Integración de la cobertura de Enfermedades Catastróficas.

Dr. Enrique E. Rozenblat

Se han propuestos numeroso cambios, definidos por diferentes grupos, para el Sistema de Salud de nuestro País. Dentro de los cambios inovativos y creativos que proponemos se han trazado numerosos objetivos. Uno de los más importantes es:

INTEGRAR Y CENTRALIZAR EN EL ESTADO EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

La de este objetivo en particular, su misión será consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a un conjunto de patologías de baja prevalencia y alto costo. Todas y todos los argentinos que padezcan estas enfermedades recibirán la asistencia y tratamiento acordes al estadío de la misma, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia. Esto es uno de los resultados que se busca: La Equidad.

Enfermedades catastróficas se caracterizan por poner en riesgo la vida de las personas y por tener un alto costo, baja incidencia y que demandan un volumen creciente de recursos.

La Organización Mundial de la Salud define como catastróficas a las enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado.

Numerosos países han desarrollado reformas referentes a estas enfermedades, tomando en cuenta que el alto costo influye en forma negativa, no solo en las personas, las familias, la población sino también en las Organizaciones de Salud de los tres subsectores que conforman el Sistema de Salud Argentino. De acuerdo a la situación actual de nuestro Sistema, es necesario implementar los mecanismos para esta centralización, ya que de no hacerlo aumentará la crisis y sé desfinanciarán los servicios de salud, ya sean públicos, privados o de la Seguridad Social, que significa el aumento de la mortalidad y morbilidad, y disminución de la calidad de vida.

Si bien la discusión se ha centrado en la cobertura de las enfermedades catastróficas, este es un problema que afecta al mundo privado y público, que no han avanzado en la implementación de las soluciones, con la velocidad que las necesidades de la población requieren. En general, estas patologías, en parte, se expresan en el subsector privado en elevado co-pagos, altos gastos de bolsillo, mientras en el sector público generan colas, restricciones, aumento de los gastos, en detrimento de otras acciones de salud. Y en todos los subsectores, en un aumento en los insumos, en conflictos, y perdida en la calidad de atención.

Como ejemplo de reformas podemos nombrar:
Méjico, Chile, Uruguay, Costa Rica, USA,, Colombia, Canadá, y países del Área del Caribe, para señalar, solamente los que representan nuestra Región.
La financiación para este tipo de enfermedades no puede sustentarse través de co-pagos que salen del bolsillo de la población, de reintegros a las Obras Sociales, del presupuesto hospitalario, o del pago de cuotas. Hay numerosas formas de financiamiento para el tratamiento de este tipo de enfermedades a través del estado, como por ejemplo separar del presupuesto de salud a estas enfermedades, y financiarlas a través de impuestos con asignaciones universales cruzadas, ya sean nacionales, provinciales y/o municipales, incorporando en este financiamiento global el PROFE, APE, y las diferentes asignaciones en manos del Estado.
Los modelos de priorización, para su correcta aplicación del enfoque social y económico de los problemas de salud, deben reflejar apropiadamente el impacto de las enfermedades en los grupos económicamente menos favorecidos, así como los gastos de diagnóstico y tratamiento que ocasionan en los servicios de salud. Así se garantiza la eficiencia y la efectividad del gasto en salud, válido tanto para sociedades en desarrollo, como para las más desarrolladas
En ese sentido, el modelo de atención para las EC -título tercero bis de la Ley General de Salud de México-, supone el financiamiento solidario, mediante recursos provenientes del estado nacional y las entidades federativas, mediante una aportación equivalente al 8 %

de las cuotas y aportaciones y que se destinan a la integración de un fondo común: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC.)
Las Enfermedades Catastróficas podían ser eliminadas del PMO. Con estas y otras medidas se diminuirá el gasto, que podría volcarse al resto de las prestaciones, y a la tecnología apropiada, y aliviaría a los sectores carenciados y con falta de accesibilidad.

La implementación, a grandes rasgos, deberían considerar: protocolos, listado de enfermedades, pool de tratamiento y equipos de salud, comités de seguimiento, de calidad, de control, y un proceso de desarrollo gradual, a los que deberían agregarse otras que surjan de propuestas racionales Esto debe ser obligación del estado, consensuado a través de debates, y acuerdos con todos los sectores sociales y políticos, dentro del ámbito de Salud.

DEBEMOS SEGUIR EN LA TAREA DE PENSAR, REALIZANDO CAMBIOS CUYOS OBJETIVOS SEAN DIRIGIDOS A LA EQUIDAD, ACCESIBILIDAD, INTEGRALIDAD, Y SALUD DE LA POBLACIÓN, Y NO INSISTIR EN REAFIRMAR MODELOS QUE HAN FRACASADO, Y QUE ACTUALMENTE SON HISTORIA ANTIGUA.
LA DEMOCRATIZACIÓN DEL SISTEMA, LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, EL MANEJO DE UNA POLÍTICA DE SALUD QUE TOME COMO CENTRO LA EQUIDAD, LOS DERECHOS HUMANOS, LAS NECESIDADES DE SALUD, QUE ES EL CENTRO DEL COMIENZO DEL DEBATE, LLEVARÁ A ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE SE DESEAN ALCANZAR.