

Lecciones internacionales para el sistema de salud

¿Cómo diseñan, ajustan e implementan sus planes de beneficio algunos de los países que han decidido proveer servicios de salud con recursos públicos? Úrsula Giedion y Adriana Pulido hacen una evaluación internacional y proponen lecciones para Colombia.

Giedion es economista de la salud, tiene quince años de experiencia internacional como consultora en instituciones como Bitrán y Asociados (Chile), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la CEPAL. Pulido, por su parte, es médico de la Universidad del Rosario en Bogotá, tiene una maestría en salud internacional y diez años de experiencia en gestión e investigación en el sector salud. Las dos realizaron, en 2007, un estudio para el Ministerio de la Protección Social sobre los sistemas de salud de varios países que, como Colombia, tomaron la decisión de proveer servicios de salud a sus ciudadanos y financiarlos con recursos públicos. Revisaron la experiencia de Israel, Chile, México, Holanda, Nueva Zelanda, el estado de Oregon —EE.UU.— y el programa Medicare —también en EE.UU.—. Analizaron, entre otros aspectos, las diferentes opciones para presentar, diseñar y modificar el catálogo —plan— de beneficios en salud; los criterios de inclusión y exclusión de servicios; y las dificultades que presenta la carencia de información. Su trabajo arroja, entonces, unas lecciones importantes para Colombia, máxime cuando la urgencia de una modificación del sistema de salud nacional es incuestionable.

Cómo definir el paquete de servicios

Si algo ha demostrado la experiencia internacional es que no existen criterios absolutos a la hora de diseñar y definir el paquete de servicios en salud. Las estrategias para elegir los

tratamientos, patologías y medicamentos que serán cubiertos han sido muy variadas y, con frecuencia, se han modificado a través del tiempo. Sin embargo, parece que hay un factor recurrente en todos los procesos estudiados por Giedion y Pulido: el consenso.

Si bien un paquete producto de la concertación no garantiza el éxito del sistema de salud, es altamente probable que uno que

Si bien un paquete producto de la concertación no garantiza el éxito del sistema de salud, es altamente probable que uno que carezca de ésta fracase estrepitosamente.

carezca de ésta fracase estrepitosamente. En Israel, por ejemplo, la decisión última está a cargo del Comité asesor público nacional, cuyos miembros son nombrados por los ministros de Salud y de Hacienda de ese país. No obstante, las decisiones que adopta dicho comité han sido propiciadas por una participa-

ción más amplia: todos los actores involucrados —hospitales, médicos, aseguradoras, pacientes, etc.— tienen la posibilidad de solicitar la inclusión de algún servicio en particular.

Chile, por su parte, ha hecho suyo el lema “El AUGE lo define la sociedad chilena”,¹ lo cual ilustra la importancia de los acuerdos sobre el tema en ese país. Nueva Zelanda creó una institución dedicada exclusivamente a recopilar las opiniones y necesidades de los ciudadanos, y el estado de Oregon, en EE.UU., involucró a sus habitantes mediante encuestas y grupos focales. Fue tal el éxito de esta última empresa que, a pesar de ser uno de los pocos casos en que ha sido posible excluir explícitamente ciertos servicios del plan de beneficios, el apoyo del público se ha mantenido, sin debilitarse, desde el principio

¹ AUGE (Acceso universal con garantías explícitas) es la sigla con la que Chile ha bautizado su plan de beneficios.

El verdadero consenso es aquel que logra reflejar los valores de la sociedad como un todo, incluso cuando éstos no son los mismos que revelaría un análisis de costo-efectividad.

—su lista de priorización nunca ha sido cuestionada por prestadores ni por usuarios—. Pero no se trata únicamente de coincidir en una serie de patologías que serán cubiertas; el verdadero consenso es aquel que logra reflejar los valores de la sociedad como un todo, incluso cuando éstos no son los mismos que revelaría un análisis de costo-efectividad.

Otra herramienta importante que sirve como punto de partida para la discusión es el estado de salud de los potenciales beneficiarios. Ello fue especialmente relevante en Chile, donde se identificaron unas enfermedades prioritarias cuyo tratamiento se garantiza. La elección de dichas patologías tuvo en cuenta los índices de morbilidad y mortalidad de la población, así como el impacto de la enfermedad en términos de magnitud —porcentaje de chilenos afectados—; trascendencia o gravedad —preferencias de los usuarios—; y efectividad del tratamiento. Así, una enfermedad sería catalogada como prioritaria —esto es, tendría garantía de cobertura, tratamiento, oportunidad, calidad y financiamiento— si presentaba alguno de los siguientes elementos: alta carga para el paciente —en términos de calidad de vida y financiamiento—; alta importancia para los usuarios; o alta vulnerabilidad de los enfermos.

Como se ve con el ejemplo chileno, la priorización es un proceso de filtraje, negociación e interacción en el que participan múltiples criterios. Aunque no existe una lista taxativa de puntos a considerar, sí es recomendable establecer públicamente y con claridad cuáles serán los raseros que determinarán la inclusión en el plan de beneficios. En algunos casos, la lista de prioridades se establece sin tener en cuenta la carga financiera que representa, lo cual se evalúa con posterioridad.

También es posible optar por una alternativa como la del sistema neozelandés, en donde no hay un establecimiento de prioridades a nivel macro —es decir, no existe una lista positiva o negativa de intervenciones—, sino que la evaluación se hace a nivel micro, según cada caso e intentando responder a la pregunta de ¿qué tipo de paciente deberá recibir un tratamiento específico?

Independientemente del listado de patologías que cada país decida incluir dentro de su plan de beneficios, la experiencia internacional muestra que la calidad de los servicios es mucho más alta en aquellos lugares donde se cuenta con protocolos médicos que guían los tratamientos. Por supuesto, dichos

lineamientos se construyen con base en información científica de punta, pero con conciencia de las limitaciones presupuestales y de capital —físico y humano— de cada Estado.

Principales lecciones aprendidas

1. Es posible establecer un proceso estandarizado y claro para la inclusión y exclusión de servicios.
2. La priorización para definir qué se incluye en un plan de beneficios no depende de criterios únicos ni universales.
3. Esta priorización no es un proceso dicotómico, es conveniente incluir matices y estudiar casos particulares.
4. El consenso social es un elemento fundamental del éxito de los sistemas de salud.
5. El apoyo político y social debe buscarse —y conseguirse— antes de iniciar el proceso de diseño de los planes de beneficio.
6. El criterio técnico, por sí solo, es insuficiente.
7. La información y las herramientas de obtención de la misma deben mejorarse.
8. Los procesos de priorización siempre generarán controversia, de ahí la necesidad de definir procesos de modificación.
9. La evidencia es sesgada y cambia con el tiempo. Los planes de beneficios no pueden ser estáticos.
10. Un sistema de salud debe incorporar, además de la prestación de servicios, la atención de otras áreas que influyen directamente en el bienestar de la población —saneamiento ambiental, servicios públicos, educación y prevención—.



Universidad de los Andes

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Notas de Política



Documentos PAG



EGOB – revista de asuntos públicos



Consúltelas en línea:
<http://gobierno.uniandes.edu.co>

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES PERSONERÍA JURÍDICA:
RESOLUCIÓN No. 28 DEL 23 DE FEBRERO DE 1949, MINJUSTICIA

Modificaciones, ajustes, cuestionamientos

El diseño de cualquier plan de beneficios debe contemplar, en su estructura, sus propios métodos de modificación. No solo porque los valores de la sociedad cambian con el tiempo, sino porque la ciencia médica es dinámica y el desarrollo de nuevas tecnologías es constante. Además, siempre cabe la posibilidad de que ciertos grupos de interés ejerzan presión y reivindiquen su derecho a ser incluidos en los tratamientos prioritarios —es lo que ha ocurrido en Chile con la Asociación de odontólogos, con los médicos especialistas en nutrición o con las asociaciones de pacientes de enfermedades como la fibrosis quística—.

En Israel, por ejemplo, la incorporación de nuevas tecnologías no se hace de manera automática, sino que los candidatos a inclusión se identifican con la participación de todos los actores del sistema. Una vez ello ocurre, se realiza una evaluación rápida de filtraje, se recogen datos para comprobar la pertinencia del tratamiento para la población y, finalmente, la modificación es aprobada o rechazada por el Comité asesor —conformado por representantes de los ministerios de Salud y Hacienda—.

En Oregon, por su parte, los ajustes al plan de beneficios, cuando se trata de casos de actualización médica, dependen de la consulta de expertos. Éstos, sin embargo, deben justificar su decisión a luz de varios criterios definidos consensualmente: impacto en años de vida saludable y en sufrimiento, efectos en la salud pública, vulnerabilidad de la población afectada, efectividad y necesidad de servicios.

Las modificaciones, entonces, tienen lugar en todos los casos estudiados. Su éxito depende, en buena medida, de los criterios y procesos definidos para adoptar los cambios. Éstos, ya se sabe, no pueden limitarse a consideraciones técnico-científicas o políticas; es indispensable un verdadero trabajo de sinergia y diálogo con protagonismo de la opinión pública.

Los procesos de diseño de la canasta de servicios de salud y los mecanismos para su modificación no son, en ningún caso, proyectos coyunturales. Las decisiones al respecto no deben ser apresuradas, justamente por la incorporación de un número tan grande de variables. La experiencia internacional constata esta información. No basta con afirmar que el sistema está en crisis y que necesita modificaciones urgentes —incluso suplantaciones absolutas—; se requiere, para garantizar el éxito de la cobertura y los servicios prestados, un estudio sopesado, riguroso y democrático. Colombia está en mora de hacerlo. **E**