumab		x			x
Síndrome urémico-hemolítico					
Eculizumab		x			x
Sobrecarga crónica de hierro					
Deferasirox		x			x
Enfermedad de Guilláin Barré					
Inmunoglobulina Humana Inespecífica		x			x
Enfermedad de Wegener					
Rituximab		x			x
Poliangeítis microscópica					
Rituximab		x			x
Púrpura trombocitopénica idiopática					
Inmunoglobulina humana inespecífica		x			x

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Síndrome de Kawasaki				x	
Inmunoglobulina Humana Inespecífica		x			x
Inmunodeficiencia primaria y secundaria				x	
Inmunoglobulina humana inespecífica		x			
Diabetes			x		
Insulina Glargina		x			
Insulina Detemir		x			
Neoplasias					
Astrocitoma anaplásico			x		
Temozolamida		x			x
Cáncer de colon			x		
Bevacizumab		x			x
Cetuximab		x			x
Cáncer de hígado		x	x		
Sorafenib					x
Cáncer de mama			x		
Bevacizumab		x			x
Fulvestran		x			x
Lapatinib		x			x
Trastuzumab		x			x
Everolimus					x
Cáncer de ovario, trompa de Falopio		x	x		
Bevacizumab					x
Cáncer de páncreas			x		
Erlotinib		x			x
Sunitinib		x			x
Everolimus					x
Cáncer de pulmón			x		
Bevacizumab		x			x
Erlotinib		x			x
Gefitinib		x			x
Cáncer de riñón			x		
Bevacizumab		x			x
Sorafenib		x			x
Sunitinib		x			x
Pazopanib					x
Temsirolimus					x
Everolimus					x
Cáncer de cabeza y cuello			x		
Cetuximab		x			x
Nimotuzumab					x

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Cáncer gastrointestinal			x		
Sunitinib		x			x
Imatinib		x			x
Trastuzumab		x			x
Cáncer hipofisario productor de somatostatina			x		
Octreotide	x	x			x
Lanreotida					x
Dermatofibrosarcoma			x		
Imatinib		x			x
Glioblastoma-Glioma			x		
Bevacizumab		x			x
Temozolamida		x			x
Nimotuzumab					x
Leucemia de células vellosas			x		
Cladribine		x			x
Leucemia linfática crónica			x		
Cladribine		x			x
Rituximab		x			x
Bendamustina					x
Leucemia linfoblástica aguda			x		
Dazatinib		x			x
Imatinib		x			x
Pegasparraginasa		x			x
Leucemia mieloide crónica			x		
Dazatinib		x			x
Imatinib		x			x
Nicotinib		x			x
Leucemia promielocítica			x		
Trióxido de Arsénico		x			x
Linfoma cutáneo			x		
Bexatreno		x			x
Linfoma de células del manto			x		
Bortezomib		x			x
Linfoma No Hodgkin folicular			x		
Rituximab		x			x
Bendamustina					x
Mastocitosis sistémica agresiva			x		
Imatinib		x			x
Mieloma múltiple			x		
Bortezomib		x			x
Lenalidomida		x			x
Bendamustina					x

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Prevención de recidiva de carcinoma de vejiga			x		
Inmunonicanina		x			
Síndrome carcinoide			x		
Octreotide	x	x			x
Síndrome hiperesosinofílico			x		
Imatinib		x			x
Síndrome mielodisplásico			x		
Azaticina		x			x
Imatinib		x			x
Lenalidomida		x			x
Decitabina		x			x
Rechazo de órgano o tejido	x				
Azatioprina		x	x		x
Ciclosporina		x	x		x
Micofenolato		x	x		x
Sirolimus		x	x		x
Tacrolimus		x	x		x
Inmunoglobulina humana inespecífica		x	x		x
Timoglobulina		x	x		x
Valganciclovir		x	x		x
Everolimus					x
Acromegalia				x	
Pegvisomant		x			x
Octreotide		x			x
Lanreotide					x
Artritis idiopática juvenil				x	
Abatacept		x			x
Adalimumab		x			x
Etanercept		x			x
Tocilizumab		x			x
Artritis psoriásica				x	
Adalimumab		x			x
Etanercept		x			x
Infliximab		x			x
Espondilitis anquilosante		x		x	
Adalimumab		x			x
Etanercept					x
Infliximab					x
EPOC				x	
Alfa 1 Antitripsina		x			x
Hipertensión pulmonar				x	
Ambrisentan		x			x

Listado de medicamentos de alto costo

Medicamento	Resolución 500	Resolución 1200	Propuesta		1561
			1º Etapa	2º Etapa	
Bosentan		x			x
Teprostinil		x			x
Prevención de infección severa por virus sincicial respiratorio				x	
Palivizumab		x			x
Maculopatía				x	
Ranibizumab		x			x
Retinitis por citomegalovirus				x	
Valganciclovir		x			
Melanoma					
Ipilimumab					x
Sarcoma de partes blandas					
Trabectedina					x
Inmunocianina					x
Úlcera de pié diabético					
Factor de crecimiento epidérmico humano recombinante					x
Asma severo					
Omalizumab					x

Observaciones:

E: Indica patologías para las cuales se sugiere evaluar la incorporación de otros medicamentos

x** : Sólo en Hepatitis B + HIV

Los abajo firmantes estamos a disposición para acercar información que sustenta esta propuesta y para colaborar con otras acciones específicas o estudios que la profundicen y fortalezcan:

Arce, Hugo E.

Chuit, Roberto

Lifschitz, Esteban

Lugones, Mario

Manterola, Alberto César

Olaviaga, Sofía

Perrone, Nestor

Pracilio, Horacio O.

Regazzoni, Carlos Javier

Sánchez de León, Adolfo

Simonovich, Ventura

Solano, Romina

Tobar, Federico

Vassallo, Carlos

Vilosio, Javier

LA CONSTRUCCIÓN DE OPORTUNIDADES PARA CAMBIAR EL SISTEMA DE SALUD

*Carlos Vassallo*¹

Durante cierto tiempo albergué la idea ciertamente voluntarista de que se podía producir un cambio radical del sistema de salud del país, que los planetas se alineaban y podíamos orientar los esfuerzos hacia la población más desprotegida, que no tiene servicios o que tiene servicios a *posteriori* de la enfermedad y estos son de muy variable calidad y resultado.

Sin dudas era una simplificación propia del entusiasmo juvenil y de subestimar la importancia de la economía política de los agentes que participan y que ante cada política tienen una estrategia y una táctica para defender sus intereses. Como ya he mencionado en otras oportunidades en Argentina existe una gran capacidad de frenar cambios pero no de generar consensos para producirlos. El sistema vive así en un limbo que los sociólogos denominan un empate social.

La complejidad de factores de poder que juegan en un sistema de salud, las dificultades que existen para producir cambios y transformaciones en el marco de las democracias donde vivimos que exigen diálogo y avanzar por consensos respetando o intentando respetar los derechos de todos hacen difícil pensar en los cambios de un sistema agotado, al que los expertos critican pero sigue siendo sostenido por la opinión de la población.

Una reforma del sistema de salud necesita en primer lugar consenso social y además liderazgo para llevarla adelante en todos los sectores. No es suficiente tener un gran diseño macro si luego no contamos con los directores de hospitales o los responsables de los centros de salud como para llevar adelante en lo micro lo que se plantea como grandes consignas movilizadoras. Si hacemos esto de prometer y luego no se puede concretar en la vinculación diaria del sistema de salud con el ciudadano corremos un serio riesgo de generar anticuerpos a los cambios.

Un gobierno es elegido para gobernar por cuatro años y en todo caso tiene una reelección si hace las cosas medianamente bien, avanzar en un proyecto de salud requiere desde el primer día tener la mirada puesta en el proyecto, motivar a todo el *staff* de gobierno en esa reforma y dejar en un segundo lugar otros cambios que también reclaman importancia en la agenda.

Pareciera que en nuestro país todavía no hemos llegado a la instancia de poner a la salud delante de otros cambios que el país necesita y requiere en forma prioritaria, mal que nos pese a los que trabajamos entorno al sector salud y que tenemos la certeza de que hay que realizar cambios inmediatos porque el sistema convive con un gasto importante y resultados sanitarios mediocres.

Sin embargo para los interlocutores políticos, salud todavía sigue siendo un sector donde navegar sin demasiadas transformaciones. Nos tocará asistir a maquillajes de sistemas públicos degradados, sin que los gobiernos provinciales se atrevan a plantear una reforma del estado. Estamos ahora ante un dilema importante en la seguridad social dado que la voracidad por captar las cajas de recursos sociales que fueron privatizadas como la reforma de la AFJP o como el sistema de obras sociales que nació privatizado (en asociaciones sindicales sin fines de lucro) puede desencadenar un avance importante del estado para recuperar este control que ha diferencia del sistema previsional nunca tuvo bajo su responsabilidad.

El enemigo a enfrentar por el gobierno es sustancialmente diferente si bien los sindicalistas están desprestigiados socialmente como los administradores de fondos de jubilaciones y pensiones, siguen manejando una variable clave que es la negociación salarial y la posibilidad de parar y sacar gente a la calle. Ya lo intento ingenuamente Alfonsín en otro momento donde el sector sindical no estaba tan fortalecido pero si aliado con su tabla de salvación que fue el peronismo a quien ayudo a rescatar de las derrotas sufridas en 1983 y 1985.

Una reforma necesita convicción del gobierno y fundamentalmente que la sociedad acompañe pero eso no es suficiente. Requiere un plan, una estrategia y cuadros intermedios con liderazgo, para definir y avanzar en las políticas y también para replantear el modelo de gestión y de atención de la salud. Requiere una población que apoye y una masa crítica de intelectuales, universitarios, profesionales y medios de comunicación que aporten al proceso constructivo de una reforma.

Y mientras tanto ¿qué hacemos?, ¿cómo esperamos mientras la salud ingresa a la agenda política de prioridades? En ese sentido Estados Unidos, que tiene 50 estados y hace mucho tiempo que espera un mayor protagonismo del estado federal, permite observar que algunos Estados se han visto tentados de llevar adelante iniciativas de cambio mientras esperaban que el gobierno federal hiciera algo. Lo hizo el Estado de Massachusets que llevó adelante una reforma por aproximación, respetando la lógica del sistema, pero alcanzando a cubrir al 100% de la población que vive en el Estado. Otros estados como Oregón, Tennessee y más cercano en el tiempo Vermont que acaba de aprobar una ley que declara la salud como un “bien público” y dice que el estado tiene la responsabilidad de “garantizar el acceso universal a la cobertura de alta calidad, los servicios de salud médicamente necesaria para todos los habitantes ofreciendo un sistema de salud pagador único.

Las provincias tienen autonomía para proponerse con independencia construir sistemas provinciales y cambiar la historia. Sin dudas que eso será un hito y que podrá ser exhibido por el gobernador que se arriesgue a esta reforma como un logro, pero es necesario avanzar en la reforma del estado. Hay que cambiar los modelos organizativos del sector público, es necesario modernizar la relación laboral de los empleados públicos con el estado provincial. No es posible cambiar el sistema protegiendo a los que no trabajan y sin premiar los esfuerzos y la innovación de algunos trabajadores.

Mientras seguimos esperando mayor compromiso de la política con el cambio en el sistema de salud, un grupo de académicos y profesionales aportamos a la redacción de un Documento de Consenso que hemos denominado PACTO ARGENTINO PARA LA INCLUSION EN SALUD y que se adjunta a continuación. (Ver página 178).

Es nuestro aporte para comenzar a encontrar denominadores comunes y transitar aunque sea lentamente un proceso sistemático y continuo de cambios sustantivos del sistema que lo hagan más accesible, equitativo, integrado y eficiente.

PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD | PAIS

UNA PROPUESTA PARA (RE) ORGANIZAR LA COBERTURA Y TRANSFORMAR LA FORMA DE CONSTRUIR SALUD EN ARGENTINA

Los abajo firmantes expresamos nuestro compromiso para colaborar en la realización de un amplio Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS) que permita garantizar el derecho pleno de todos los ciudadanos a protecciones sanitarias adecuadas.

¿Qué?

La Argentina necesita superar la inequidad y desarticulación que hoy tiene su sistema de salud y avanzar hacia un sistema de atención sanitario integrado y equitativo, que ponga al ciudadano en primer lugar. Esta es la visión que guía a la convocatoria para conformar un PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD (PAIS). Priorizar al ciudadano implica, por un lado, tener en cuenta tanto sus expectativas, como las barreras y dificultades que encuentra al transitar por el sistema y, por el otro, defender su derecho a la salud garantizando el cumplimiento de las obligaciones de quienes integran el sistema. La falta de articulación no se superará con la mera participación de todos los actores: es necesario que se involucren, con roles definidos, desempeñando funciones precisas y en el marco de un sistema.

El objetivo es conseguir más y mejor atención de la salud para los habitantes del país a partir de la articulación, movilización y plena utilización de todos los recursos disponibles.

El PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD es el primer paso para una transformación institucional del sector, que permita al Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios provinciales y su herramienta de coordinación, el COFESA (Consejo Federal de Salud), trabajar en forma articulada, como un comando estratégico único, donde cada actor tenga un área de intervención y función determinada.

Solo se alcanzará una sólida rectoría cuando los ministerios de salud tengan injerencia efectiva y transparentada sobre las prestaciones que brindan la seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales, PAMI y otros agentes), las empresas de medicina prepaga y los otros actores que proveen atenciones a los diferentes grupos poblacionales.

La estructura política y administrativa federal del país condiciona al funcionamiento del sistema de salud, pero no lo condena a la atomización y a la anarquía donde “cada cual atiende su juego”. Otros países federales lograron construir la rectoría en salud e implantar mecanismos de consenso y concertación estables. Argentina también puede y debe hacerlo.

El PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD surge de la necesidad de incorporar cambios normativos que organicen las responsabilidades en el financiamiento y la gestión de la atención de la salud.

El modelo de atención es un esquema de división del trabajo del sistema para construir salud. Definirlo, por lo tanto, significa establecer qué cuidados se deben brindar, quién los debe brindar, cuándo y cómo.

Construir salud es un objetivo complejo y no se parece a la producción de ningún otro bien. Su complejidad se manifiesta, por ejemplo, en los cuidados a aplicar. Menos cuidados de los necesarios pueden implicar un aumento de los riesgos de enfermar o morir; pero aplicar más de los requeridos, además de aumentar los costos, puede igualmente incrementar los riesgos.

Otro ejemplo lo constituyen los servicios del primer nivel de atención que se transforman en centros de emergencia y resultan tan disfuncionales para el sistema como aquellos servicios de alta complejidad que asumen cuidados primarios. **Por eso, decidir qué modelo de atención pretende construir la Argentina es el primer paso para definir nuestro modelo de salud.**

EL PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD considera imprescindible aumentar la inversión del Estado en el sector y disminuir el gasto directo de las familias. La inversión total en salud del país es una de las más altas de América Latina, tanto en términos de porcentaje del PBI como de gasto anual por habitante. Sin embargo, la salud que se logra resulta insuficiente. Los sistemas de otros países con niveles de gasto sanitario menores registran mejores resultados.

El problema no reside en el nivel de inversión sino en su composición: el componente gubernamental detenta una baja participación en la financiación sectorial. Además, la mayor parte del gasto público en salud corresponde a recursos provinciales y municipales, mientras que la participación del presupuesto nacional en la financiación sanitaria es residual.

Incrementar el peso de la participación de los recursos nacionales en la financiación sanitaria es central para lograr un mejor rendimiento y una distribución más equitativa de los recursos. En otras palabras, no es necesario aumentar el gasto total, sino la inversión pública. Si se pretende producir más y mejor salud es necesario que el gasto nacional aumente y que, al mismo tiempo, disminuya el aporte de las familias. Esto generaría mayor capacidad de rectoría por parte del Estado y también permitiría aumentar la equidad en el gasto.

¿Por qué?

Es necesaria una transformación del sistema de salud. Hasta hace algunas décadas, la Argentina detentaba los mejores indicadores epidemiológicos de la región. Hoy, se han perdido posiciones en términos de esperanza de vida al nacer y de tasas de la mortalidad infantil, de la de menores de cinco años y de la materna; y la posición empeora cuando se examinan causas específicas como la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la Argentina continúa siendo el país con mayor gasto en salud per cápita de la región. **En síntesis, el sistema resulta cada vez más caro y genera menores resultados en términos de indicadores sanitarios.**

Esta situación no se soluciona solo invirtiendo más dinero en el sistema. Para superarla es necesario redefinir el modelo de atención y de gestión de la salud, lo que permitiría:

- Conquistar más salud, reduciendo la morbi-mortalidad.
- Mejorar la distribución de la salud, mediante la reducción de las brechas en los indicadores entre grupos poblacionales.
- Superar la desarticulación del sistema de salud y avanzar hacia su integración, logrando un uso racional, eficiente y sostenible de todos los recursos de la sociedad y del Estado.

¿Cómo?

Con una propuesta factible por su consistencia técnica, y viable a través de una construcción política consensuada para el largo plazo.

Para concretar los objetivos de este Pacto es necesario superar obstáculos y construir alianzas sustentadas en argumentos sólidos para convencer a todos los involucrados en ese proceso. En suma, implica elaborar y proyectar un futuro deseable y, sobre todo, compartido.

Para sincronizar acciones y voluntades, primero hay que compartir una bandera (valores y compromisos). La bandera es el fin último, y sus fundamentos el horizonte hacia el cual avanzar. Un Plan de esta naturaleza no es viable sin una imagen compartida del mañana por la que vale la pena asumir el compromiso de enfrentar los potenciales conflictos venideros (que aparecen en cualquier sociedad democrática cuando se impulsan cambios que afectan intereses particulares o, simplemente, rutinas instaladas de larga data). Posicionarse y marcar este horizonte compartido implica también establecer las alianzas necesarias, sobre la base de cesiones que prioricen la esencia del objetivo final.

El camino para sumar voluntades comienza desde el consenso como arena sanitaria. Nuestro objetivo inmediato es presentar esta propuesta a los grupos de opinión involucrados en el sistema de salud. Es deseable que los diferentes actores de la sociedad —ciudadanos, académicos, ONGs, financiadores, prestadores, administradores, funcionarios y políticos— se integren en la construcción de un canal de comunicación que permita construir las bases de un mejor sistema de atención de la salud.

¿Por qué iniciar este proceso? En primer lugar, porque es una responsabilidad del Estado garantizar el derecho de los habitantes a protecciones de salud, equitativas y adecuadas.

La Constitución nacional manifiesta que la organización de un sistema de salud en la Argentina debe realizarse sobre bases federales, considerando la responsabilidad de las provincias en esa materia. Las provincias han retenido las funciones asociadas a los cuidados de salud, sin delegarlas en la Nación.

La Carta Magna también incorpora todas las convenciones y tratados de derechos humanos internacionales que consideran a la salud como un derecho humano, que debe garantizarse a través de un sistema que efectivice estos principios y valores para todos los habitantes del país.

Dos personas con las mismas necesidades sanitarias deben recibir cuidados idénticos en calidad y oportunidad. Si no es posible lograr esto en forma inmediata, es fundamental asumir este criterio como meta hacia la que deben dirigirse las transformaciones progresivas del sistema.

En segundo lugar, porque este camino de convocatoria y construcción permitirá que los argentinos generen un ámbito adecuado para la discusión y el logro de un acuerdo indispensable. Este Pacto plasma un núcleo de coincidencias básicas respecto de lo que deberían ser una futura organización, legislación y modelo prestacional de la salud.

En esta dirección, el Pacto se inspira en la posibilidad de construir un movimiento político integrado por individuos, organizaciones, funcionarios y legisladores de diferentes partidos que compartan ese núcleo respecto de lo que debería ser un proceso de reforma, organización y financiamiento del sistema de salud.

¿Para qué?

El fin último es alcanzar un modelo ciudadano de salud. Concretar derechos es más que combatir enfermedades y ganar años de vida. Además de evitar las muertes, tanto como sea posible, hace falta darle calidad de vida a los años ganados. El sector sanitario no garantiza esto, pero contribuye a reducir las enfermedades y sus secuelas. En otras palabras, este Pacto busca aumentar la cantidad y calidad de vida para que los habitantes del país se realicen y concreten sus derechos.

La construcción del sistema de salud se debería sustentar en principios y valores éticos fundamentales, derivados de la aplicación de los principios normativos de la bioética a la atención de la salud: a) justicia, b) beneficencia y c) autonomía.

a) El principio de **justicia** se basa en el derecho individual y social de los habitantes a la atención de la salud, y por lo tanto exige que el sistema de salud se sustente en los siguientes valores:

- **Universalidad:** El sistema de salud debe asegurar la cobertura de toda la población. Esto implica garantizar la accesibilidad oportuna a la atención de salud con independencia de la condición económica, social, cultural o de salud de los habitantes. Solo mediante la reducción de las barreras geográficas, económicas, legales, administrativas y culturales a los servicios de salud puede lograrse una cobertura universal y equitativa.
- **Solidaridad:** La base financiera del sistema debe sustentarse en el aporte proporcional al nivel de ingresos e inversamente proporcional al estado de necesidad. Asimismo, en la preeminencia del interés colectivo sobre el particular, cuando ambos entran en conflicto.
- **Equidad:** La distribución de los recursos y de los servicios de salud debe realizarse de acuerdo con las necesidades de la población, otorgando prioridad a los miembros más vulnerables por razones biológicas, económicas, sociales o culturales. La Argentina no puede continuar con un sistema de salud que en base a una cobertura universal teórica, registra profundas desigualdades en la cantidad y calidad de los servicios que se prestan a diferentes grupos de población.

b) El principio de **beneficencia**, entendido como el imperativo moral de hacer el bien y también de no hacer mal (no maleficencia), exige que el sistema de salud se sustente en los siguientes valores:

- **Calidad:** La atención de la salud debe garantizar el mejoramiento constante de los servicios sustentados en el conocimiento científico actualizado y en procesos de calidad técnica probada, en base a su *eficacia* (capacidad para resolver el problema), *eficiencia* (con uso racional de los recursos) y *efectividad* (impacto real en la salud de la comunidad). Para ello debe promover la evaluación y acreditación de los servicios, reducir los efectos adversos, y procurar la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población sobre la base del trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana por parte del equipo de salud.
- **Integridad:** Conjunción armónica y efectiva para la satisfacción de las necesidades de la población en términos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud. Esto requiere un modelo de atención integral que asegure el cuidado de la salud con un enfoque holístico y ecológico, que contemple no solo la dimensión biológica, sino también los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la condición humana.
- **Continuidad:** El cuidado de la salud debe brindarse a las personas en forma continua, desde antes del nacimiento hasta la muerte. De esta manera se facilita la intervención oportuna sobre determinantes, factores de riesgo, enfermedades y otros problemas de salud, así como el cuidado permanente frente a enfermedades crónicas e invalidez.

c) El principio ético de **autonomía**, como expresión del derecho de las personas a que se respete su voluntad en un asunto tan importante como la vida y la salud, impone que el sistema de salud garantice la vigencia de los siguientes valores:

- **Humanización:** La atención de la salud debe considerar, comprender y respetar los sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas y las comunidades. La personalización en el cuidado de la salud constituye el valor básico de una medicina humanizada, basada en el reconocimiento del paciente como protagonista principal del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.
- **Participación:** Los ciudadanos y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios y en el uso de los recursos, mediante espacios de participación social y concertación sectorial en las organizaciones e instituciones públicas de nivel nacional, provincial, municipal o social.
- **Responsabilidad:** Los actores sociales y políticos que componen el sistema de atención de la salud deben asumir su responsabilidad en el cumplimiento de los principios y valores mencionados. La atención de la salud es un bien público, con independencia de la propiedad (estatal o privada) de los proveedores de servicios, y las instituciones y actores del sistema deben rendir cuentas y responder con transparencia ante la población por las acciones que se realizan.

Propuestas para un modelo argentino de salud

A continuación se reseñan 13 propuestas concretas para transformar el modelo de atención y constituir un sistema de salud que promueva un federalismo apropiado para la Argentina.

<p>Eje 1: La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado</p>	<p>1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (COFESA) como espacio principal de coordinación.</p> <p>2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada.</p>
<p>Eje 2: El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país</p>	<p>3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida, mediante protecciones de salud expresadas en líneas de cuidados, y garantizadas a través de un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO).</p> <p>4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas.</p> <p>5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo.</p> <p>6. Comprometer al paciente: La salud involucra derechos y deberes.</p> <p>7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.</p>
<p>Eje 3: La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido</p>	<p>8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos.</p> <p>9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país.</p> <p>10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión.</p> <p>11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos.</p>
<p>Eje 4: La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país</p>	<p>12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales.</p> <p>13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales.</p>

Eje 1: La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado

La salud no es el resultado del libre juego de la oferta y la demanda, como cualquier otra mercancía. Es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, que tiene todos los medios necesarios para hacerlo (cuenta con recursos normativos, administrativos y financieros).

Proveer servicios públicos de salud de forma directa a la población no alcanza para garantizar la salud, ni tampoco es la única función del Estado. La promoción y la regulación constituyen también funciones esenciales de salud pública de igual o mayor importancia.

En esta propuesta se considera que si bien es importante establecer quién provee el servicio (provisión pública, privada o mixta), lo es más aún regular cómo lo hace en función de un modelo de atención basado en las necesidades de la población a la que debe servir, con el fin de que el bien “salud” sea accesible a todos los habitantes y brindado en forma eficiente.

1. CONFIGURAR UNA NUEVA RELACIÓN NACIÓN-PROVINCIAS, QUE FORTALEZCA LA RECTORÍA DE LA NACIÓN Y AL CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) COMO ESPACIO PRINCIPAL DE COORDINACIÓN

Un protagonismo creciente del Estado requiere refundar y resignificar la relación Nación-Provincias en el sector de la salud. Esto implica establecer las funciones, atribuciones y responsabilidades en salud propias de la Nación, las que corresponden a las provincias y las concurrentes de ambas. Para ello, se deben salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar y reflexionar detenidamente sobre la distribución de los compromisos y fijar claramente las responsabilidades.

En esta distribución de funciones, para que el sistema de salud funcione como tal, es imprescindible que la Nación desempeñe un papel rector. Solo un organismo rector firme y legítimo logrará a su vez coordinar y obtener un desarrollo homogéneo del sistema.

No obstante, para alcanzar esta homogeneidad, también resulta necesaria la creación de un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas (ver propuesta 13).

El COFESA, conformado por todos los ministros de salud del país, debe ser el órgano de coordinación federal por excelencia y el lugar en el que se consensúe la estrategia sanitaria nacional. Luego de la crisis de 2001, este espacio se potenció como instancia de análisis de la situación de salud, de generación de políticas y de construcción de compromisos entre las jurisdicciones. Es tiempo de mejorar su capacidad de análisis y, en especial, sus habilidades para coordinar la implementación de un modelo argentino de salud, para traducirlo operativamente y seguir los acuerdos alcanzados en su seno.

Para conseguir un papel más activo y resolutivo del COFESA es imprescindible dotarlo de una estructura operativa permanente, con capacidad ejecutiva y de un financiamiento específico, que provenga de recursos coparticipables, que permitan realizar investigaciones y estudios de manera similar al Consejo Federal de Inversiones (CFI).

2. CONSOLIDAR UNA AGENCIA REGULATORIA DE SALUD INTEGRADA

La función de regulación es clave y requiere de un abordaje estratégico. Por ello se propone unificar y coordinar mejor las funciones regulatorias que ya se ejercen desde la Nación, así como coordinar y potenciar las acciones regulatorias no delegadas por provincias y municipios.

En esta dirección, y considerando la experiencia de otros países federales, se propone la creación de una poderosa agencia regulatoria vinculada al COFESA, que incluya a todos los factores involucrados dentro de la función de producción de salud: los recursos humanos; la tecnología (incluyendo los medicamentos); la infraestructura y oferta de servicios; y los financiadores que tienen competencia en el aseguramiento de la salud.

Además de incorporar nuevas funciones regulatorias, esta agencia debería absorber aquellas que actualmente desempeñan otros organismos del sector, entre ellas:

- a. Confeccionar y actualizar un mapa de la oferta, la demanda y las necesidades sanitarias.
- b. Acreditar competencias profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud.
- c. Categorizar prestadores.
- d. Evaluar tecnologías sanitarias.
- e. Revisar, costear y actualizar de forma permanente el Programa Médico Obligatorio (PMO).
- f. Monitorear el cumplimiento de políticas y líneas de cuidados en las diferentes jurisdicciones y entre los diferentes financiadores de salud.
- g. Diseñar, implantar y supervisar sistemas de información en salud, como una Historia Clínica Unificada Digital y la prescripción electrónica.
- h. Evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud (públicos, del seguro social y privados).

Eje 2: El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país

La consolidación de la salud como un derecho universal tiene como condición necesaria un acceso equitativo a los cuidados. Es decir, el sistema de salud debe garantizar cuidados homogéneos de calidad a la población, independientemente de la capacidad de pago de cada uno y del lugar de residencia. No debe perpetuarse un modelo de atención con una salud pobre para pobres y de calidad para ricos. Para lograrlo es necesario definir un piso de calidad, fortalecer los mecanismos para alcanzarlo.

3. JERARQUIZAR PROBLEMAS DE SALUD PARA CADA ETAPA DEL CICLO DE VIDA, MEDIANTE PROTECCIONES DE SALUD EXPRESADAS EN LÍNEAS DE CUIDADOS, Y GARANTIZADAS A TRAVÉS DE UN NUEVO PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)

Bajo la conducción del Ministerio de Salud de la Nación y en el ámbito del COFESA, se debe definir un conjunto acotado de enfermedades y desafíos de salud a priorizar. El objetivo no es racionar sino realizar una discriminación positiva que jerarquice la respuesta frente a protecciones básicas. Esta involucra algunos cuidados de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que deben convertirse en prioridad porque representan protecciones sociales en salud que los argentinos asumimos como un mínimo de ciudadanía no negociable, conquistas que no pueden perderse ante ninguna coyuntura (ni por ciclos macroeconómicos, ni por cambios de gestión, etc.).

A modo de ejemplo, los argentinos deberíamos comprometernos a garantizar, en todos los casos, tanto los cuidados gestacionales y de la primera infancia como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia, como es el caso de las cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en el país.

Para concretar estas prioridades, hace falta superar el estado declarativo y avanzar hacia metas concretas, establecidas para todos los responsables de brindar salud (sector público, empresas de medicina prepaga, obras sociales, etc.). Por ejemplo, no es lo mismo afirmar que se cubrirá la diabetes que realizar los exámenes a toda la población, evaluar sus riesgos, garantizar el acceso a insulina e hipoglucemiantes bucales a quienes lo requieren y concretar un examen de hemoglobina glicosilada semestralmente.

En otras palabras, para lograr un modelo de atención adecuado es necesario transformar las protecciones en protocolos (para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento) y desagregarlos por niveles de atención. Todos los subsistemas deben ajustarse a estos protocolos y su aplicación debe ser evaluada. Los protocolos deben ser discutidos y validados por el Ministerio de la Nación con la participación de sectores académicos y científicos.

La construcción de protecciones sanitarias por líneas de cuidados implica asumir dos objetivos intermedios para lograr un objetivo final. El primer objetivo apunta a reducir la variabilidad de la práctica clínica, avanzando por patología por patología y priorizando los problemas de salud prevalentes en cada fase del ciclo de vida. El segundo, consiste en orientar los subsistemas hacia la aplicación de esos protocolos, monitoreando el proceso y evaluando su respuesta frente a los problemas priorizados y asumidos como líneas de cuidados e, inclusive, incentivando los logros. El objetivo final es que todos los habitantes —independientemente de donde vivan, dónde trabajen y cuánto ganen— tengan idénticas respuestas del sistema frente a sus necesidades de salud.

La definición de líneas de cuidados para las protecciones jerarquizadas se podría concretar mediante la actualización y redefinición del PMO. Es fundamental que la nueva versión del programa no se limite a enunciar un elenco de prestaciones sino que avance en la definición de protocolos de atención. De este modo, se dejará de ofrecer un mero paquete de servicios, para comenzar a brindar un verdadero programa de cuidados a ser garantizado a toda la población.

A diferencia del actual, el renovado PMO debería contar con mecanismos de actualización previamente establecidos y consensuados. Asimismo, debería tener vigencia universal, tanto para beneficiarios de obras sociales y prepagas (PAMI, obras sociales nacionales y provinciales, mutuales, etc.) como para aquellos cuya cobertura es responsabilidad del subsector público.

4. CREAR UN SEGURO UNIVERSAL PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Hay un conjunto limitado de enfermedades, que demanda un volumen creciente de recursos. Muchas de ellas son de baja prevalencia, aunque de alto costo. Se las denomina enfermedades catastróficas por su alto impacto económico sobre quienes las padecen y las financian.

La cobertura frente a estos riesgos es baja y muy heterogénea. No fue definida con precisión dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO). A su vez, los Ministerios provinciales intentan responder de forma aislada a las demandas de pacientes catastróficos. En todos los casos, los financiadores padecen el impacto vinculado al tratamiento de estas enfermedades.

La reciente disolución de la Administración de Programas Especiales (APE), puede constituir una oportunidad para implementar nuevas protecciones sociales frente a las enfermedades catastróficas. Un seguro nacional permitiría consolidar el derecho universal al cuidado de estas enfermedades, con independencia del nivel de ingreso y lugar de residencia de las personas. Para su creación se requiere establecer qué enfermedades se cubrirían y diseñar un esquema de inclusión progresivo según la carga de morbilidad y las tasas de incidencia y prevalencia. Su financiamiento podría surgir de aportes capitados de cada financiador: obras sociales provinciales, nacionales (incluyendo al PAMI) y prepagas. Para conquistar la universalidad, el tesoro nacional completaría el aporte correspondiente a la cobertura de los habitantes no afiliados a ningún seguro de salud.

5. CONSTRUIR REDES DE COMPLEJIDAD CRECIENTE Y CON RESPONSABILIDAD NOMINADA SOBRE POBLACIÓN A CARGO

Para construir un sistema integrado es indispensable definir una puerta de entrada, pero también es fundamental pautar la circulación del paciente en su interior, maximizando la resolutiveidad y evitando tanto la falta como la duplicación de ofertas.

Para lograrlo, es necesario desarrollar redes de cuidados organizadas por complejidad creciente, centradas en protocolos de atención desagregados por nivel de atención (líneas de cuidados definidas); recategorizar los servicios; instituir oficinas dedicadas a organizar la referencia y contrareferencia en los efectores; incorporar mecanismos para monitorear el funcionamiento en red; y capacitar e incentivar a los prestadores.

Estas redes deben ser integrales, es decir, abarcar todo el espectro de niveles de atención, pues cada espacio no cubierto se convierte en un foco de conflictos que conducen a la mala calidad de atención, insatisfacción y aumento del gasto.

El punto de partida es definir la responsabilidad nominada de las redes públicas y privadas sobre una población a cargo. Esto involucra la designación de los responsables de brindar los cuidados y la definición de las personas que formarán parte de cada red de atención. Se facilita así el conocimiento del acceso de las personas a los servicios y también permite premiar a los efectores por el cumplimiento de determinados estándares.

Un adecuado sistema de información clínica que incluya la historia única digitalizada permitiría la evaluación de los procesos de atención clínica, así como el triage de las personas al interior del sistema.

6. COMPROMETER AL PACIENTE: LA SALUD INVOLUCRA DERECHOS Y DEBERES

La salud se produce de forma colectiva y ningún argentino tiene la capacidad de garantizar un futuro saludable para sí mismo si el resto del país no lo tiene. Esto no solo requiere que profesionales y servicios ajusten su accionar a un modelo de atención definido y sigan, en forma progresiva, guías y esquemas terapéuticos. También exige el compromiso de las personas y de las familias.

Los cuidados de salud no son bienes de consumo que el paciente puede usufructuar a su criterio y entendimiento. Una mejor salud requiere que cada paciente siga un camino de cuidados progresivos, que ingrese por una puerta definida al sistema de salud, se comprometa con los cuidados y respete la adherencia a los tratamientos y a las acciones de promoción y prevención.

En este marco, el Estado no debe permanecer al margen ya que, en última instancia, es responsable y capaz de fomentar este compromiso mediante diversas estrategias a su alcance.

7. PROCURAR UNA APROPIADA PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN EL SISTEMA DE SALUD

Cambiar la forma de producir salud requiere de la participación de todos los actores. Por un lado, es imprescindible consagrar la salud como prioridad pública, demandando un creciente protagonismo del Estado. Por otro lado, este no sería suficiente sin una creciente participación de las personas e instituciones intermedias en su gestión directa.

Por ello, se propone ampliar, en forma sostenida y progresiva, los espacios de participación social en salud en sus múltiples formas: a) participación comunitaria (a través de consejos locales y en los servicios), b) gestión participativa (involucrando a los trabajadores de la salud en la toma de decisiones) y c) espacios de concertación y articulación con las organizaciones intermedias.

El único antídoto eficaz para evitar la discontinuidad de las políticas públicas consiste en permitir que los ciudadanos se involucren en las decisiones.

Eje 3: La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido

Alcanzar protecciones homogéneas de calidad para toda la población demanda organizar el financiamiento en torno a los criterios de equidad y eficiencia.

Esto requiere, por un lado, sincerar las brechas existentes en la asignación de recursos entre subsistemas y jurisdicciones y, en consecuencia, comenzar a generar mecanismos de evaluación y compensación que permitan identificar y actuar sobre ellas.

Por el otro, reconocer que los recursos limitados y las necesidades crecientes demandan una asignación eficiente para lograr mayor calidad. En este sentido es necesario introducir mecanismos que permitan evaluar resultados y generar los incentivos adecuados para alcanzar los objetivos planteados.

8. CORREGIR DESIGUALDADES EN LA INFRAESTRUCTURA Y LOS RECURSOS HUMANOS

En el Consejo Federal de Salud (COFESA) se debe generar un mapa sanitario que mida las necesidades y priorice las inversiones de salud en las provincias. Este sería una herramienta regulatoria fundamental para sustentar la definición de las inversiones públicas, y regular las privadas.

El subsistema público de salud es heterogéneo. Para abordar el desafío de brindar protecciones homogéneas —en tiempo y forma— hace falta garantizar una oferta efectiva de servicios. El primer paso para lograrlo consiste en implementar una categorización de los servicios de salud que incluya a los recursos humanos profesionales, estableciendo estándares de calidad. Mientras todos hagan de todo, o peor aún, cada uno haga lo que pueda en lugar de lo que debe, no se logrará que la salud sea un derecho pleno para los habitantes del país.

Las evaluaciones de desempeño son una herramienta indispensable para comenzar a construir servicios que brinden los cuidados que efectivamente necesita la población que tienen a su cargo. Pero esa evaluación exige, necesariamente, sincerar los recursos disponibles. Es muy probable que en muchos casos se evidencie la necesidad de incrementar los recursos (personal, infraestructura y presupuesto operativo) y también de una reformulación en términos de competencias.

9. ESTABLECER UN PROGRAMA INTEGRADO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD QUE GUARDE PERTINENCIA CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PAÍS

La Argentina tiene una oferta de profesionales de la salud desorganizada y mal distribuida, tanto geográficamente como en el peso relativo de cada especialidad. Por eso es clave poner en agenda e implementar políticas que busquen resolver las problemáticas relacionadas con la formación de recursos humanos en salud.

Con este fin, es necesario:

- Estimular la redefinición de la formación de grado de las profesiones de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y una práctica que contemple el ciclo de vida, la transversalidad y la articulación entre conocimientos básicos, clínicos y sanitarios.
- Identificar profesiones y especialidades críticas y ancladas en las necesidades regionales, y estimular su formación.
- Favorecer la formación de profesionales de la salud generalistas o de familia, mediante incentivos de educación permanente y económicos que estimulen la permanencia en las regiones con vacancia.
- Definir políticas públicas respecto a ciertas especialidades críticas (anestesiología, terapia intensiva, neonatología, etc.).
- Establecer un programa de rotaciones e incluso asentamiento de profesionales en las áreas más necesarias.
- Construir una carrera sanitaria, que acompañe el fortalecimiento de las instituciones responsables.

10. EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LOS FINANCIADORES EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD OBTENIDOS SOBRE LA POBLACIÓN A SU CARGO Y VINCULAR LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS A COMPROMISOS DE GESTIÓN

Se trata de lograr que las obras sociales, las prepagas y las provincias no sean únicamente proveedoras de prestaciones cada vez que estas son demandadas y se conviertan en efectivas responsables por la salud de la población a su cargo.

De este modo, se busca promover la organización de un sistema que evalúe el nivel de cumplimiento de las líneas de cuidados priorizadas para cada etapa del ciclo de vida, y que incorpore incentivos para aquellos que obtengan los mejores resultados. Así se comienza a superar el modelo de salud imperante, reactivo y curativo, por otro proactivo, centrado en la promoción y la prevención.

Es necesario reorientar el modelo de subsidio a la oferta (como ocurre en el sector público) y subsidio a la demanda (propio del sector de obras sociales y prepagas) hacia uno orientado a la eficacia y la efectividad de las acciones. Para ello se podrían utilizar de forma más intensa herramientas como los contratos por programa o compromisos de gestión. Se trata de establecer un vínculo contractual entre el proveedor y el financiador que involucre el cumplimiento de determinadas metas sanitarias (definidas por el Ministerio de Salud de la Nación).

En términos financieros, se trata de aplicar un modelo de presupuesto global prospectivo para financiar la implementación de un determinado programa de asistencia de salud. En el contrato se establecerían anualmente el tipo de servicios que se debe brindar, la asignación y transferencia de recursos y los indicadores de desempeño que deberán ser evaluados.

De este modo, los compromisos de gestión permitirían tanto definir mecanismos de delegación de autoridad y responsabilidades como también evaluar y supervisar lo delegado. Como consecuencia de estos contratos, los resultados e indicadores de la gestión se convierten en las variables determinantes de la asignación de los recursos. Entre estos indicadores pueden figurar índices de actividad, metas de crecimiento y/o evaluaciones de desempeño.

11. BRINDAR MAYOR AUTONOMÍA A LOS EFECTORES PÚBLICOS

La renovada relación Nación-Provincias requerirá que los diferentes efectores recuperen su papel adecuado dentro de la política de salud. Los actores institucionales (hospitales y centros de salud) deben comenzar a planificar su acción y a tener cada vez mayor autonomía en la gestión de sus recursos. Pero para ello es imprescindible que elaboren su plan maestro de funcionamiento de acuerdo con la política provincial y nacional. A partir de entonces, funcionarán de forma progresiva como empresas sociales de salud, con un gobierno integrado por la comunidad.

A partir de estos planes se podrán celebrar, a la vez, compromisos de gestión entre el servicio y el sistema de salud provincial. De esta manera, la financiación surgirá de un presupuesto centrado en la oferta del sistema y de los compromisos de gestión.

Eje 4: La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país

El sistema de salud argentino está profundamente atomizado (24 sistemas provinciales, más de 300 obras sociales, y otras tantas prepagas) y carece de mecanismos efectivos de coordinación y articulación. Aunque la multiplicidad de agentes no implique necesariamente fragmentación; cuando hay muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, las responsabilidades se disuelven.

Si bien es posible que los subsistemas (público, obras sociales y prepagas) o sus agentes (profesionales e instituciones) consigan proveer servicios eficientes y de calidad, al no contar con una adecuada división del trabajo o con una asignación de los recursos basada en un claro modelo de salud, el sistema en su conjunto tenderá a funcionar cada vez peor.

La integración del sistema sobre la base de un modelo de salud definido es central para obtener una mayor efectividad de los recursos invertidos y lograr un mayor impacto en la salud de la población.

12. CONFORMAR SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD PROVINCIALES

A través de la coordinación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales, el sistema sanitario argentino alcanzará una cobertura universal y homogénea. Es por ello que le corresponde a la Nación alentar a las provincias en la conformación de estos sistemas, asistirles financiera y técnicamente, fortalecer su capacidad de gerenciar la autoridad sanitaria local y apoyar la concertación con las entidades prestadoras y otros actores locales, para asegurar la viabilidad política del proyecto.

En este marco, será competencia de los ministerios de salud provinciales:

- a) Implementar un Programa de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) homogéneo y de cobertura universal.
- b) Garantizar la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio de la Nación en el territorio provincial.
- c) Coordinar el funcionamiento de programas y servicios programando una oferta proactiva de servicios con base en necesidades de salud.
- d) Alcanzar protecciones de salud universales, homogéneas y de calidad.
- e) Reducir inequidades en el acceso dentro del territorio provincial.

El primer paso para integrar el sistema provincial consiste en universalizar la cobertura. En cada provincia, el ministerio de salud conquistará dicha universalidad asumiendo las protecciones generales de quienes no tienen seguro de salud. En esta dirección, debe priorizarse el despliegue de un programa de A.P.S. centrado en cuidados esenciales de reconocido y evaluado impacto (como cuidados obstétricos y neonatales esenciales – CONE-, atención integral de enfermedades pediátricas – AIEPI-, etc.).

Un programa integral de A.P.S., encuadrado en los principios de Alma-Ata de “Prevención y Promoción de la Salud”, con acciones donde viven y trabajan las personas, permite asegurar que la población de mayor riesgo sea permanentemente asistida. De este modo, mediante acciones de salud realizadas casa por casa, se facilita la detección de problemas básicos para la promoción y preservación de la salud en un sector de la población que actualmente no accede a esta información y que, en consecuencia, se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.

El segundo paso implica promover la cooperación y no la competencia entre prestadores. La eficacia del modelo de atención propuesto descansa en una adecuada división de responsabilidades entre los servicios y en su despliegue territorial.

Finalmente, el tercer paso consiste en eliminar los subsidios cruzados en la financiación de servicios. Cuando se alcance la universalidad de la cobertura provincial y se pueda identificar quién es el asegurador de cada habitante, será posible eliminar las transferencias indirectas que se producen cada vez que un beneficiario de una obra social o un prepago utiliza un servicio público. Los gobiernos provinciales deberán instrumentar el cobro de tales prestaciones para que los recursos vuelvan a los servicios públicos.

La integración se concretará cuando se consigan coordinar, con eje en el sistema provincial, las acciones no solo de los servicios públicos, sino también de las obras sociales, el PAMI y las empresas de medicina prepaga y mutuales. Concebimos una imagen final del sistema en la que se reglamente la Ley 23661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, permitiendo la delegación de la administración del Seguro Nacional de Salud a las provincias y la incorporación de las mismas en la conducción del PAMI dentro de sus jurisdicciones.

En definitiva, la conformación de sistemas integrados de salud provinciales tiene por objeto integrar democráticamente a la población, y articular y organizar los recursos de prestadores, tanto estatales como privados, para que asistan a poblaciones definidas dentro del marco regulatorio común a ambos.

13. COMPENSAR DESIGUALDADES EN UN PISO DE ATENCIÓN MEDIANTE FONDOS NACIONALES

El mencionado esquema de articulación provincial requiere mecanismos que permitan compensar las brechas entre provincias. Para ello es imprescindible incrementar la participación de los recursos nacionales en la financiación sectorial, pero no como reemplazos de recursos provinciales. La intención es que el fondo nacional cumpla con dos objetivos:

- a) Garantizar la equidad en la financiación y el acceso a la salud.
- b) Estimular la adhesión de las provincias al modelo de atención propuesto por la Nación y consensuado en el ámbito del COFESA (Consejo Federal de Salud). Las provincias recibirán recursos del fondo nacional sobre una base capitada en la que se distinguirán dos componentes. Por un lado, los incentivos por cumplimiento de líneas de cuidados y, por el otro, los incentivos por cumplimiento de metas de gestión en la conformación de sistemas provinciales integrados de salud.

A continuación se listan en orden alfabético las personas que adhieren a este documento:

Ageitos, María Luisa; Arce, Hugo; Báscolo, Ernesto; Bordoni, Noemí; Busso, Nélica; Chuit, Roberto; Cid, José; Coronel, Jorge; Jatib, Eduardo; Lima Quintana, Laura; Lugones, Mario; Mammoni, Gustavo; Manterola, Alberto; Mastai, Ricardo; Mera, Jorge; Mercer, Hugo; Moreno, Elsa; Neri, Aldo; Olaviaga, Sofía; Otero, Ricardo; Perrone, Néstor; Pracilio, Horacio; Reale, Armando; Regazzoni, Carlos; Sánchez de León, Adolfo; Segura, Elsa; Solano, Romina; Sonis, Abraam; Tanoni, Enrique; Tobar, Federico; Vassallo Carlos; Vinocur, Pablo.

REFERENCIAS / AUTORES

- 1** Contador Público, Postgrado en Economía y Gestión de la Salud SDA Bocconi (Milián, Italia), Profesor Titular Salud Pública Facultad Cs. Médicas UNL y Jefe de Cátedra de Economía de la Salud Universidad del Salvador - Fundación Sanatorio Güemes.
- 2** Lic. en Economía, Director de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.
- 3** Directora del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación.
- 4** Investigador principal del Programa de Salud de CIPPEC. Lic. en Sociología, UBA. Prof. de Sociología, UBA. Magíster en Administración Pública, (Fundação Getúlio Vargas, Brasil). Dr. en Ciencia Política, Univ. del Salvador. Es autor de dieciocho libros y publicó más de cien artículos científicos en revistas especializadas y periódicos de divulgación. En la gestión pública, fue jefe de gabinete de Ministerio de Salud (2002/2003) desde donde formuló e implementó el programa REMEDIAR.
- 5** Bioquímica, UBA. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Univ. Isalud). Esp. en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Univ. Lomas de Zamora). Fue Directora del Prog. nacional de VIH/ SIDA (2002-2008) y Enfermedades de Transmisión sexual-ETS del Min. de Salud de la Nación. En la actualidad es Sec. Técnica del Hospital Dr. José Equiza, Municipalidad de la Matanza (2008-2012). Es coautora en trece libros y publicó varios artículos en revistas especializadas y periódicos de divulgación.
- 6** Coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC. Lic. Ciencia Política, UBA. Candidata a magíster en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO), tesis en curso. Coordinó varios proyectos de investigación y asistencia técnica en temas de políticas de salud y políticas sociales. Es autora de varios artículos y documentos en esa materia.
- 7** Coordinadora de Proyectos del Programa de Salud. Licenciada en Ciencia Política (UBA). Candidata a magíster en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés.
- 8** Economista. Máster en Economía de la Universidad Di Tella. Socio Gerente de Nexos Economía y Desarrollo (NEYD SRL). Consultor del BID, Banco Mundial y de organismos públicos y privados.
- 9** Contador Público (UNC). Administración Estratégica (UBA). Maestría en Política Económica Internacional (UB). Administración y Dirección Hospitalaria (CIESS y UNAM). Ex Coordinador del convenio PNUD-INSSJyP, en el Programa de Reconversión de Obras Sociales del Banco Mundial, en la Academia Nacional de Medicina, en el Consejo Federal de Inversiones, en la Fundación Favalaro (convenio BID – FF). Gerente de administración (INSSJyP).
- 10** Médico especialista en Clínica Médica. Master en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Becario de Perfeccionamiento en Gerenciamiento Médico.