

Documentos PAG

Análisis de problemas colombianos

Programa de Alto Gobierno



Universidad de
los Andes

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

En temas relacionados con la salud y con los sistemas que la regulan, siempre se habla mucho de la necesidad de rendir cuentas.

Pues bien, lo que voy a hacer a continuación es, en parte, rendir cuentas. Rendir cuentas en nombre de la Universidad de Harvard y de la responsabilidad de los que, como parte de esa Universidad, trabajamos en el diseño y la implementación de las políticas que vieron la luz en los primeros años de la Ley 100.

Desde 1994 he trabajado con Colombia. Empecé con un proyecto para la implementación de la Ley 100 y el sistema que se creaba con ella. Personalmente, era muy optimista acerca del modelo que estaba siendo desarrollado por Juan Luis Londoño y que se materializaba en la ley mencionada. Sin duda se trató de una reforma significativa, se rompieron barreras y se estableció, de manera fuerte, un nuevo sistema de salud. Tengo que decir que uno de los aspectos en los que, desde el principio, vimos una dificultad fue en el propósito de unificar los dos regímenes —subsidiado y contributivo— y sus paquetes de beneficios. Con todo, teníamos la esperanza de que la unificación fuera posible; sin embargo, ello no se logró pues tuvieron lugar varios procesos que no habíamos previsto.

Dos de esos procesos fueron las modificaciones en los subsidios y la imposición de limitaciones presupuestales. Tampoco consideramos lo que realmente significaba abrir una serie de instituciones financieras —como las EPS— y la facilidad que tienen estos organismos para resistir el cambio. En EE.UU., por ejemplo, nadie cuestiona el hecho de que existan compañías de seguro privadas y las compañías mismas están tan seguras de ello que es casi imposible pensar en una modificación. Es lo que ocurre —en Colombia y en EE.UU.— cuando se crean instituciones fuertes que, además, están ligadas a intereses económicos.

En una visita reciente que hice con algunos colegas con quienes trabajé en Colombia, pudimos concluir que la implementación de una reforma significativa en el sistema va a ser algo muy complicado, pues se han creado entidades políticas y económicas que no se verían beneficiadas con las posibles modificaciones. He ahí la importancia de pensar con cuidado y con una visión de

largo plazo a la hora de tomar decisiones y aventurarse a hacer cambios drásticos. Es fundamental medir, con antelación, sus posibles efectos.

En esta oportunidad me gustaría referirme un poco al problema del paquete de beneficios y al establecimiento de prioridades allí, pues creo que esa es la dificultad más crítica de Colombia—y de la mayoría de países del mundo—. Las preguntas centrales tienen que ver con cómo podemos racionalizar el cuidado; cómo podemos hacerlo de manera justa, legítima y sostenible; y cómo podemos satisfacer las necesidades con los limitados recursos disponibles. Creo que es evidente que nunca tendremos los recursos para cubrir las necesidades reales y potenciales en salud y bienestar; EE.UU. gasta más del doble del porcentaje del PIB que gasta Colombia en salud y, aún así, es un monto insuficiente. De manera que es fundamental encontrar una forma razonable de limitar la demanda de los servicios de salud. Ahora, ¿cómo hacerlo?

La mayoría de países se ven obligados a realizar una elección no muy agradable entre las formas implícitas y explícitas de racionalizar el cuidado. Las explícitas son las que excluyen claramente algunos productos y servicios. Es el caso de Colombia con el POS: si el medicamento —o el servicio— no está cubierto, el paciente tiene que pagarlo de su propio bolsillo u olvidarse de éste. En otros países la restricción es implícita, aparentemente el sistema lo cubre todo, pero para poder ser beneficiario de tal o cual servicio o medicamento hay que hacer largas líneas de espera. Es también una forma de racionalizar el cuidado porque, aunque lo ofrezcan todo, es claro que no hay suficientes especialistas ni recursos para, efectivamente, suministrar todos los servicios.

Yo visité Hungría poco tiempo después de la caída del muro de Berlín y aprendí la manera en la que el sistema comunista limitaba implícitamente el cuidado: los miembros del Partido tenían cuartos especiales en los hospitales. También se racionaliza de esta forma cuando algunas personas privilegiadas pagan por mejores seguros —tipo VIP o tarjetas doradas— o cuando se paga para subir puestos en las líneas de espera.

En Colombia lo que hay es, a grandes rasgos, un sistema de restricción explícito. Ello presenta, como es normal, varios inconvenientes. Para muchos —dentro de los que

me incluyo— el problema central es que se generan muchas desigualdades entre los paquetes de beneficios del sistema contributivo y los del subsidiado. Como estos últimos no tienen acceso a los mismos servicios que aquellos, pueden verse obligados a pagar en ciertas ocasiones. La tutela es una opción para mitigar esa brecha, pero no es una solución definitiva y, a largo plazo, deteriora gravemente la sostenibilidad financiera del sistema. Con este panorama, entonces, considero que hay dos opciones básicas para hacer frente al problema de salud.

Para poder tener un paquete de beneficios único e igualado, es necesario quitar parte de los derechos que, hoy día, tienen los afiliados al régimen contributivo. Se trata de la única opción a través de la cual se podrían igualar los servicios con un presupuesto razonable. Las otras formas de equilibrarlo implican la reducción del gasto en esferas críticas para Colombia —tipo seguridad o educación— y ello, claramente, no es una posibilidad real. Es muy difícil aumentar los recursos destinados a la salud reduciendo los de otras esferas; en EE.UU. ha sido imposible hacerlo y creo que en Colombia tampoco se logrará. Sin embargo, quitarle beneficios a los afiliados al régimen contributivo no es políticamente viable en este momento, en especial en época electoral.

En el pasado, cuando Londoño negoció la Ley 100, esta propuesta tampoco tuvo acogida. Definitivamente, no es algo que pueda llevarse a cabo con facilidad. Existe, entonces, otra opción: priorizar dentro del paquete de beneficios, sin excluir servicios ni medicamentos. Se podría, por ejemplo, dividir el paquete en tres grupos de prioridades; una vez se satisfaga la prioridad uno, se podrá pasar a la dos y así sucesivamente. De hecho, existe un ejemplo de propuesta y me interesa comentarlo a continuación.

Me voy a referir al modelo chileno. Mi trabajo en Colombia me ha convencido de que éste es un país muy creativo que ha tomado prestado de otros países algunas buenas ideas —y otras no tan buenas— transformándolas para que estén en sintonía con su realidad. No me interesa afirmar que lo que se debe hacer en Colombia para solucionar el problema de salud es adoptar el modelo chileno, pero considero que es una experiencia

que vale la pena pensar y que puede ser una opción viable para solucionar y enfrentar dificultades.

Pues bien, la alternativa chilena se llama AUGE—acceso universal con garantías explícitas—. AUGE establece cuatro prioridades para el sistema de salud. La primera otorga acceso y cobertura garantizados a 56 problemas médicos dentro de los que hay patologías muy específicas y otras más generales. Estos 56 casos cubren cerca del 70% de la demanda actual en Chile; lo que implica que las dolencias más comunes son atendidas en su totalidad en ese país. Dicho cubrimiento tiene, a su vez, dos componentes cruciales que secundan su éxito. Se trata de tratamientos de la más alta calidad, desarrollados según guías clínicas estrictas basadas en evidencia científica y acuerdos de la comunidad médica chilena. En Colombia, yo he estado trabajando en la elaboración de protocolos similares con la Fundación Santa Fe de Bogotá, con miras al establecimiento de normas de calidad según los más altos estándares.

Del mismo modo, y quizás lo más importante cuando estamos frente a un sistema de cuidado con racionamiento implícito como el chileno, los protocolos que hacen parte del AUGE establecen tiempos máximos de espera para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Algunos de los 56 problemas cubiertos por el sistema se enumeran en el siguiente cuadro:

Problemas crónicos de alto costo:

- Falla renal crónica
- Variedad de cánceres y enfermedades cardíacas
- VIH/SIDA

Problemas comunes de la vejez:

- Cirugía de cataratas
- Prótesis de cadera

Cuidados primarios comunes:

- Enfermedad respiratoria aguda (en menores de cinco años)
- Educación y prevención para la salud oral (en menores de seis años)

Enfermedades mentales:

- Esquizofrenia

Como ya lo mencioné, la calidad en el tratamiento de estos problemas está garantizada según los lineamientos que establece la comunidad médica chilena,

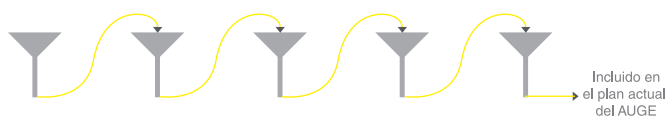
teniendo en cuenta el estado del arte y los recursos disponibles para invertir en salud en ese país. Esto es importante porque no se trata, necesariamente, de los tratamientos de punta; no es el mismo cuidado que se recibiría en países con mayores recursos —EE.UU., Francia, Gran Bretaña—, sino que es uno conforme a las posibilidades chilenas.

Respecto a los límites en los tiempos de espera, lo que se hizo en Chile, primero, fue revisar cuáles eran las enfermedades más comunes y penosas. Con esto, se realizó un análisis de costo-beneficio en el que incluyeron también la disponibilidad científica y financiera para enfrentar estos problemas. Este análisis les permitió filtrar ciertos servicios y establecer tiempos y prioridades realistas que el sistema pudiera atender.

Personalmente, no creo que la única manera de medir el éxito del sistema de salud sea examinando los indicadores. Es también importante, por ejemplo, reducir los riesgos financieros de aquellos que deben pagar de su propio bolsillo para obtener servicios que no están priorizados. Existe un número importante de estudios que demuestra que las personas están dispuestas a entrar en bancarrota para pagar por servicios de salud que no están cubiertos. En Chile, se ha tratado de evitar este problema y ello se debe, en parte, a que hay un consenso amplio acerca de cuáles son las prioridades. Su establecimiento se realizó conforme al proceso que se ilustra a continuación*:

Proceso de establecimiento de prioridades del AUGE

1. Importancia según la gravedad de la enfermedad
2. Alta rentabilidad de los tratamientos disponibles
3. Capacidad real del sistema de salud para suministrar los tratamientos
4. Importancia de la carga financiera para los hogares
5. Consenso social sobre las prioridades

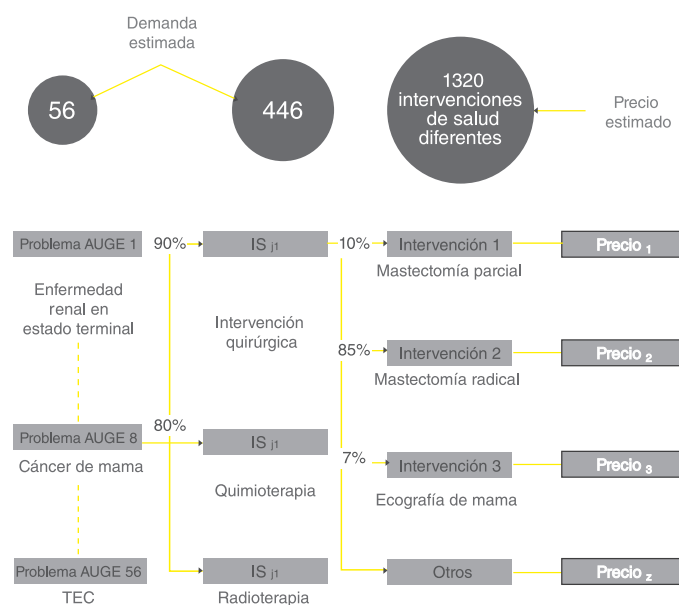


Entonces, primero se establecía la carga de la enfermedad, después se realizaba un análisis costo-beneficio

que permitía establecer la viabilidad financiera de los servicios. Lo interesante es que, cuando dichos servicios se revelaban demasiado costosos no se les eliminaba del sistema sino que no se garantizaban. Sin embargo, si había una relación costo-beneficio alta y se concluía que el costo de la enfermedad era, del mismo modo, considerable, se intentaba conseguir más recursos para incluir el tratamiento dentro de los cuidados prioritarios. Para atender el tema de la sostenibilidad, lo que hizo Chile fue hacer un acuerdo con el Ministerio de Finanzas —a través de una ley— en el que se establecía un tope de dinero disponible para el AUGE, lo que obligaba a que todo se cubriera con ese límite.

Para poder hacer esto, para que un servicio hiciera parte de los 56 garantizados, tenía que comprobarse que se había realizado el análisis financiero pertinente. Tomemos, para ilustrar este proceso, el caso del cáncer de mama:

Métodos de identificación de costos para el AUGE

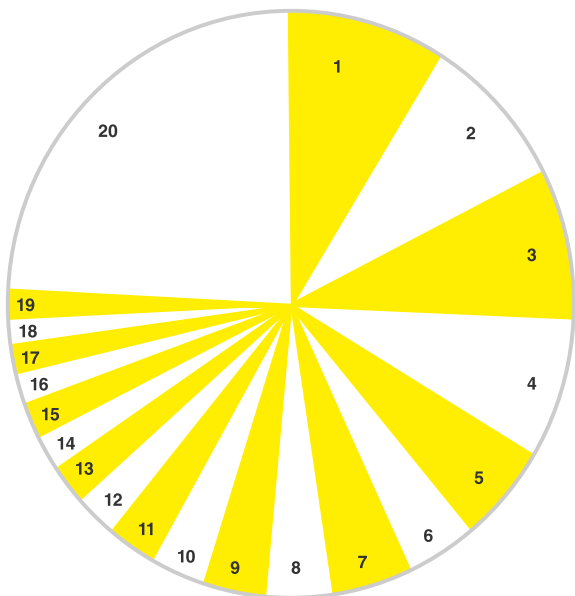


Lo que muestra esta gráfica es que, aproximadamente, el 90% de los casos necesita una intervención quirúrgica; el 80% quimioterapia; y otro tanto radioterapia. Dentro de ese 90% de casos, el 10% requeriría una mastectomía parcial y el 85% una radical. Este cálculo les otorgaba unos precios que ponían en escala y ayudaban a determinar si el servicio sería o no garantizado.

*Agradezco a Ricardo Bitrán, de Bitrán Asociados, por permitirme usar estas gráficas.

La gráfica que sigue a continuación es el resultado general de estos análisis en Chile. No quiero decir que sean las mismas enfermedades que debería asegurar Colombia, pero me parece que da una idea interesante:

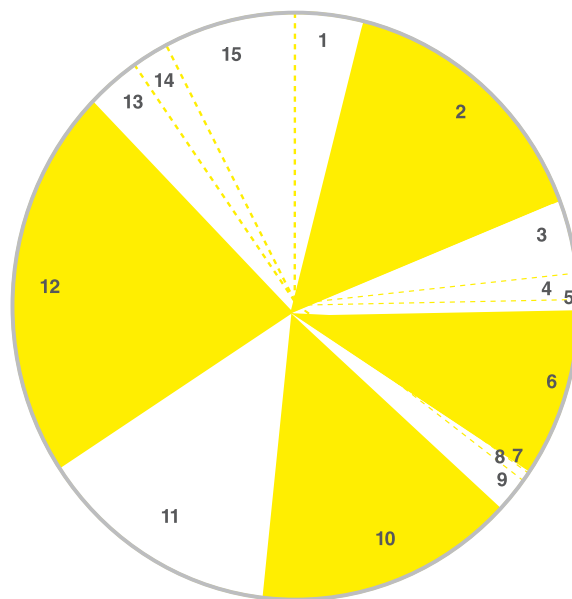
Estructura de los costos del AUGE por tipo de problema de salud



- 1 8,9%-9% Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
- 2 8,5%-9% Insuficiencia renal crónica-etapa terminal
- 3 8%-8,3% Depresión en mayores de 15 años
- 4 7,9%-8% Diabetes mellitus tipo II
- 5 5%-5,2% Síndrome de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA
- 6 4%-4,3% Hipoacusia en adulto mayor de 65 años
- 7 4%-4,2% Traumatismo encefalo-craneano
- 8 3,9%-4% Hiperplasia benigna de la próstata
- 9 3,6%-4% Urgencias odontológicas
- 10 3,1%-3% Retinopatía diabética
- 11 2,7%-3% Accidente vascular encefálico agudo
- 12 2,6%-3% Artritis reumatoide
- 13 2%-2,3% Tratamiento quirúrgico de cataratas
- 14 1,9%-2% Colectomía preventiva de cáncer de vesícula
- 15 1,9%-2% Prematuridad - Retinopatía del prematuro - Hipoacusia del prematuro
- 16 1,8%-2% Asma bronquial
- 17 1,6%-2% Artrosis de cadera leve y moderada en mayores de 60 años; artrosis de rodilla leve y moderada en mayores de 55 años
- 18 1,5%-2% Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
- 19 1%-1,5% Trastornos de conducción mayores de 15 años que requieren marcapaso
- 20 24%-24,2% Otros (37 problemas de menos de 1,5% cada uno)

Con esta información, se estableció una estructura de gastos:

Estructura de los gastos en salud del AUGE



- 1 Visitas de atención especializada y de emergencia (4%)
- 2 Hospitalización (14%)
- 3 Exámenes de laboratorio (4%)
- 4 Radiología (1%)
- 5 Medicina nuclear y radioterapia (0%)
- 6 Sala de cirugía (10%)
- 7 Banco de sangre (0%)
- 8 Anatomía patológica (0%)
- 9 Psiquiatría y psicología clínica (2%)
- 10 Otras prestaciones aranceladas (16%)
- 11 Atención primaria de salud (14%)
- 12 Productos farmacéuticos (24%)
- 13 Insumos no arancelados (2%)
- 14 Prótesis y dispositivos ortopédicos (2%)
- 15 Otras prestaciones no aranceladas (7%)

Como se ve, una porción significativa se destinó a los fármacos (24%); otra hizo lo propio con las visitas de cuidados de salud primarios (14%); y el mismo porcentaje se destinó a la hospitalización de pacientes. Es importante precisar que todos estos gastos se hicieron dentro de los límites establecidos para tal efecto—un porcentaje del PIB de Chile que es similar al monto que gasta Colombia en salud—. Podría pensarse que, al priorizar, todas las instalaciones, recursos y seguros van a reducir sus servicios a las patologías seleccionadas; sin embargo, al menos para el caso

chileno, eso no es lo que ha ocurrido. El AUGE consume únicamente el 36% del presupuesto de salud, de manera que hay suficiente dinero para

invertir en aquellos procedimientos y cuidados que no están garantizados.

Vale la pena aclarar que el sistema que he venido describiendo funciona para las aseguradoras públicas y para las privadas. Éstas últimas cubrían, desde antes, casi todas las enfermedades cuyo tratamiento garantiza el AUGE, así que el cambio no fue demasiado drástico. Para las públicas, en cambio, el efecto fue muy significativo.

Cuando diseñamos el programa temíamos que los médicos rechazaran los protocolos. Creíamos que era posible que sintieran que estos lineamientos eran una imposición sobre el derecho que tenían de tomar decisiones relacionadas con sus pacientes y los cuidados que deberían recibir. No obstante, ello no ha ocurrido y, por el contrario, se han manifestado a favor de los protocolos y de su utilidad. En cualquier caso, hay que precisar que, en realidad, dichos protocolos pueden ser aplicados en clínicas en Santiago, pero en regiones más apartadas —especialmente rurales— es probable que ni los médicos ni los pacientes los conozcan, apliquen o demanden.

Otro temor compartido surgió con la elección de Michelle Bachelet como presidente. Durante su campaña, en 2006, prometió elevar a ochenta el número de patologías cubiertas por el AUGE. Es claro que si una modificación de este estilo se realiza, se reducen las posibilidades de priorizar. Hace poco le pregunté a observadores expertos en Chile sobre este asunto y me contestaron que, aunque todavía estaban debatiéndolo, lo más probable es que realicen unos ajustes menores a los 56 servicios garantizados, de manera que parezca que el número aumentó sin aumentar el costo del programa.

En términos de resultados, todavía no tenemos cifras duras. En 2010 se realizará una encuesta que podrá compararse con una realizada en 2005 y que nos proveerá información acerca del impacto en uso de servicios, gastos en salud e indicadores de salud de la población. Hasta el momento, sabemos pocas cosas. Por

ejemplo, sabemos que el número de cirugías de cataratas ha aumentado exponencialmente y que se han reducido, de forma importante, las muertes por ataque cardiaco. A pesar de los pocos datos, parece que la opinión pública es bastante favorable al AUGE, ello ha generado un aumento en la inversión e, incluso, ha motivado a algunos usuarios a cambiarse del régimen privado al público.

¿Cuál es entonces la relevancia de hablar del modelo chileno en Colombia?, ¿cuáles son las medidas que se podrían adoptar en la coyuntura particular de este país? La primera tiene que ver con el establecimiento de unas prioridades universales, algo así como un paquete de beneficios único que cubriría las contingencias más urgentes. Además de las ventajas en términos de equidad, una reforma en este sentido podría solucionar algunos de los problemas del uso excesivo de la tutela y, políticamente hablando, puede ser más atractivo que quitarle beneficios a quienes los tienen hoy asegurados. Lo que se haría sería, entonces, mejorar la calidad adaptando los protocolos y racionalizar implícitamente mediante el establecimiento de líneas de espera.

No obstante, existen también algunos riesgos si se avanza en esa dirección. Las líneas de espera perjudicarán a algunos y darán la sensación de una pérdida de prerrogativas; ello hace que la expansión del programa de prioridades sea una posibilidad que podría menguar la calidad de los servicios y su efectividad. Una de las formas de evitar esta ‘desviación’ es establecer límites presupuestales para los cuidados garantizados.

Otra dificultad particular al contexto colombiano es la relación con las EPS. Es fundamental encontrar una forma en la que se les exija a estas entidades que asuman otros servicios que no hacen parte del listado de prioridades. Lo que considero que debe hacerse es un estimado en dinero del posible costo que tendrían estos cuidados y, a partir de ahí, negociar. Se necesitará una solución creativa para enfrentar esta situación.

Para terminar, quiero reiterar que no pretendo afirmar que lo que se debería hacer es adoptar el modelo chileno. Colombia es un país reconocido por su creatividad y estoy seguro de que pueden apropiarse de algunas ideas y experiencias y producir alternativas viables e interesantes que contribuyan a la solución de sus problemas. Espero que las ideas sobre el modelo chileno que he esbozado sean útiles en esta empresa. **PAG**