

Modelo de Fondo de alto costo

Q.F. César Amaro

Investigador Principal de Videnza

Para mí es un honor compartir con ustedes este espacio, y más aún en un ambiente universitario peruano. Aquí, debido al propio ecosistema, tenemos la posibilidad de dialogar, debatir y construir un conocimiento conjunto. Estoy además motivado por la presencia de muchos jóvenes interesados en estos temas, que a veces pueden parecer un poco áridos, pero como han demostrado hoy, son de gran importancia en la realidad actual.

Tengo una presentación en PowerPoint corriendo. Este estudio ha sido auspiciado por Kero Lab y Roche, quienes nos han brindado el soporte necesario para que nuestro equipo, compuesto por economistas, médicos y, en mi caso, como farmacéutico, pueda participar. Está cargando.

Este es el esquema. Avanzaré de manera rápida ya que muchos de los conceptos ya han sido discutidos durante el día. Además, el problema está claro. Por lo tanto, explicaré este contexto de manera concisa. Somos un país con un crecimiento demográfico, pero estamos envejeciendo, lo que plantea desafíos significativos para el futuro. Además, contamos con una población mayoritariamente urbana e informal, lo que establece un perfil específico. Los últimos datos sobre carga de enfermedad, analizados esta mañana, muestran claramente que enfrentamos una alta incidencia de enfermedades no transmisibles. Esto, como se ha mencionado, es un gran desafío para nuestro país.

Desde el lado de la demanda, el cáncer es un reto significativo debido a su carga de enfermedad. En cuanto a la oferta, que se encuentra al lado derecho, nuestro país tiene un modelo centralista, algo que vivimos a diario. Por ejemplo, el INEM, que es un centro de alta complejidad, recibe una gran demanda de todo el país. La pandemia añadió un estrés adicional al sistema y, en particular, al INEM. Lima, como muestran los datos, tiene una alta concentración de recursos y especialistas, lo que provoca que ciudadanos de lugares remotos acudan a ciudades como Chiclayo o Lima en busca de atención médica. Esto es particularmente relevante en el caso del cáncer.

Además, en relación con las enfermedades de alto costo y huérfanas, existe un problema real. Se estima que hay más de 6,000 diagnósticos acumulándose gradualmente a nivel global. Aunque hay un registro nacional con poco más de 1,000 personas, se cree que hay miles más aún no identificados en nuestro país. En comparación con Uruguay, que es un modelo interesante a considerar, la cantidad asignada para estas enfermedades en nuestro país es insuficiente.

¿Qué significa esto? A nivel global, la OMS (Organización Mundial de la Salud) establece la necesidad de cubrir enfermedades no transmisibles, en respuesta a este cambio demográfico global. El Acuerdo Nacional establece la política pública en relación con la cobertura en salud, un esfuerzo que el país ha venido realizando desde hace años y que aún está en proceso de completarse.

La ley, que es coherente con la meta de alcanzar una cobertura universal en salud, establece este esquema. Actualmente, nos encontramos en este modelo, lo que plantea desafíos que aún no hemos superado.

En particular, se discutió en la mañana sobre la Ley Nacional de Cáncer. El Dr. Pérez, en su calidad de gobernador, nos relató la agenda interna. Esta es una decisión política que ha generado tensiones entre el ejecutivo y el legislativo. El INEN tuvo un rol muy protagónico, y es necesario reconocerlo. Como ciudadano común, creo que debemos superar esas diferencias y trabajar juntos. El rector de esta universidad ha reconocido la importancia del INEN como entidad altamente especializada en el aspecto prestacional. Desde esa perspectiva sistémica, debemos avanzar hacia una agenda nacional. Lo digo

con el mayor respeto hacia las autoridades presentes y creo que es crucial que esa ley sea implementada.

Este es un modelo de gestión que, en mi opinión, también debe ser discutido. Luego, la ratificación de esa ley con un mayor detalle por parte del Congreso, así como todo el marco regulatorio relacionado con las enfermedades raras y huérfanas de nuestro país, que es ambicioso y aún está en proceso de definición.

En este contexto, proponemos algunas soluciones preliminares. Partimos de la premisa de que, basándonos en la evidencia, queremos poner el tema en la agenda. Ya hemos analizado el problema y no necesitamos repetir lo que ya hemos identificado. Aquellos de nosotros en el campo de la salud lo vemos todos los días, y los ciudadanos lo experimentan en sus carencias y necesidades diarias. Queremos destacar un problema sanitario que nos afecta y que, como mencionaba el profesor hace unos minutos, tiene un impacto catastrófico en el individuo y su familia.

En esta línea, hacemos una revisión rápida de posibles soluciones. Un primer tema discutido en el equipo es establecer lo que en Perú se conoce como "IAFAS", que son las instituciones que administran fondos de aseguramiento en salud, es decir, los financiadores. En Perú, y lo digo rápidamente, ya contamos con un aseguramiento nominal. Prácticamente todos tenemos un seguro de salud. El último dato de "Su Salud" indica que el 98.7% o 98.8% (si no recuerdo mal) de los peruanos están asegurados. En términos de afiliación, se nos identificó con base en el DNI, gracias a la colaboración entre RENIEC y "Su Salud".

Entonces, en la política pública, contamos con un seguro nominal. Así, el 98.8% de los peruanos tiene seguros. Prácticamente todos contamos con un seguro, ya sea por el SIS (Sistema Integral de Salud) o por el seguro social, EsSalud. En esa red, ya sea del CIS o de EsSalud, estamos asegurados 98 de cada 100 peruanos. Sin embargo, como todos sabemos, es un aseguramiento nominal.

No contamos con una cobertura financiera y prestacional efectiva. Esto implica que el derecho al aseguramiento universal, que es una política de estado, no se materializa en la realidad. Ustedes en Chiclayo lo saben bien. No solo los ciudadanos de esta región, sino también aquellos del corredor Nororiental del Marañón, incluyendo regiones como Cajamarca, Amazonas, Loreto y la zona norte del país, no tienen acceso a una oferta de salud adecuada.

Ahora, me toca analizar el tema de alto costo. Aunque no hemos concretado la implementación del seguro universal, ahora enfrentamos un desafío adicional: las enfermedades de alto costo.

Algunos podrían pensar que este no es un tema prioritario, pero lo menciono con total transparencia. Aún no hemos resuelto el desafío de la atención primaria de salud, un concepto esencial que, lamentablemente, ha sido malinterpretado.

El fondo de alto costo no es un concepto aislado; es complementario y necesario. Las enfermedades de alto costo, como el cáncer, tienen un impacto catastrófico y pueden devastar familias. Por lo tanto, es imperativo que el país inicie un debate sobre este tema.

En esta presentación y estudio, buscamos contribuir a ese debate, discutiendo el modelo, su legitimidad, sostenibilidad y cómo este esfuerzo puede contribuir al nuevo modelo de salud que necesitamos implementar. Esta mañana, escuché al Dr. Pérez del gobierno regional, quien criticaba, con razón, la ineficiencia del estado. Aunque hay recursos disponibles, no se están utilizando de manera óptima. Además de la financiación, hay un problema de gestión que también debe ser abordado en este debate.

Un primer enfoque que sugiere la teoría es tener un "seguro de segundo piso" o reaseguro. Hace un momento, un profesor explicó este concepto. Básicamente, es similar a los seguros como el CIS o EsSalud, por mencionar ejemplos concretos.

Un primer tema que la teoría plantea es la necesidad de tener un seguro de segundo piso o reaseguro. Actualmente, se contrata una póliza a una reaseguradora, una empresa aseguradora cuyo principal talento no es gestionar lo cotidiano, sino asumir el riesgo del alto costo.

Este esquema tiene tanto ventajas como desventajas.

- Una ventaja es que el recurso está específicamente orientado a ese riesgo, es decir, hay una decisión económica de reservar fondos para cubrir ese riesgo.
- Un segundo punto a favor es que puede generar una relación beneficiosa en la que los seguros del primer piso se incentiven a activar la prevención, evitando así un mayor gasto en el segundo piso.
- Un tercer aspecto es que, al contar con un fondo de esta naturaleza, se tiene autonomía para dirigirlo y, además, se enfrenta el polémico tema de la adquisición de tecnologías sanitarias innovadoras. Es esencial que las prestaciones costosas incluyan estas tecnologías. En todos los países, este es un tema que debe ser analizado detenidamente.

Perú, en este aspecto, ha avanzado en los últimos años. Hace poco, se implementó en el Sistema Nacional de Salud la red RENEXA, que cuenta con un área dedicada a la evaluación de tecnologías sanitarias. Aunque este sistema aún está en sus primeras etapas, es crucial que la red pueda garantizar que las tecnologías que ingresan al sistema sean coste-efectivas y no comprometan la sostenibilidad de los recursos destinados.

Sin embargo, este modelo también tiene desventajas. En nuestro país, y siendo honestos, aún carecemos de las capacidades necesarias para gestionar este tipo de estrategias. Además, no contamos con datos suficientes. Es una crítica constructiva y autocrítica, ya que también he sido parte del estado durante años.

No hemos dado el salto necesario para construir sistemas robustos en el sector público, especialmente en el ámbito del MINSA y las regiones. Saludo a las regiones que, por iniciativa propia, están adoptando modelos electrónicos. No hacerlo sería un grave error. Como simple ciudadano, afirmo que no hay razón para no hacerlo. EsSalud, a pesar de sus dificultades, ya ha avanzado en esta dirección en los últimos años. Necesitamos datos para gestionar adecuadamente, manejar riesgos y tener una base racional para la financiación.

Un segundo enfoque, más clásico, es tener un pliego presupuestal. En este caso, una entidad pública cuenta con un crédito presupuestal asignado por ley y gestiona esos recursos periódicamente.

- Las ventajas son que cuenta con el respaldo del aparato público, lo que brinda tranquilidad en la gestión.
- Las desventajas son que no hay un fondo específico, lo que hace que el recurso no sea intangible. Esto establece una ruta clásica de ejecución de recursos que se repite año tras año. Además, existe el riesgo de que los incentivos no estén alineados.
- Para que los prestadores actúen conforme a reglas orientadas a la búsqueda de eficiencia, existe sin embargo el riesgo de que la parte administrativa demore demasiado en acuerdos y compras necesarias.

Para concluir esta fase de la presentación, es importante mencionar el tema de temporalidad. Reconocemos que el país aún no cuenta con competencias nacionales robustas e interoperables para gestionar los datos necesarios. Esta es una gran limitación en la actualidad.

Los fondos de alto costo ya existen en otros países. Lamentablemente, por razones de trabajo, no pude escuchar la ponencia de la experta chilena que nos acompaña. Sin embargo, en Latinoamérica, hay experiencias significativas en este ámbito.

Por ejemplo, Uruguay cuenta con un fondo consolidado que ha mejorado con el tiempo. Colombia, con su modelo de aseguramiento, también avanza hacia la cobertura universal. En Chile, la ley Ricarte Soto comenzó enfocándose en tecnologías costosas y ahora está madurando hacia un enfoque de aseguramiento y cobertura universal. En México, existe el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI).

En Perú, actualmente hay dos proyectos de ley para crear fondos de alto costo. Lo que hemos hecho en Vidensa es un análisis aplicando una metodología definida por Transparencia para iniciativas legales de alto impacto. Describimos ambos proyectos de ley que están en comisiones.

En ambos casos, el objetivo principal es :

- eliminar progresivamente el gasto catastrófico por diagnósticos y tratamientos de alto costo.
- Es relevante que ambos proyectos hablen de fondos intangibles.
- Se define el tratamiento de enfermedades de alto costo, incluyendo medicamentos, dispositivos médicos y otros necesarios.
- Uno de los proyectos también menciona procedimientos médicos y sanitarios, lo que le da una ventaja sobre el otro.
- El funcionamiento se basa en una entidad de segundo piso que gestiona el fondo de alto costo, con un cargo per cápita por asegurado.
- Es válido preguntarse sobre el costo real de esta prima, una cuestión aún no resuelta en el estudio.
- El aporte de las vías públicas es obligatorio, y las vías privadas pueden establecer convenios voluntarios.
- Se establece una cobertura mínima, que es la que actualmente tienen los asegurados.

En el ámbito de salud pública, es esencial mencionar que hemos trabajado principalmente con la cobertura FISAL. En relación con los recursos asignados en ambos proyectos legislativos, a menudo decimos que "el cielo es el límite". Estos recursos abarcan primas de inversiones, subvenciones, donaciones y aportes voluntarios. Aunque estos recursos se ejecutan en el marco de un proyecto de ley, sabemos que el principal elemento de financiamiento está vinculado a la prima que paga el ciudadano de a pie.

En el caso del CIS, es el Estado peruano quien asume el costo. Los planes de cobertura se diseñan a partir de un factor único de alto costo, que actúa como un umbral para activar el seguro. Además, se realiza una evaluación científica rigurosa para determinar qué debe cubrir este seguro. Existen diferencias sutiles en cómo se actualizan estos planes en diferentes contextos.

Un aspecto crucial es cómo se determina este factor único de alto costo. En un escenario, se considera un porcentaje promedio de los ingresos anuales de una familia típica. En otro, se evalúa el gasto catastrófico que representaría un riesgo significativo de empobrecimiento para muchas familias.

Hemos realizado un ejercicio que evidencia una brecha de financiamiento para el tratamiento de ciertas enfermedades. Para este análisis, hemos considerado lo que cubre el FISAL y hemos obtenido información de la seguridad social, fuerzas armadas, policiales y del CIS. Además, hemos aplicado criterios basados en guías clínicas y costos predefinidos para estimar esta brecha. Es importante aclarar que esto es una estimación y no un dato absoluto.

Adicionalmente, hemos proyectado cómo podríamos cubrir esta brecha en diferentes escenarios.

- En el primer escenario, asumimos un crecimiento anual del 1.5% del presupuesto público destinado a alto costo, reduciendo la brecha en 10 años.
- En el segundo, un incremento optimista del 10% reduce la brecha en 8 años.
- Finalmente, en el escenario más optimista, un aumento del 10% anual en todos los gastos del sistema permitiría cerrar la brecha en 5 años.

Estas proyecciones son teóricas y sirven como herramienta para la toma de decisiones.

Hemos realizado un análisis que estamos dispuestos a compartir y discutir con aquellos interesados, especialmente con el equipo de economistas de VIDENZA. En este análisis, hemos estimado un déficit de financiamiento para el tratamiento de ciertas enfermedades. Para ello, hemos considerado lo que cubre el fiscal y hemos obtenido información de la seguridad social, de las fuerzas armadas y policiales, y obviamente, también del fiscal y del CIS. Además, hemos aplicado criterios basados en guías de práctica clínica y costos ya establecidos para obtener un valor estimado. Es importante aclarar que esto es una estimación, no un dato concreto.

Queremos destacar nuevamente la urgencia de atender este tipo de enfermedades debido a su impacto catastrófico. Hemos identificado tres retos concretos:

1. **Fomentar el diálogo** entre los actores involucrados en enfermedades de alto costo. La academia es un espacio ideal para abordar este tema.
2. **Promover la investigación** y desarrollo de tratamientos asequibles y efectivos. Nuestro país cuenta con un modelo de petitorio y elección de tecnologías sanitarias que, a mi juicio, es obsoleto. Renetza podría dar un importante paso adelante en este aspecto.
3. Realizar un mayor **esfuerzo a nivel ciudadano** para informar y concienciar sobre el impacto de estas enfermedades. Esto también brinda respaldo político al proceso y le otorga legitimidad social.

Consideramos que hay pasos esenciales a seguir.

- **Primero**, es necesario una fase de transición. Existe una brecha de competencias y de datos, y el contexto actual necesita claridad en roles y soluciones. El estado debe recuperar capacidades previamente existentes. Por ejemplo, desde mi perspectiva profesional, veo que la oferta se ha convertido en un problema que se ha agudizado en los últimos años debido a la inestabilidad política del país. Hay un gran desafío para los gestores para mejorar la gestión de la compra de tecnologías, entre otros temas.
- **Como segundo paso**, en realidad, enfrentamos una reforma aún pendiente en nuestro país: es esencial tener claramente definidas las funciones de prestador y financiador. En el caso del seguro social, tenemos un antiguo desafío sin resolver. Existe un "libro blanco" en la herramienta de gestión de salud, que es el plan institucional, claramente planteado. Sin embargo, no hemos tomado la decisión política de abordar esta tarea esencial.

Siempre menciono un tema que, aunque no es de alto costo, considero relevante discutir. En salud, por ejemplo, en Lima, teníamos las UBABS, que eran un modelo público-privado. Bajo este esquema, ofrecíamos servicios privados que incentivaban al prestador a garantizar una cobertura sanitaria mínima. Era un modelo económico que, según nuestras evaluaciones, resultó ser coste-efectivo en términos de calidad.

Lamentablemente, en 2021, por razones que aún no comprendemos del todo, este modelo se discontinuó. Como resultado, en Lima, al menos cerca de un millón de asegurados han regresado a la oferta de primer nivel, que es limitada en las ciudades, con todas las implicaciones que esto conlleva.

Finalmente, quiero abordar un tema de gran importancia y urgencia: las capacidades de esta índole en el sector público. Hemos realizado un ejercicio al respecto en nuestro equipo y estamos dispuestos a compartirlo con la academia y con todos ustedes. De hecho, estamos dispuestos a discutir el estudio con un mayor nivel de detalle. CROLAP ha expresado su interés en que esta información sea de dominio público, permitiendo así un diálogo basado en datos y la construcción de conocimiento en esta dirección. Con eso, concluyo mi intervención y les agradezco profundamente su atención.