

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACCESIBILIDAD AL TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS SEGÚN ENTIDADES FINANCIADORAS DE SALUD EN ARGENTINA, 2000-2010

Accessibility to hematopoietic Stem Cell Transplantation in Argentina, depending on Health financing Institution, 2000-2010

Patricia Gramajo,¹ Fernanda Sansoni,² Irina Dozo,¹ Luis Migueles¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Por su alto costo económico, la realización o no de un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) médicamente indicado puede depender sustancialmente del ente financiador. OBJETIVO: Determinar la accesibilidad diferencial al trasplante de CPH entre entes financiadores de salud. MÉTODOS: La muestra estuvo integrada por la Administración de Programas Especiales (APE), el Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO) y la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE). Se utilizó un diseño poblacional retrospectivo. El procesamiento de datos se realizó con el programa Excel, y la significación estadística se calculó con el programa Epi-Info, módulo StatCalc. RESULTADOS: Las diferencias entre DADSE, EFTO y APE no fueron relevantes estadísticamente. Sin embargo, en el desagregado de los datos internos de cada entidad, se comprobó que en la DADSE la tasa de uso provincial más alta es 24 veces superior a la menor y que en la APE la obra social con tasa más alta supera por 15 veces a la menor. Además, la población con seguro ajena a APE tiene un uso significativamente mayor. CONCLUSIONES: Existe una similitud en el uso entre poblaciones con y sin trabajo formal (APE y DADSE), lo que sugiere que el Estado compensa el déficit sociolaboral. Sin embargo, las profundas diferencias al interior de la DADSE y la APE, así como entre ésta y el resto de los seguros agrupados, evidencian una inequidad horizontal y alertan sobre la necesidad de evitar barreras de acceso vinculadas a los financiadores.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Because of its high cost, the realization or not of a hematopoietic stem cell (HSC) transplantation could depend greatly on the financing institution. OBJECTIVE: To determine the difference in the degree of accessibility to HSC transplantation among health financing institutions. METHODS: The sample was composed by the Special Programs Administration (APE), the Organ Transplant Financing Institution (EFTO) of Buenos Aires Province and the Special Situations Direct Assistance Board (DADSE). A retrospective population based design was used. Data was processed using Excel. Statistical information was obtained through the Epi-Info software (StatCalc module). RESULTS: The differences between DADSE, EFTO and APE were statistically non-significant. However, data collected within each institution showed that in DADSE the highest usage rate for a province is 24 times higher than the lowest one and that in APE the highest usage rate for a social health insurance plan is 15 times higher than the lowest one. Population with health insurance other than APE shows a usage rate which is significantly higher. CONCLUSIONS: There is no difference in the usage rate between populations with and without formal work (APE and DADSE), suggesting that the state compensates the socio-occupational deficit. However, the big differences within DADSE/APE, and between this one and other pooled entities, show a situation of horizontal inequity and highlight the need to eliminate access difficulties due to financing institutions.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad - Necesidades y demanda de servicios de salud - Trasplante de médula ósea - Cobertura de los servicios de salud - Equidad en salud

KEY WORDS: Accessibility - Needs and demands on health services - Bone marrow transplantation - Health service coverage - Equity in health

¹ Dirección de Asistencia Directa a Situaciones Especiales, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

² Administración de Programas Especiales, Ministerio de Salud de la Nación

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 15 de septiembre de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 23 de marzo de 2012

CORRESPONDENCIA A: Luis Migueles
Correo electrónico: lmigueles@intramed.net

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(10):30-36

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a los servicios médicos es una dimensión de la equidad en salud y se desagrega en los aspectos geográfico, cultural, económico y administrativo. Estos últimos dos están relacionados con la solvencia y eficacia de los entes financiadores, y son objeto de estudio del presente trabajo.

El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento para enfermedades graves como leucemias y linfomas, cuya accesibilidad tiene gran relevancia sanitaria por el impacto en la morbimortalidad de causa hematológica. En las últimas décadas se ha observado un incremento del uso mundial debido al desarrollo de redes internacionales de donantes¹ y al perfeccionamiento de la

tecnología del procedimiento.² Sin embargo, estos avances no deben ocultar la persistencia de ciertas asimetrías: en los EE.UU. el acceso al registro de donantes no es universal, y los hispanos y afroamericanos están subrepresentados.³ También existen diferencias entre las naciones: el producto bruto interno del país se correlaciona positivamente con la tasa de uso, mediada por la disponibilidad de equipos de trasplante.⁴ Habida cuenta de las implicancias éticas y político-sanitarias, es importante evaluar el acceso considerando las características sociales y la cobertura de salud.⁵

Los entes financiadores se clasifican en dos categorías: los Seguros de Salud (que tienen población nominalizada, aportes fijos y menú prestacional definido) y los estatales (que están financiados por el erario público y carecen parcialmente de aquellos atributos). Se consideran Seguros a las obras sociales del sistema nacional, así como a las provinciales, las universitarias, las de las Fuerzas Armadas y a las empresas de medicina prepaga. El resto de los financiadores corresponde a entidades establecidas para ese fin por el Estado Nacional y los Estados Provinciales. En la muestra seleccionada, los Seguros están representados por la Administración de Programas Especiales (APE), que financia las prestaciones de alto costo del Sistema Nacional de Obras Sociales (SNOS) y cuya población alcanza a 15 millones de afiliados, mientras que los entes sin estructura administrativa de seguro son la Dirección de Asistencia Directa a Situaciones Especiales (DADSE), del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Ente de Financiamiento de Trasplantes de Órganos (EFTO), que suman una población cercana a los 15 millones de beneficiarios sin trabajo formal. La DADSE brinda cobertura a ciudadanos sin seguro de salud, con un menú prestacional variado dentro del que se encuentra el TCPH; el EFTO es el ente financiador de trasplantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este trabajo tuvo como objetivo realizar una aproximación empírica a las diferencias de accesibilidad entre poblaciones de distintos financiadores de salud, analizando las asimetrías en las tasas de utilización del TCPH en la década de 2000-2010. La comparación de subgrupos sociales con y sin trabajo formal (APE y DADSE-EFTO) podría ser útil para estimar de manera indirecta el peso de estos determinantes en la accesibilidad a la prestación. La muestra representa el 81% de un universo de 37 millones de argentinos en 2005, año intermedio del período en estudio; su amplitud y la similitud del tamaño de ambas poblaciones aportan cierta fortaleza a la investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio poblacional retrospectivo. La totalidad de las entidades financiadoras conformaron el universo, y cada una de ellas fue una unidad de análisis. La muestra estuvo integrada por la APE, la DADSE y el EFTO. La accesibilidad al TCPH fue la variable dependiente, caracterizada por su complejidad y carácter multidimensional. Dada la disponibilidad de datos confiables, se escogió como indicador de accesibilidad al TCPH a la tasa de uso. Existió una

limitación en cuanto a determinantes de carácter biológico (como el riesgo de enfermedad hematológica) y social (como el nivel de educación e ingresos económicos), que no pudieron analizarse por insuficiencia de datos. La variable independiente fue la entidad financiadora de salud. Los datos de la APE constan de 1.330 registros de la práctica en la década, y la información de la DADSE contiene 442 registros de un quinquenio. Ambas instituciones proveyeron archivos en formato Excel. La información del EFTO disponible para la década fue tomada de la página web institucional. Estos datos fueron validados con los registros oficiales del INCUCAI. Debido a la falta de cifras en algunos años, se realizó una estimación de los trasplantes para ese lapso dividiendo el total de TCPH por el número de años con información. Para el cálculo de las tasas de uso, se consideraron los trasplantes anuales estimados como numerador y cada población a mitad del período considerado (junio de 2005) como denominador. No fue posible utilizar como denominador a la subpoblación enferma por falta de datos, lo cual impidió ponderar la influencia de eventuales diferencias en prevalencias entre entidades; la cobertura se brinda cuando el servicio social de los hospitales públicos deriva los pacientes a DADSE y EFTO con la indicación del hematólogo, y en el caso de APE por solicitud de los efectores de cada obra social. Los denominadores se tomaron de los padrones de la Superintendencia de Servicios de Salud para las obras sociales nacionales y se estimaron con datos de la Encuesta Permanente de Hogares de 2005 (Instituto Nacional de Estadística y Censos) para las poblaciones de DADSE y EFTO. Se analizó la asociación entre el uso y las categorías de la variable independiente mediante el Odds Ratio (OR), utilizando como categoría de referencia la de menor uso para cada comparación efectuada. Para el pasaje de la variable de recuento "tasa de uso" a una binomial, se realizó la síntesis en dos categorías (trasplantados y no trasplantados) a partir de los mismos datos aplicados para construir las tasas, considerando que la totalidad de la población de los denominadores habían tenido la misma exposición, tras haber sido tomadas dichas poblaciones a mitad del período. No pudo disponerse de datos confiables sobre variables intervinientes referidas a la enfermedad (estado, comorbilidades), por lo cual el OR no fue ajustado mediante dichos determinantes y se imprimió un carácter provisorio a los hallazgos.

RESULTADOS

En un primer abordaje, se comparó el uso del trasplante de CPH de toda Argentina con el de la muestra. Se observó que el primero es un 24% mayor, lo que implica que existen poblaciones no muestrales con tasas de uso que elevan el nivel del indicador nacional. Por otra parte, al comparar las entidades de la muestra entre sí, la tasa de trasplantes por 10 millones/año (T/10M/año) de APE (87,3 T/10M/año) y DADSE (88,4 T/10M/año) resultaron casi idénticas, mientras que la del EFTO (83,1 T/10M/año) fue algo menor. La asociación estadística fue escasa, con el EFTO

como categoría de referencia: OR 1,36 (IC 1,02-1,82) para Argentina-EFTO; OR 1,06 (IC 0,78-1,45) para DADSE-EFTO y OR 1,05 (IC 0,77-1,43) para APE-EFTO.

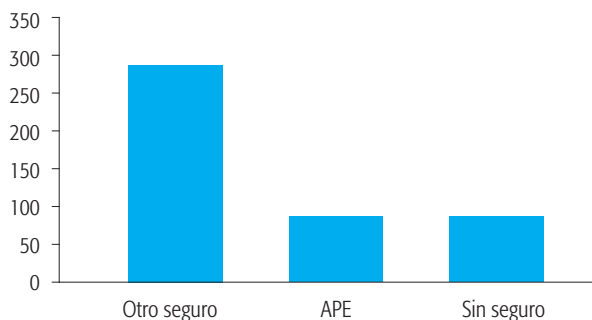
En segundo término, se agruparon todas las entidades con estructura administrativa de seguro del país y se comparó su tasa de uso (137,1 T/10M/año) con la obtenida para la población sin seguro (85,9 T/10M/año). La primera resultó un 37% más alta y expresó un nivel de asociación estadística superior a la comparación anterior (OR 1,59; IC 1,21-2,10).

El hecho de que la APE –que forma parte del grupo de seguros– tenga un nivel de uso similar al de DADSE y EFTO, como se describió en el primer párrafo, sugiere que al interior de dicho grupo existen algunas entidades con mayor uso. Por eso se decidió comparar la APE con el heterogéneo subgrupo de entidades aseguradoras restantes, que incluye las obras sociales provinciales, las universitarias y las prepagas. En este caso, el grado de asociación fue ampliamente significativo (OR 3,31; IC 2,61-4,26) con gran predominancia del uso en el subgrupo de seguros ajenos a la APE (ver Gráfico 1).

Luego se revisaron los niveles diferenciales de uso al interior de la APE según la obra social. Esta distribución reflejó una gran dispersión: más de 171 obras sociales nacionales registraron TCPH en la década, por lo cual y con el fin de efectuar un análisis útil, se seleccionaron aquellas con al menos 10 trasplantes (dado que una cifra menor habría implicado un error estadístico alto). Llamativamente, algunas entidades mostraron tasas mayores a 200 T/10M/año, mientras que otras no superaban los 50 T/10M/año. En una situación intermedia se encontraban las instituciones cuyo indicador resultó similar al global de la APE (alrededor de 80 T/10M/año). La amplitud de la diferencia entre los niveles extremos del indicador se observa en la Tabla 1: la entidad de tasa más alta supera por 15 veces el valor de la menor, con una asociación importante (OR 15,4; IC 10,0-23,9).

En otro nivel de análisis, se evaluaron las diferencias por

GRÁFICO 1. Tasas de uso de TCPH por 10 millones, estimadas por año, de la población con seguros ajenos a la APE, sin seguro y con seguro de APE. Década de 2000.



Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO), Administración de Programas Especiales (APE), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Encuesta Permanente de Hogares (EPH), Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

TABLA 1. Tasas de uso por diez millones de afiliados estimadas por año, de las obras sociales nacionales - financiador: APE-. Década del 2000.

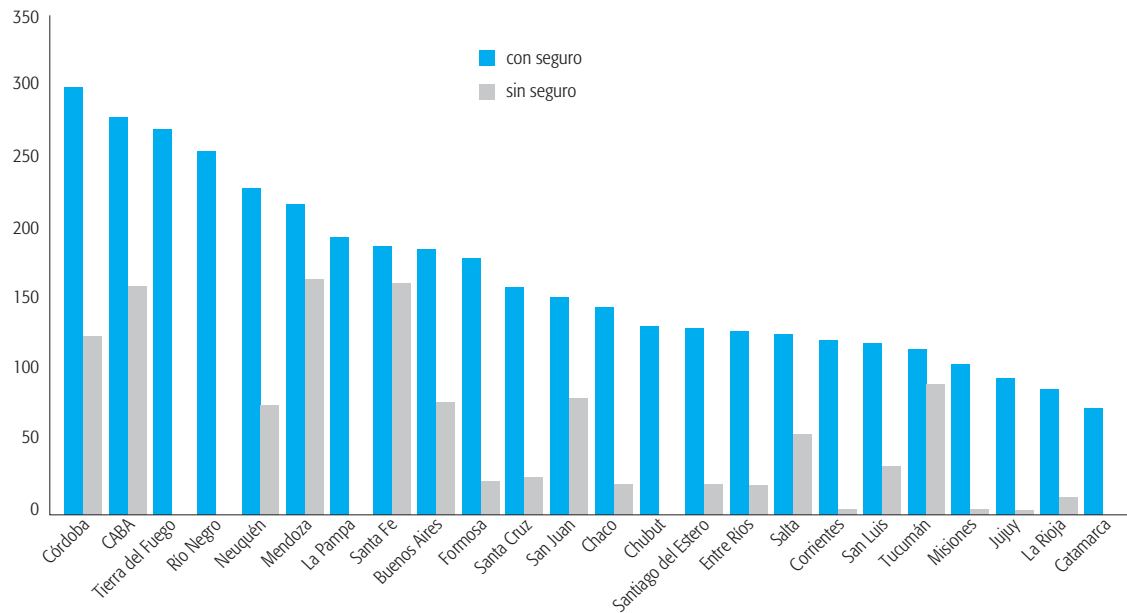
Industria del vestido	371,6
Estibadores Portuarios	278
Ejecutivos Dirección de Empresas	233,4
Dirección Sanidad Luis Pasteur	224,2
Mecánicos tie automotor	184,4
Comisarios Navales	162,7
Entidades Deportivas y Civiles	151,8
Personal Civil de la Nación	149,9
Telecomunicaciones	147,5
Seguros, Reaseguros	138,1
Choferes de Camiones	137,4
Profesionales y Monotributistas	133,8
Superv Industria Metalmeccánica	124,3
Transporte Colectivo de Pasajeros	100,8
Acción Aocial de Empresarios	99
Bancaria Argentina	97,8
Comercio y Actividades Civiles	94
Organismo de Control Externo	86,4
Hotelero y Gastronómico de la Unión ...	85
Unión Obrera Metalúrgica	82,7
Actividad Docente	79,2
Sanidad Argentina	72,5
Docentes Particulares	55,9
Automóvil Club Argentino	42,5
Rural y Estibadores	39,4
Construcción	24,1

Fuente: Elaboración propia con datos de APE y SSS.

jurisdicciones incluyendo a todos los financiadores. Pudo establecerse que la de tasa más alta, es decir, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) quintuplica a la de menor uso (Catamarca), con una amplia significación (OR 5,05; IC 3,61-7,06).

Cuando se compararon las tasas provinciales de las subpoblaciones con seguro y sin él, el primero de los grupos evidenció un uso ampliamente superior en todas las jurisdicciones. Estas asimetrías, que adquieren significación estadística cuando la diferencia porcentual entre subpoblaciones supera el 50%, reflejó una situación extrema en provincias en las cuales todos los trasplantes resultaron financiados por entidades de seguro: Tierra del Fuego, Río Negro, La Pampa, Chubut y Catamarca (Gráfico 2). En las demás, se registran ambos tipos de financiamiento aunque con diferentes grados de predominio de la cobertura por seguros. En algunas jurisdicciones, como Corrientes, Jujuy, Misiones, Formosa, Chaco, La Rioja, Santa Cruz, Entre Ríos y Santiago del Estero, la diferencia a favor de la población con seguro es mayor al 80%, y en otras, como San Juan, CABA, Mendoza, Tucumán y Santa Fe, hay mayor participación estatal y la distancia no alcanza el 50%, mientras que el resto de las jurisdicciones se encuentra en una situación intermedia.

La situación comparativa del financiamiento estatal por jurisdicción mostró una dimensión de análisis adicional. Mientras algunas reflejaron tasas mayores a la global de Argentina (113 T/10M/año), otras no alcanzaron los 10 T/10M/año; y, como se señaló anteriormente, hay 5 provincias en las que no se registra financiamiento del Estado. En este aspecto, las jurisdicciones con mayor grado de uso

GRÁFICO 2. Tasas de uso de TCPH por 10 millones estimadas por año, por jurisdicción, de la población con y sin seguro de salud. Década de 2000.

Fuente: Elaboración propia sobre datos del INCUCAI, DADSE, EFTO, INDEC, EPH, SSS.

TABLA 2. Tasas de uso de TCPH por 10 millones estimadas por año, por provincia, de la población sin seguro de salud. Década de 2000.

Mendoza	170,1
Santa Fe	166,7
CABA	164,6
Córdoba	129,5
Tucumán	95,6
San Juan	86,2
Buenos Aires	83,5
Neuquén	80,8
Salta	61,8
San Luis	39
Santa Cruz	29,8
Formosa	28,4
Santiago del Estero	26
Chaco	25,9
Entre Ríos	24,8
La Rioja	16,5
Corrientes	8,5
Misiones	7,9
Jujuy	6,8
Tierra del Fuego	0
Río Negro	0
La Pampa	0
Chubut	0
Catamarca	0

Fuente: Elaboración propia sobre datos del INDEC (censo 2001/2010), EPH (2003/2005/2007) y DADSE.

son Mendoza, Santa Fe, CABA y Córdoba; las de menor uso pertenecen en general al norte del país, con excepción de Salta y Tucumán, que cuentan con niveles intermedios (Tabla 2). Estas diferencias revisten la más importante asociación estadística encontrada (OR 24,3; IC 11,0-56,3) cuando se comparan los extremos de la Tabla 2 (Mendoza supera por más de 20 veces a Jujuy) y son mayores que las registradas cuando se consideran todos los financiadores o cuando se

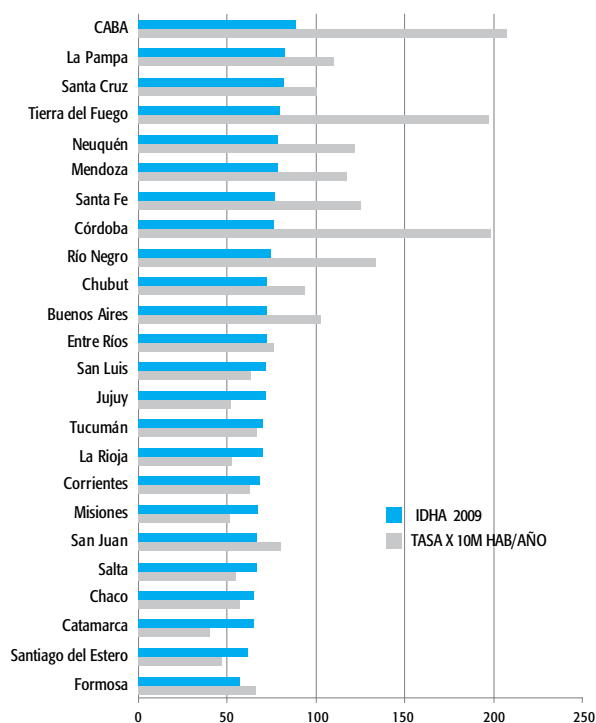
analiza la población con seguro de salud.

Finalmente, para explorar la posible influencia del grado de desarrollo diferencial por provincia considerando todos los financiadores, se efectuó un ordenamiento de las jurisdicciones según el Índice de Desarrollo Humano Ampliado (IDHA).⁷ Como era previsible, se observó una tendencia de mayor nivel de uso en aquellas provincias con IDHA más alto (Gráfico 3).

DISCUSIÓN

El estudio sobre la accesibilidad diferencial a los servicios médicos entre grupos poblacionales permite caracterizar las barreras de acceso que influyen negativamente en la morbimortalidad. Ciertos tratamientos de alta complejidad como el TCPH son muy onerosos, y el pago a nivel particular resulta imposible sin caer en riesgo de catástrofe económica.⁸ En estos casos, las entidades financiadoras de salud juegan un papel sustancial y constituyen la única fuente viable. Si se tienen en cuenta los cuatro aspectos de la accesibilidad a la salud (administrativo, económico, cultural y geográfico), las entidades en cuestión están involucradas de manera directa en los dos primeros: son responsables de ofrecer una gestión y un financiamiento que garanticen tratamientos adecuados y oportunos. En el análisis de la accesibilidad, la tasa de utilización por beneficiario y por año es el indicador más adecuado para efectuar comparaciones entre unidades poblacionales; se trata de un cociente, con la cantidad de trasplantes como numerador y la totalidad de la población como denominador, que permite comparar grupos de distinto tamaño. En contraposición, la expresión en números absolutos o porcentajes, a pesar de ser una práctica frecuente en algunos organismos oficiales, no muestra niveles diferenciales de utilización. Dado que el TCPH

GRÁFICO 3. Tasas de uso de TCPH por 10 millones estimadas por año, por provincia, para todos los financiadores, ordenadas por el Índice de Desarrollo Humano Ampliado (IDHA). Década de 2000.



Fuente: INCUCAI, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

es indispensable para el tratamiento de enfermedades hematológicas graves y que sus indicaciones se encuentran estrictamente pautadas por consensos de las sociedades científicas (lo cual hace poco probable la sobretutilización), se tomó como referencia a los países con mayor nivel de uso. Según Grathwohl,⁶ Francia y Alemania alcanzan los 400 T/10M/año, mientras que Argentina apenas superó los 110 T/10M/año a lo largo de la década de 2000. Esta gran diferencia puede deberse a que el nivel de utilización del trasplante de CPH está fuertemente asociado a la cantidad de equipos médicos disponibles.⁶ En el caso de Argentina, donde existe una oferta reducida de estos efectores, la densidad de equipos alcanza a 7 por cada 10 millones de habitantes, mientras que en Alemania es de 13. Además, el 80% se ubican en el área metropolitana de Buenos Aires y la ciudad de La Plata, y el 20% restante está distribuido en Córdoba, Santa Fe y Rosario. La relativa escasez y la extrema concentración geográfica de los equipos de trasplante podrían tener influencia en la accesibilidad. También hay que considerar que la mayoría de estos prestadores son de carácter privado y representan entidades con fines de lucro, lo que agrega potenciales trabas al acceso. Por otra parte, Argentina cuenta con un menor desarrollo e integración de los sistemas de atención médica y de cobertura en relación con los países de Europa Central, lo que podría determinar un nivel inferior de uso.

En cuanto a las asimetrías entre los financiadores con

estructura de seguro y sin ella, se verificó que el nivel de utilización de la población asegurada por APE era similar al de la población bajo cobertura estatal a cargo de la DADSE y el EFTO. Esto contribuye a contradecir una creencia bastante difundida acerca de la menor eficacia del Estado. Las poblaciones de condiciones socioeconómicas asimétricas (integrada o no integrada al trabajo formal, de ingresos mayores y previsibles o ingresos bajos y variables) aparecen equiparadas en la accesibilidad porque el Estado suple de manera destacable la desventaja social. Estos datos permiten cuestionar el difundido concepto de "población sin cobertura", que hace referencia a quienes carecen de seguro de salud pero son financiados por los Estados. Sería más conveniente hablar de "cobertura estatal".

Cuando se escrutan las asimetrías entre las tasas de uso de la APE respecto del resto de seguros de salud agrupados, se observa una gran predominancia de estos últimos. Es posible que en este conjunto de financiadores existan algunas entidades con circuitos administrativos de mayor agilidad, requisitos más flexibles para realizar el trámite, menor cantidad de rechazos de cobertura y mayor capacidad de reclamo de los usuarios (vinculada tal vez a una mejor situación cultural y económica), que expliquen su ventaja en el nivel de utilización. También es probable que algunos seguros ajenos a la APE presenten tasas muy altas, que traccionan el indicador del grupo hacia arriba. Del mismo modo, dentro de APE existen obras sociales con muy bajo nivel de uso, que determinan una tasa inferior.

Especial atención merece lo que ocurre cuando se desagregan las tasas de utilización dentro de la APE según la obra social. Se presentan enormes desigualdades entre estas entidades, sobre todo si se considera que el ente financiador final es el mismo. La explicación más plausible del fenómeno radica en el propio mecanismo de financiamiento del SNOS. En primera instancia, cada obra social autoriza y paga el trasplante a la institución efectora; posteriormente, la APE reintegra el monto a la obra social. Es probable entonces que la heterogeneidad de los circuitos de tramitación influya en los niveles diferenciales de utilización. Quizás el menor uso en algunas de las entidades se deba a requisitos formales de difícil cumplimiento, rechazos por diferencias de criterio entre el médico tratante y la auditoría médica de la obra social o procesos administrativos lentos. Estos hallazgos indicarían la necesidad de cambiar la modalidad administrativa para lograr una utilización más homogénea mediante un financiamiento directo de la APE, capaz de centralizar la autorización y el pago del trasplante a los equipos médicos efectores.

Cuando se comparan las tasas de utilización por jurisdicción, las asimetrías se profundizan particularmente en la población de financiación estatal, lo que pone en evidencia la insuficiente coordinación con la DADSE para obtener financiamiento. Estas diferencias en las tasas de uso podrían deberse a las asimetrías existentes en la estructura y la función de la atención sanitaria, en el sistema de cobertura y en la heterogénea calidad del circuito destinado a tramitar la

demanda. Aunque no hay una relación directa, cabe pensar que las jurisdicciones con mayor desventaja social según el IDHA tienden a expresar menores niveles de utilización.

El análisis de las entidades financiadoras no incluidas en la muestra ("seguros ajenos a la APE") permite hacer algunas reflexiones interesantes para futuros estudios. Si se cotejan las empresas de medicina prepaga conformadas por población de mejor situación económica⁹ con la seguridad social nacional, podría estimarse la relación entre ingresos, tipo de cobertura y accesibilidad. Por otra parte, también cabría establecer comparaciones dentro del grupo de las obras sociales de las distintas jurisdicciones, cuyas poblaciones comparten el atributo de ser trabajadores formales de los Estados locales. Debido a la dependencia hacia estas estructuras burocráticas y las diferencias reveladas por el IDHA, el análisis comparativo podría poner en evidencia posibles desigualdades y propiciar sus cambios. Finalmente, sería conveniente estudiar la población que cuenta con coberturas múltiples, ya que dicha situación también tiende a generar desigualdades en la accesibilidad a los tratamientos.

En general, los hallazgos coinciden con estudios anteriores sobre el impacto de los procedimientos administrativos en la accesibilidad. En los EE.UU., algunos autores han señalado una marcada asimetría en el acceso al trasplante de órganos sólidos por parte de las personas de raza negra y por quienes no disponen de cobertura de salud.¹¹ Aunque hay menos investigaciones específicas, el sesgo demostrado para los órganos sólidos también se encuentra en el caso de los TCPH. El análisis de Mitchell⁵, por ejemplo, reveló que entre 1988 y 1991 el acceso al TCPH en EE.UU. presentó restricciones a los pacientes de raza negra y a quienes disponían de coberturas estatales. También se determinó que los pacientes con Medicaid (un seguro estatal) tenían menos probabilidad de acceder a un trasplante que quienes disponían de cobertura privada. Los hallazgos de Gajewski² son coincidentes respecto de las limitaciones que impone el sistema público en EE.UU., en particular en la selección del paciente candidato al trasplante. Estos autores hacen un valioso aporte a la identificación de los obstáculos en las instancias de aprobación de la práctica y analizan en profundidad las ventajas y desventajas de los modelos de contrato entre prestador y financiador para los servicios de alto costo. La complejidad de los mecanismos generados a partir de la introducción de financiadores complementarios, contratos de reembolso por eventos catastróficos, etc. puede conspirar contra un procedimiento administrativo eficiente y oportuno, que permita la realización del trasplante en un tiempo aceptable. Por otra parte, los pacientes de los organismos financiadores de salud (HMO, según su sigla en inglés) estadounidenses parecen tener un acceso restringido a las prestaciones de alto costo por la demora en los procedimientos de aprobación y por criterios de selección excesivamente rígidos.⁵

Sobre la base de los resultados, las diferencias encontradas en el nivel comparativo entre países, entre jurisdicciones, entre población con financiamiento estatal/de seguro y entre

obras sociales del sistema nacional podrían considerarse inequitativas según la conceptualización de Whitehead,¹⁰ ya que son evitables e injustas. Podrían prevenirse mediante una mayor integración del sistema de atención y del sistema financiador, en un marco donde la homogeneización de los procedimientos para otorgar la cobertura puede ser clave; y pueden considerarse injustas porque establecen diferencias en el ejercicio del derecho a la salud entre grupos poblacionales.

Un problema relevante detectado durante el procesamiento y el análisis de los datos es su insuficiencia cuantitativa y cualitativa. En todas las instituciones estudiadas, se revela la necesidad de que los entes de financiamiento perfeccionen sus sistemas de registro. A pesar de estas falencias, la investigación realizada demuestra que es posible efectuar un análisis provisorio para evidenciar las diferencias entre subpoblaciones y determinar la probabilidad que tienen de acceder a una práctica de alta complejidad y costo.

Los resultados y reflexiones de este trabajo podrían extrapolarse parcialmente a la accesibilidad a otros tratamientos médicos (por ejemplo, ciertas neurocirugías, cirugías cardiovasculares, procedimientos endovasculares y trasplantes de órganos sólidos vitales), ya que tienen en común el alto costo, la alta complejidad y la necesidad de un ente financiador eficaz para su realización oportuna.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Estos hallazgos pueden estimular el trabajo dentro de las entidades financiadoras para optimizar los procedimientos administrativos de otorgamiento de la cobertura, con el fin de minimizar la influencia negativa sobre las oportunidades de acceso.

En el caso del SNOS, las asimetrías encontradas motivan a evaluar que el financiamiento se realice directamente por la APE para que el trámite sea homogéneo en criterio y oportuno en tiempo, para la totalidad de afiliados al sistema.

En cuanto a las diferencias interjurisdiccionales de la población con cobertura estatal, se podría uniformar la tramitación de la demanda mediante la constitución de acuerdos formales en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) entre Nación y las jurisdicciones. También sería conveniente nominalizar esta población y constituir un padrón, que permita una gestión más ágil de la demanda y la conexión informática con otras entidades financiadoras.

La escasez y la concentración de los centros de TCPH sugieren que es necesario instalar nuevos equipos con criterios de regionalización, especialmente estatales, en aquellos hospitales públicos con servicios de hematología bien constituidos.

Se podría establecer una red interconectada entre la instancia responsable de la autorización del trasplante de cada ente financiador y el INCUCAI, a fin de supervisar el procedimiento de aprobación de la práctica para garantizar su realización en un tiempo aceptable.

A mediano plazo, podría alentarse un proceso de generación de un fondo financiador común para trasplantes y otras prácticas médicas de alta complejidad y alto costo.

De este modo, con aportes de los actuales financiadores, se ofrecería cobertura a todos los ciudadanos argentinos, independientemente de su pertenencia a seguros de salud o al sistema estatal. Esto permitiría aprovechar las ventajas de escala económica en los casos de contratos con entidades privadas, unificaría los criterios de aprobación de las prácticas en un sólo ente, facilitaría el monitoreo de la eficacia de la institución, etc. El Ministerio de Salud de la Nación debería ser el impulsor de estas medidas dirigidas a lograr una mayor equidad horizontal, acompañado por la Superintendencia de Servicios de Salud como principal entidad a cargo de un

gran volumen de población.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este trabajo puede ser complementado mediante proyectos de investigación adicionales dirigidos a suplir sus limitaciones, especialmente en lo que se refiere a la necesidad de medir el grado de participación de otros determinantes sociales (como nivel de instrucción e ingreso monetario) y biológicos (como el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, las comorbilidades y la adherencia a tratamientos previos a la práctica del trasplante).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: María Fernanda Sansoni es consultora médica de la Administración de Programas Especiales (APE), una de las instituciones estudiadas. Patricia Gramajo, Irina Dozo y Luis Migueles son consultores médicos de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), otra de las entidades estudiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ INCUCAI, Memoria. Registro de donantes de CPH: 8-10, 2011.
- ² Gajewski JL, Foote M, Tietjen J, Melson B, Simmons A, Champlin RE. Blood and marrow transplantation compensation: perspective in payer and provider relations. *Biol Blood Marrow Transplant*, 2004; 10:427-32.
- ³ Johansen KA, Schneider JF, McCaffree MA, Woods GL. Council on Science and Public Health, American Medical Association. Efforts of the United States National Marrow Donor Program and Registry to improve utilization and representation of minority donors. *Transf Med*, 2008; 18(4):250-9.
- ⁴ Grathwohl A, et al. Economics, health care system and utilization of haematopoietic stem cell transplants in Europe. *British Journal of Hematology*, 2002; 117:451-468.
- ⁵ Mitchell JM, Meehan KR, Kong J, Schulman KA. Access to bone marrow transplantation for leukemia and lymphoma: The role of sociodemographic factors. *Journal of Clinical Oncology*, 1997; 15:2644-2651.
- ⁶ Grathwohl A, Baldomero H. The EBMT activity survey 2008 impact of team size, team density and new trends. *Bone Marrow Transplantation*, 2010; 1-18.
- ⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, 2010; 176.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal, 2010; 28:45-48,58-59.
- ⁹ Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud en Argentina, 2005; 10-26.
- ¹⁰ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992; 22:429-445.
- ¹¹ Alexander GC, Sehgal AR. Barriers to cadaveric renal transplantation among blacks, women and the poor. *JAMA*, 1998; 280:1148-1152.