

¿Fondo o seguro?

Federico Tobar

Este espacio tiene el propósito de revisar la ingeniería de las respuestas que queremos construir frente a las enfermedades catastróficas. La disyuntiva del título preanuncia cuales son las dos grandes alternativas que hemos identificado. Pero antes de empezar a discutir las ventajas y desventajas de instrumentar un fondo o un seguro para dar respuesta a las enfermedades catastróficas propongo, a manera de prólogo, un análisis político de las enfermedades catastróficas que se centra en revisar qué significa “enfermedad” y qué significa “catastrófica”.

Luego plantearé un modelo para evaluar las alternativas, para finalmente detenernos en el análisis de las ventajas y desventajas de un fondo o un seguro.

Construcción política de las enfermedades catastróficas

La enfermedad solo existe cuando se la nombra. Se la designa, cuando se la identifica. Cuando es bautizada (como rito iniciático para su incorporación en la sociedad). Antes que eso suceda no hay enfermedad, es solo fatalidad. Hay padecimiento, hay muerte, pero al no ser nombrados son, por definición, ignominias.

Nos equivocamos si consideramos que nombrar la enfermedad es una cuestión exclusivamente médica. La medicina tiene una función indelegable en la investigación científica de la enfermedad, en el desarrollo, prueba y validación de protocolos para su diagnóstico y tratamiento. También en la investigación epidemiológica para la evaluación de su impacto. Pero la presentación en sociedad de la enfermedad requiere mucho más que eso.

Requiere el reconocimiento de su relevancia que solo se concreta cuando la enfermedad es incluida en la agenda de políticas públicas. Podríamos decir que la investigación médica es la partida de nacimiento de una enfermedad, pero el documento de identidad solo lo obtiene cuando esta es contemplada dentro de una política. Cuando comienza a haber respuestas sociales organizadas frente a ese padecimiento, a esa amenaza.

Las conquistas que hemos logrado en términos de salud de la población no son solo consecuencia directa del avance científico. Son, en mayor medida, resultado de nuestras formas de organización social. De cómo vivimos, como trabajamos, como nos relacionamos entre nosotros y con el ambiente. Uno de los avances más relevantes de la

salud pública durante los últimos cincuenta años se expresa en el surgimiento y la adopción del enfoque de determinantes sociales de la salud.

Entonces, la salud que hemos conseguido es una conquista social. Su mantenimiento y mejora involucra representaciones simbólicas, pautas de interacción entre los agentes, reglas de transacción, premios y castigos. Promover, prevenir, tratar, curar, pero también incentivar, vigilar y castigar.

Un segundo avance muy significativo de la salud pública durante los últimos cincuenta años ha sido la enunciación y progresiva incorporación de políticas basadas en evidencias. Avanzamos desde la medicina basada en evidencias hacia las políticas basadas en evidencias. Y eso requiere combinar y articular diferentes herramientas:

- a) la investigación sobre efectividad clínica,
- b) la investigación epidemiológica para evaluar impactos de cada patología y determinante sobre la carga de enfermedad,
- c) evaluaciones económicas para vincular la efectividad de un tratamiento o la utilidad de una respuesta con los costos económicos que involucra,
- d) relevamientos comparativos de las respuestas que se implementan en cada país para su análisis y clasificación (benchmarking),
- e) y la sistematización de todas estas evidencia para la formulación de escenarios alternativos de respuestas a las enfermedades. Por ejemplo, para comparar y discutir soluciones como un fondo o un seguro de enfermedades catastróficas.

La revisión de la última evidencia disponible es condición necesaria, pero no suficiente para generar cambios en salud. Podemos asumir el enfoque de determinantes sociales, podemos identificar a través de la revisión de evidencias, cuales son las respuestas posibles y adecuadas a una enfermedad o problema de salud y aun así no generar ningún cambio. Porque lograr respuestas es una construcción política. No es científica ni es técnica. Es predominantemente política.

Entonces, las respuestas a las enfermedades catastróficas son respuestas políticas. Que se pueden y se deben fundamentar y hacer robustas con el apoyo de evidencias, pero que se construyen como un discurso que se enuncia, se escucha, se acepta y cambia nuestras formas de relacionamiento y de organización.

La respuesta a una enfermedad se consagra cuando se consolida en el derecho a salud. Los Derechos son una definición esencial y universal de lo que esperamos con relación a algo. Si queremos que un riesgo de salud sea reducido o evitado para toda la población, necesitamos que el mismo se consagre como un derecho. Pero ahora ya no se trata solo de enunciarlo sino de concretar las transformaciones para que una respuesta (que ha sido

identificada y en el mejor de los casos, evaluada y basada en evidencias) se haga universal. Los derechos son siempre universales, sino son prebendas, privilegios de algunos.

Durante la última década hemos asistido una proliferación de legislación garantista en salud. Un conjunto de leyes obligan a las obras sociales y prepagas a cubrir un conjunto de prestaciones más o menos evaluadas. En otros casos, cuando no hay evidencias para sustentar esas leyes, son los jueces quienes dictaminan la cobertura de un tratamiento. Me atrevo a postular que esto no ha constituido la construcción del derecho a la salud. Si, han cambiado reglas de juego pero, en la gran mayoría de los casos, no proveen las mejores respuestas para todos sino algunas respuestas para algunos.

El adjetivo “catastróficas” alude a las consecuencias económicas de esas enfermedades. Significa que quienes las padecen o quienes las financian lo van a pagar muy caro. En algunos casos lo van a pagar cayendo en la pobreza, en otros en la quiebra. En otros, lamentablemente padecen y mueren sin llegar al diagnóstico, en la ignominia. Pero es muy claro que, aún sin ser contagiosas, las enfermedades catastróficas de unos pocos afectan, amenazan las respuestas en salud para todos.

En conclusión, buscamos respuestas a las enfermedades catastróficas con un enfoque de derechos. Esto significa que sean universales y que apunten a lograr la mejor respuesta para todos.

Cómo evaluar las respuestas a las enfermedades catastróficas

¿Qué significa la mejor respuesta? Propongo que debemos considerar tres dimensiones para evaluar las respuestas a las enfermedades catastróficas: a) ¿Cómo contribuyen la sostenibilidad de la respuesta y del sistema de salud? , b) ¿cómo afectan la gran variación en la calidad de la atención de estas enfermedades? y c) ¿cómo aportan a la equidad en el acceso, la financiación y los resultados de salud?.

Hay un conjunto de herramientas para gestionar los riesgos catastróficos de salud que brindan respuestas concretas en cada dimensión. Por ejemplo agregar a la población generando un pool de riesgo así como captar economías de escala en la contratación de servicios médicos y en la adquisición de medicamentos y medios de diagnóstico son poderosas herramientas para aumentar la sostenibilidad de la respuesta a las enfermedades catastróficas. Más poderoso aún sería generar un monopsonio para contratar y comprar. Y en el caso de las adquisiciones de medicamentos de alto costo, que representan más del 75% del costo de las enfermedades catastróficas, sería muy poderoso poder establecer precios de referencia internacional para evitar que algunos productos

biotecnológicos se sigan vendiendo en el país a precios muy superiores a los que se venden en otros países (tanto de mayores como de menores ingresos que el nuestro). Una tercera herramienta para promover la sostenibilidad sería implementar un sistema de pago modulado a los prestadores que desincentive la sobreprestación. Y una cuarta medida consistiría en establecer un registro único de beneficiarios evitando así doble cobertura y doble prestación (o más probablemente: doble facturación de las prestaciones y medicamentos de alto costo).

Entre las respuestas para promover una calidad homogénea de la atención y reducir la variabilidad de la práctica clínica, se puede mencionar la evaluación de tecnologías a ser incorporadas, tanto con criterios de efectividad clínica como de costo efectividad. También, y en forma vinculada, la definición de protocolos para diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades y la generación de registros clínicos uniformes que permitan el seguimiento de todos los casos tanto para controlar la calidad de la atención como para retroalimentar la evaluación y la generación de evidencias clínicas incorporando a todo el universo de pacientes atendidos en un trial continuo. Pero, en mi opinión, la medida más poderosa para contribuir a la calidad y a la seguridad de la atención sería la acreditación de prestadores en función de necesidades sanitarias (de modo de evitar la sobreoferta) y de requisitos de seguridad.

Pero lo más importante es contribuir a la equidad de las respuestas y en ese sentido las herramientas a emplear pasan por ampliar la cobertura y el acceso tanto como se pueda apuntando a la universalidad. Y también buscando la financiación más solidaria y progresiva posible. Es decir, asumiendo la definición de equidad como el sistema donde cada uno contribuye en función de sus posibilidades y recibe prestaciones en función de sus necesidades.

Alternativas en la ingeniería de las respuestas a las enfermedades catastróficas

Las herramientas mencionadas se pueden implementar en forma aislada o combinada. Se las puede instrumentar con mayor o menor cobertura poblacional y con una financiación más integral y amplia o más acotada y restringida.

Quisiera contemplar tres grandes alternativas de respuesta que son la constitución de un fondo de catastróficas, un seguro único o un sistema de aseguramiento frente a los riesgos catastróficos.

El fondo funcionaría como un reaseguro en el cual el responsable primario por contratar y financiar las prestaciones son los agentes actuales que intervienen en la financiación de

salud: obra sociales, prepagas, mutuales y gobiernos provinciales. El fondo les reembolsaría sus gastos catastróficos, como lo hizo la APE en su momento y el SUR luego en el caso de las obras sociales nacionales.

El fondo, a su vez, podría emplear prácticamente todas las herramientas mencionadas como evaluación de tecnologías, protocolos, acreditación de prestadores, pago modulado. Además reúne el pool de riesgos adecuado. Resultaría más difícil, aunque no imposible, desde un fondo de reembolso el adquirir en forma centralizada todos los medicamentos e insumos. También, al mantener múltiples agentes de contratación es más difícil evitar que subsistan múltiples estándares de atención y calidad.

Un seguro nacional de enfermedades catastróficas no solo emplearía todas las herramientas, también implicaría una discriminación positiva de estas enfermedades. Brindándoles un tratamiento diferencial justamente porque afecta en gran medida la sostenibilidad, la calidad y la equidad del sistema de salud. En otras palabras, un seguro nacional implicaría sacar estas enfermedades del PMO porque habría un esquema único con prestadores públicos y privados previamente seleccionados y acreditados que cobrarían un monto prefijado por sus cuidados de ese seguro. Como sucede en el Uruguay, las obras sociales, prepagas ni el subsector público correspondiente harían cargo de financiar directamente las prestaciones de alto costo. Su preocupación se centraría en un garantizar un diagnóstico adecuado de los casos (según protocolos) para cumplir con las condiciones de elegibilidad del seguro. Tampoco resultarían imputables en demandas judiciales por la cobertura de dichas prestaciones ya que el seguro sería el responsable.

Una tercera alternativa, muy diferente a las dos anteriores, sería constituir un mercado de aseguramiento con múltiples entes brindando cobertura frente a las enfermedades catastróficas. Esto sería hacer con las enfermedades catastróficas un modelo similar al que se implementó con los riesgos de salud del trabajador en el caso de las ART. Aunque también en esta tercera alternativa se podrían implementar muchas de las herramientas mencionadas para gestión de los riesgos catastróficos, en mi opinión, este tipo de alternativas incrementaría los costos de transacción en el sistema de salud sin contribuir a la equidad. En otras palabras, sería aprovechar para inventar un nuevo negocio con las enfermedades catastróficas.

Conclusión

Hemos identificado los problemas y las respuestas. Tenemos evidencias y lecciones aprendidas de la experiencia internacional. Sabemos que tanto un fondo como un seguro, en la medida que apunten a la universalidad de la cobertura, constituyen respuestas

apropiadas. También sabemos que una vez instrumentada una de estas alternativas, es posible pasar a la otra sin costos económicos, sanitarios ni políticos significativos.

La cuestión no es como hacerlo. La cuestión no es por cual alternativa empezar. La cuestión es cuando empezamos y con quién. Quien está dispuesto a comprometerse en construir soluciones adecuadas para todos los argentinos frente a las enfermedades catastróficas.

La cuestión es si el gobierno (actual o futuro), si los candidatos para el poder ejecutivo y legislativo van a querer aportar ese milagro que hace falta que se llama voluntad política para construir el derecho a la salud.