



CREAR UN SISTEMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Se sancionó el decreto reglamentario de la ley de regulación de la medicina prepaga con un texto tímido que no intenta solucionar los problemas que generan los defectos de la ley. En el número anterior de los Enfoques de Política Sanitaria se trató el tema de la imposibilidad de comercializar planes parciales y como solucionarlo. En esta nota se presenta una propuesta de solución a la cobertura de las preexistencias: un sistema nacional universal de cobertura para los medicamentos de muy alto costo.

Recientemente fue sancionado el *Decreto N° 1993/2011* reglamentario de la ley de medicina prepaga. El decreto ahonda en detalles, incorpora abundante burocracia, y no aporta algo superador a lo que ya estipula la propia ley. Nada dice –por ejemplo– respecto a la posibilidad de incorporar planes parciales, que sería una necesaria solución a uno de los principales defectos que tiene la ley (el defecto es la injustificada rigidez a que sólo puedan comercializarse planes integrales, lo que impone un elevadísimo costo sobre los consumidores que son quiénes deben afrontar el pago de los planes privados).

Sin embargo, con una mirada propositiva corresponde destacar el reconocimiento que el decreto reglamentario hace al otro gran problema de la ley, que es, la prohibición de excluir de la cobertura de los planes de salud a las enfermedades preexistentes.

Las enfermedades preexistentes son aquellas que las personas contrajeron con anterioridad a afiliarse a un plan privado de salud. Desde el punto de vista de la técnica del seguro, cuando la afiliación es voluntaria, los hechos preexistentes deben quedar excluidos del contrato, caso contrario las personas tendrán conductas oportunistas tendiendo a adquirir el seguro sólo cuando la enfermedad ocurre; si todas las personas se comportan de la misma manera, los seguros de salud quiebran. La ley de regulación de las coberturas de salud prepagas, con mucho de voluntarismo y poco de seriedad técnica, prohíbe la exclusión de las preexistencias.

La verdad es que si el sistema público de salud funcionara razonablemente, no habría problemas en que los seguros privados excluyeran de la cobertura a las preexistencias. La gente, en el sistema público, tendría cubiertas las enfermedades que no se aseguró oportunamente por medios privados. El problema en la práctica es que muchas veces la gente debe apelar al sistema privado (pagando de manera directa de su propio bolsillo) a buscar lo que el sistema público le



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

promete, pero finalmente no le concede. Por eso, la población le demanda a los legisladores prohibir que las preexistencias se incluyan en los planes privados, para ver si puede acceder por medios particulares a lo que el sistema público en los hechos le niega.

Las preexistencias en el decreto reglamentario

El decreto reglamentario, en su *artículo 10°*, aborda el problema señalando que la Superintendencia de Salud determinará las situaciones de preexistencias, y además establece una serie de definiciones muy útiles para entender su naturaleza. Define las preexistencias como de carácter temporario, crónico o de alto costo. Las de carácter temporario son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio, las de carácter crónico son aquellas que, con el nivel científico actual, no se puede determinar una evolución clínica predecible ni tiempo perentorio de alta médica y las de alto costo y baja incidencia son aquellas cuyo tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes.

Estas definiciones son clarificadoras. Sin bien la reglamentación se limita sólo a definir las, y no dice más nada sobre el tratamiento regulatorio que recibirán, el hecho de definir las ya hace un aporte para la instrumentación de posibles soluciones.

Una propuesta para el tratamiento de las preexistencias

Las preexistencias de carácter temporario no presentan complicaciones de relevancia. Como lo señala su definición, al tener tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio, en algún momento la preexistencia desaparece. En este sentido, la reglamentación dice que la Superintendencia autorizará valores diferenciales, por un tiempo determinado, para reconocer el gasto de las prestaciones que la preexistencia exige. En términos simples, las preexistencias temporarias no plantean un problema de envergadura.

Cuando la preexistencia es crónica, la situación es diferente. La cobertura de la preexistencia genera un problema difícil de resolver para el plan de salud si las prestaciones médicas que la enfermedad requiere son de muy alto costo y además permanentes. Lo mismo ocurre con las preexistencias de alto costo y baja incidencia. Al ser muy altos los costos, los valores diferenciales que la Superintendencia puede autorizar nunca van ser suficientes. El problema se potencia cuando se combinan las dos características: las preexistencias, además de ser de alto costo y baja incidencia, son crónicas.

Un punto de partida para formular una solución a la cobertura de las preexistencias es reconocer que el punto neurálgico del alto costo generalmente está asociado al muy alto costo de los medicamentos. Las enfermedades más severas, que la más de las veces conllevan riesgo de muerte, altamente demandantes de recursos económicos para su tratamiento, y que son las que generan los mayores problemas de financiamiento en el sistema público, la seguridad social y los seguros privados conforman un número bastante acotado. Es decir, hay una mala noticia y es que hay enfermedades muy severas cuyos tratamientos son muy caros, pero hay una buena noticia y es que estas enfermedades son pocas, claramente identificables y, además, su alto costo está estrechamente relacionado con el alto costo de los medicamentos.

La experiencia internacional y la teoría sobre políticas sanitarias indican que la mejor forma de brindar cobertura a estas enfermedades es mediante un sistema universal. Es decir, todos –el Estado por los hospitales públicos, las obras sociales y las empresas de medicina privada– deberían aportar a un fondo común desde el que se financian los medicamentos más costosos para cualquier ciudadano argentino que contraiga esta enfermedad.

El fondo común podría llamarse *Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo*. Cubriría los medicamentos específicos para las enfermedades más complicadas que podrían ser, en términos ejemplificativos, las siguientes:

- ✓ *Hipertensión pulmonar*
- ✓ *Mieloma múltiple*
- ✓ *Acromegalia*
- ✓ *Enfermedad fibroquística*
- ✓ *Esclerosis múltiple*
- ✓ *Leucemia*
- ✓ *Hemofilia*
- ✓ *Otras formas de cáncer*

Todas estas enfermedades demandan básicamente los siguientes medicamentos:

- ✓ Remodulin
- ✓ Revlimid
- ✓ Ladevina
- ✓ Somavert
- ✓ Tobi
- ✓ Afinitor
- ✓ Gilenya
- ✓ Tassigna
- ✓ Tobradosa
- ✓ Sprycel
- ✓ Rituximab
- ✓ Glivec
- ✓ Copaxone
- ✓ Factor VIII

Estos fármacos tienen precios que oscilan entre los \$30 mil y los \$63 mil por dosis, ciclo o fase de tratamiento, y en algunos casos superan los \$100 mil pesos.

El listado es meramente ejemplificativo, pudiéndose agregar otras enfermedades cuya característica sea su baja incidencia y el requerimiento de medicamentos

de muy alto costo, y que haya recursos financieros en el fondo común para su financiamiento. En cualquier caso, la incorporación de enfermedades y las reglas de provisión de los medicamentos deben estar sujetas a rigurosos análisis por parte de las sociedades científicas y las universidades de las evidencias disponibles sobre los beneficios demostrables y significativos de los medicamentos.

Un fondo común de cobertura universal requiere, además, de un sistema muy transparente y altamente profesional de indicadores y evaluación de resultados, pautas diagnósticas, criterios de terapéutica y seguimientos clínicos y paraclínicos. Los profesionales tratantes, las instituciones de salud donde se ejecuta la asistencia y los laboratorios que proveen los medicamentos deben estar registrados y ser sometidos a rigurosos procedimientos de control.

De esta forma, en el esquema el fondo común, las personas que sufren una enfermedad del listado

–independientemente de su cobertura– tendrá financiado el medicamento específico de su tratamiento. Cabe aclarar que las personas con estas enfermedades demandan una infinidad de servicios médicos adicionales, como consultas a especialistas, análisis, imagenología, procedimientos diagnósticos, tratamientos del dolor, internaciones, intervenciones quirúrgicas, y otros tipos de medicamentos, servicios que irían todos a cargo de su vía de cobertura (el hospital público, la obra social o la empresa de medicina privada). Sólo el medicamento específico sería financiado por el Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo (*Esquema 1*).

De esta forma, en definitiva lo que se estaría haciendo es recuperar el sentido de seguro universal –no para todo el sistema– sino para un aspecto de la salud altamente sensible y que no se está pudiendo resolver porque no se lo aborda con los instrumentos apropiados. Los medicamentos enumerados ejemplificativa-





Dos aspectos centrales que la reglamentación debe abordar son:

- ◆ la posibilidad de comercializar planes parciales regulando el Artículo 7° de la ley.
- ◆ la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo para atenuar el severo perjuicio económico que provocará la regulación que prohíbe el establecimiento de preexistencias.



mente en esta nota no pueden ser financiados por métodos individuales porque son extremadamente caros. Si el sistema público de salud no puede otorgarlos, por su elevadísimo costo, la solución no pasa por querer forzar a que los seguros privados lo otorguen por el facilista método de prohibir las exclusiones. La respuesta natural de los seguros privados va a ser extremar los métodos de selección de afiliados para evitar tener en enfrentar el costo imposible de uno de estos medicamentos por haber afiliado una persona con preexistencia. La solución de las preexistencias no pasa por forzar a los seguros privados a cubrirlos, sino por construir un sistema de cobertura universal para los aspectos más caros de los tratamientos. Este es el sentido del Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo.

Un antecedente: el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay

El antecedente concreto donde se puede observar la experiencia es Uruguay. Allí la población tiene básicamente los mismos mecanismos de cobertura que en Argentina. Las personas que no tienen seguros de salud acceden a la atención médica por la vía de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que sería como el sistema de hospitales públicos de la Argentina, los que tiene seguridad social acceden a través de las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC), que serían el paralelo a las obras sociales argentinas, y las personas de mayor capacidad adquisitiva lo hace a través de los seguros privados integrales, que serían como las empresas de medicina privada.

En cualquier caso, cuando las personas requieren de los medicamentos específicos de alto costo para las siguientes enfermedades: toxina botulínica, mieloma múltiple, parkinson, enfermedad fibroquística,

esclerosis múltiple, leucemia, hemofilia y cáncer, el Fondo Nacional de Recursos (www.fnr.gub.uy) los financia.

El FNR es un organismo estatal, con autonomía financiera y administrativa, que se nutre de aportes de ASSE, las IMACs y los seguros privados integrales para cubrir a todos los ciudadanos las prestaciones médicas más costosas. Si bien aquí se hace mención a los medicamentos más costosos, el FNR también cubre intervenciones de alto costo como trasplantes, cirugías cardiovasculares y otras más. Sin embargo, el rol más protagónico de los últimos tiempos del FNR en el sistema de salud seguramente viene por el lado de financiar los medicamentos de muy alto costo de las enfermedades más complejas. De hecho, es la nueva tendencia que se observa en el Fondo desde el año 2005.

Conclusión

La ley de regulación de las coberturas privadas adolece de muchos y muy serios defectos, pero de nada vale seguir criticando sino que de cara hacia delante hay que mejorarla a través de la instrumentación. El decreto reglamentario sancionado avanza tímidamente, por ello necesita ser reforzado. Dos aspectos centrales que la reglamentación debe abordar son: a) la posibilidad de comercializar planes parciales regulando el Artículo 7° de la ley –tema que se trató en la anterior nota– y b) la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo para atenuar el severo perjuicio económico que provocará la regulación que prohíbe el establecimiento de preexistencias –tema de la presente nota. Con estos pequeños avances que pueden instrumentarse a nivel de reglamentación se podría avanzar hacia una organización mucho más prolija, eficiente y solidaria del sistema de salud. ■