

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**¿CUÁNTO LE CUESTA A COLOMBIA NO
INVERTIR EN PREVENCIÓN? LA CARGA
ECONÓMICA DE LAS ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES DE ALTO COSTO**

Presentado por Lizbeth Acuña. Noviembre 2018.

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
<http://www.iadb.org/es/salud> - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



¿CUÁNTO LE CUESTA A COLOMBIA NO INVERTIR EN PREVENCIÓN? LA CARGA ECONÓMICA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE ALTO COSTO

Noviembre 27, 2018

Presentado por **Lizbeth Acuña**.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG



Cuánto le cuesta a Colombia no invertir en prevención? La carga económica de las enfermedades crónicas

Lizbeth Acuña M
Directora Ejecutiva
Cuenta de Alto Costo

Noviembre 27 de 2018

INTRODUCCIÓN

(Min. 00:04:14)

Muchas gracias a los organizadores de este espacio. Para nosotros es muy importante poder compartir esta información para hacer grandes reflexiones de lo que a veces ocurre en nuestros sistemas de salud, pero sobre todo para buscar soluciones que sean efectivas y no solamente con base en las políticas públicas que tenemos definidas en cada uno de nuestros países, sino también en cada uno de nuestros propósitos para ver cómo, siendo partícipes de estos sistemas, podemos contribuir y aportar cada día para que seamos mejores.



Sistema de salud de Colombia



SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

(Min. 00:05:31)

Voy a hacer una explicación, muy rápidamente, del contexto que tenemos en Colombia para poder hacer énfasis en el tema que nos hace reunir hoy. Colombia tiene un sistema de salud que se basa en el aseguramiento, como ustedes saben. Nosotros tenemos dos regímenes para poder operar: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Y nuestro sistema de salud, específicamente, está compuesto por varias instituciones que son adscritas y dos instituciones que son técnicas pero que aportamos grandes cosas al sistema de salud. El Ministerio tiene tres grandes entidades adscritas: la Superintendencia de Salud, el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y el Instituto Nacional de Salud, cada una con unas responsabilidades a cargo. También tiene dos instituciones técnicas que ha creado a partir de varias necesidades y requerimientos de nuestro sistema de salud. Uno es el Instituto de Evaluación de Tecnología. Es de carácter técnico y tiene una estructura mixta pero con una personería jurídica. Y la cuenta de alto costo, por el Ministerio de Salud, pero también por el Ministerio de Hacienda, como un organismo técnico para poder abordar el alto costo del país, aplicando ajustes por riesgo y haciendo medición y evaluación de resultados en la gestión de

enfermedades de alto costo. No somos funcionarios públicos a pesar de estar creados por el Ministerio de Salud. Es un fondo autogestionado que compensa la desviación del alto costo en el sistema de salud entre aseguradores.



Funciones de la CAC

- Revisar y proponer mecanismos de ajuste por riesgo que técnicamente sean válidos y aplicables en el sistema de salud, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas de ellas basado en mediciones epidemiológicas, objetivas y técnicamente adecuadas que evidencien y reconozcan los ahorros alcanzados por Gestión de riesgos.
- Aplicar el mecanismo financiero de redistribución de riesgo, establecido por los Ministerios de Salud y Hacienda para procurar equilibrio entre las EAPB que operan en el Sistema.

2016. Boletín de Información Técnica Especializada CAC, Vol 3, Número 3.

FUNCIONES DE LA CUENTA ALTO COSTO (CAC)

(Min. 00:07:25)

Tenemos unas funciones que son aprobadas por el decreto 35.11 del año 2009, en donde principalmente la Cuenta de Alto Costo revisa, analiza y propone con el Ministerio mecanismos de ajuste por riesgo para poder compensar la desviación de estas enfermedades entre los aseguradores de acuerdo con la metodología que definan los ministerios de salud.

Funciones de la CAC

- Diseñar procesos estables y técnicamente seguros para **censar los pacientes con patologías de Alto Costo**.
- Construir y ajustar un **sistema de información confiable** y única de patologías de alto costo, con flujo de información desde IPS, para el uso de todos los actores.
- **Elaborar estructuras de reporte de información**, unificadas, **basadas en evidencia** y consensados con todos los actores.

(Min. 00:07:51)

Diseñamos procesos para poder asegurar el censar a los pacientes con alto costo para garantizar de esta manera tener información confiable en el país. Y elaboramos registros de información unificados basados en la evidencia con todos los actores del sistema.

Funciones de la CAC

- Construir indicadores estandarizados y concertados con los actores del sistema que evalúen la gestión de riesgo
- Evaluar las EPS e IPS con los criterios de medición estandarizados y concertados.
- Elaborar anualmente el ranking para EPS e IPS según resultados en salud
- Aportar conocimiento técnico en la elaboración de GPC con enfoque de riesgo.

(Min. 00:08:10)

Después de esa construcción de registros informativos y administrativos, que son concertados por el Ministerio de Salud, tenemos que hacer una evaluación con base en unos criterios de medición estandarizados y concertados con todos los actores del sistema, para luego poder evaluar anualmente y poder identificar quién agrega valor al sistema en la gestión de estas enfermedades y compensar de una manera más equitativa estas desviaciones del alto costo.



Funciones de la CAC

- **Aportar evidencia al Ministerio de Salud** mediante experiencias y revisión de la literatura, referente a la selección de patologías de alto costo, según criterios técnicos, evitando de esta manera la inclusión de patologías de alto costo de forma dinámica.
- **Contribuir en entregar mayor protección de salud a la población afiliada en general**, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados o seleccionados.

2016. Boletín de Información Técnica Especializada CAC, Vol 3, Número 3.

(Min. 00:08:47)

Aportamos evidencia para poder mejorar las políticas públicas y la atención en estas enfermedades. Suministramos información que alimenta el control de estas enfermedades a través de las políticas que establece el Ministerio, como el Plan Nacional de Control de Cáncer, el Plan Nacional de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo, las Rutas de Atención y el Modelo Integral de Atención en Salud. Contribuimos de esta manera, trabajando con todos los actores del sistema de una manera técnica pero independiente e imparcial, para que podamos unir esfuerzos y abordar de una mejor manera estas acciones en donde nos implica poner, entre todos, un granito de arena y mejorar la atención y tener una mayor calidad en esos servicios.



En el sistema de salud para abordar las enfermedades crónicas el alto costo Con qué contamos?

¿CON QUÉ CONTAMOS?

(Min. 00:09:39)

Entonces, con base en estas alternativas que el Ministerio de Salud tiene que buscar para abordar el alto costo del país, nosotros abordamos las enfermedades crónicas a partir de registros de información administrativos que son expedidos por el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta que tenemos enfermedades de muy alto costo muy importantes para poder identificarlas y controlarlas.



Otras enfermedades de alto costo importantes y necesario identificar y controlar:

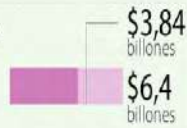
COSTO DE LAS ENFERMEDADES CARDÍACAS



Una de cada cuatro personas fallece por enfermedades cardíacas en Colombia



Estas le cuestan al país \$6,4 billones al año. De estos, \$3,84 billones son costos para el sistema de salud colombiano



Los infartos son los que más le cuestan al sistema



La pérdida de productividad de los trabajadores afectados por esta causa puede costar hasta



Fuente: Deloitte / Gráficos: LR-IG

<https://www.larepublica.co/economia/ta-s-enfermedades-cardiovasculares-le-cuestan-al-sistema-de-salud-384-billones-2552769>

“Colombia como el tercer país de América Latina con mayor costo financiero por estas enfermedades”

Según un estudio elaborado por la consultora Deloitte en nueve países de América Latina, las enfermedades cardiovasculares cuestan aproximadamente \$6,4 billones al año en Colombia, de los cuales, \$3,84 billones son asumidos por el sistema de salud.

Supera en 12% el gasto promedio de los sistemas de salud de los países latinoamericanos en este tipo de enfermedades.

Los infartos le pueden costar al sistema de salud hasta \$3,4 billones, los problemas por insuficiencia cardíaca \$1,67 billones, la hipertensión \$764.198 millones y la fibrilación auricular \$764.198 millones.

Lizbeth Acuña M

OTRAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

(Min. 00:10:12)

Pero como nosotros siempre decimos: “no se puede intervenir lo que no se conoce”. Si no tenemos sistemas de información que nos garanticen no solamente diseñar políticas públicas sino poder evaluar su impacto, es muy difícil avanzar en el manejo de estas enfermedades. Entonces, el Ministerio de Salud, desde el año 2007, al crear la CAC, lo primero que se propuso fue poder identificar cuáles son los pacientes que tiene el sistema de salud con las enfermedades que definió como de alto costo y poder de esta manera no solamente identificar en qué zona están, cuántos son y en qué EPS, sino también poder evaluar su magnitud de riesgo y la tendencia de este riesgo. Pero otro aspecto muy importante, que probablemente nos diferencie de algunos sistemas de salud, es poder evaluar el acceso a los servicios de salud.

Los sistemas de información que tenemos en diferentes países son de diferentes formas. Y estas tres características las exige la Organización Mundial de la Salud para poder evaluar la gestión de las enfermedades en un sistema de salud: magnitud del riesgo, concentración del riesgo y su tendencia y el tercer componente es el acceso a los servicios de salud. No basta con tener la

morbilidad, incidencias, prevalencias, mortalidad sino ver qué pasa en los procesos de atención con estas personas. Y como nosotros somos el tercer país de América Latina con mayor costo financiero de estas enfermedades, con mayor razón teníamos que empezar a buscar dónde estaban estos pacientes y, claro, tener un sistema de información que nos permitiera poder soportar con evidencia lo que estaba pasando en el país.



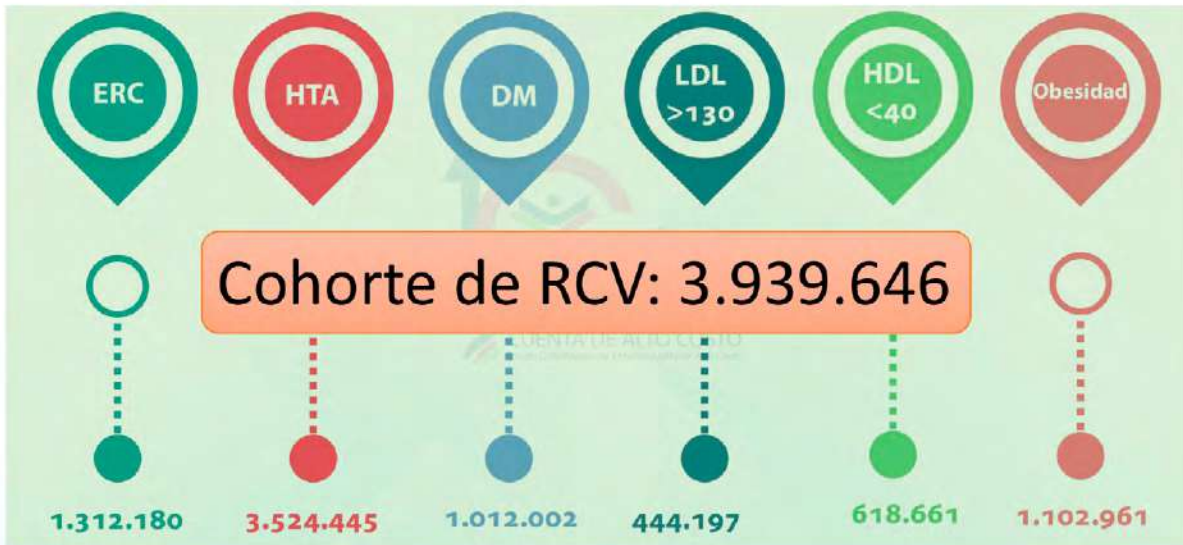
REGISTROS DE INFORMACIÓN

(Min. 00:12:12)

Entonces, estos registros administrativos de información tienen unas variables clínicas de costos, sociodemográficas y administrativas que nos permiten hacer el seguimiento de cortes de hace ya once años que estamos en el sistema de salud y poder hacer el cruce con otras fuentes de información disponibles en el sistema, como las historias clínicas de los pacientes, la base de datos única de afiliados, con el DANE y la Registraduría Nacional de Salud, que lo hacemos a través del Ministerio de Salud, y poder identificar y asegurar que cada paciente identificado

con alto costo corresponde a una fila que tiene diferentes columnas en estas variables. Y esto nos garantiza que podamos evaluar la gestión de los aseguradores y prestadores a partir de datos nominales, conocer su proceso de atención, poder generar conocimiento y potencial de investigación de acuerdo a las necesidades que tiene el país y hacer un ranking de calidad de información y también un ranking de resultados de la gestión de esas enfermedades y así poder aplicar un ajuste por riesgo a la UPC en donde nos permitiera compensar esas desviaciones pero con incentivos a la gestión por resultados. De esta manera nos convertimos en una fuente de información importante, no solamente para el Ministerio de Salud, porque toda esta información se integra al SISPRO, sino para la Superintendencia, para poder articular los procesos de inspección, vigilancia y control, el INVIMA, el IETS, las organizaciones de pacientes y la población en general, aseguradores, prestadores, organismos internacionales, medios de comunicación, proveedores, etc.

Con que contamos??



Fuente: Cuenta de Alto Costo

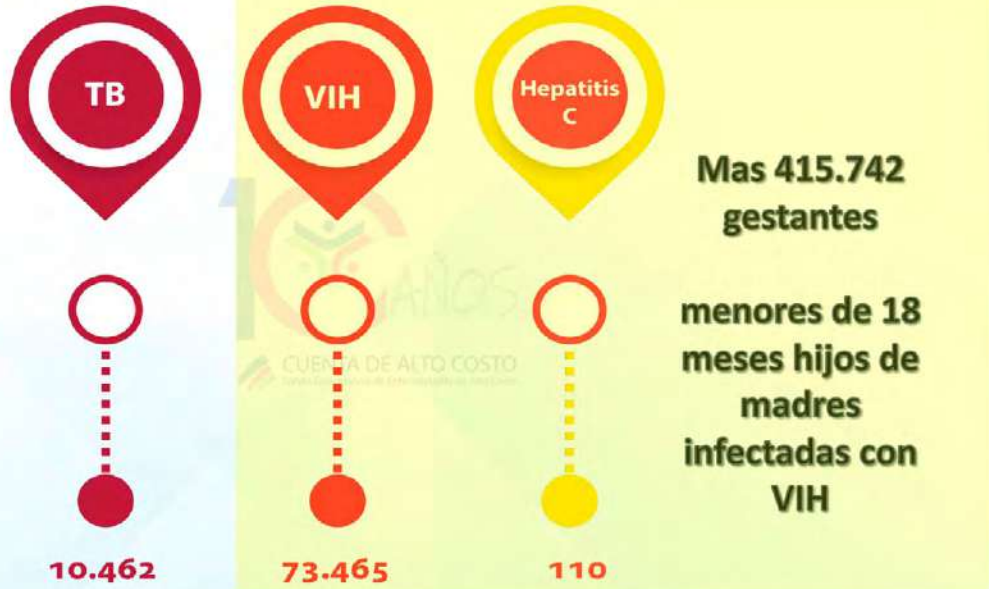
Lizbeth Acuña Merchán

¿CON QUÉ CONTAMOS?

(Min. 00:14:01)

¿Con qué contamos en este momento? Contamos con 26 cohortes que hacemos seguimiento en donde podemos identificar diferentes aspectos que evaluamos.

Con que contamos??



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán

(Min. 00:14:18)

Tenemos, por ejemplo, la cohorte de riesgo cardiovascular y la cohorte de enfermedades infecciosas como VIH, Hepatitis C y Tuberculosis.



Con que contamos??



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán

(Min. 00:14:30)

Tenemos también la cohorte de pacientes hemofílicos y otras cuagulopatías con deficiencia de factor.



Con que contamos??

CÁNCER



Con que contamos??

CÁNCER



(Min. 00:14:37)

Tenemos las cohortes de todos los tipos de cáncer pero priorizados once tipos de cáncer por el Sistema de Salud de acuerdo al Plan Nacional de Salud.

Uso de Datos de la Vida Real (DVR)

COHORTES 26

Datos que se convierten en evidencia del mundo real



IDENTIFICAMOS: MAGNITUD DEL RIESGO, TENDENCIA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. ASPECTOS PARA EVALUAR LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN LOS SISTEMAS DE SALUD (OMS)

USO DE DATOS DE LA VIDA REAL (DVR)

(Min. 00:14:47)

Y esto se convierte en poder tener información que hace parte de la vida real de nuestro sistema de salud y permite tomar decisiones que puedan garantizar una mejor calidad de la atención. Entonces nos dedicamos, como les decía anteriormente, a identificar la magnitud del riesgo, la tendencia y los accesos a los servicios.



Importancia de los registros en los sistema de salud

Constituye la base del sistema de información, para determinar el estado de salud, probar factores asociados con ella, conocer la utilización de recursos humanos y tecnológicos y evaluar la calidad de los servicios y acciones en salud.

- Son un medio de comunicación
- Medio de protección (aspectos médico - legales tanto del paciente, del dentro de salud o del cuerpo médico)
- Fuente de datos para la investigación, educación, la administración, la planificación y la evaluación de las acciones en salud.

IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

(Min. 00:15:14)

Todos sabemos que es muy importante tener registros de información en los sistemas de salud, que son un medio de comunicación importante y un medio de protección para los aspectos médicos-legales de los pacientes, del cuerpo médico, de todo el sistema y una fuente de datos para la investigación, la socialización, la transferencia de conocimiento, la planificación y la evaluación de las acciones en salud.



Consideraciones de las EAC

1. Enfermedades que no tienen cura.
2. Enfermedades con deterioro progresivo.
3. Disminución gradual de la autonomía.
4. Riesgos de sufrir patologías interrelacionadas.
5. Importantes repercusiones económicas y sociales.

Lizbeth Acuña M

CONSIDERACIONES DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO (EAC)

(Min. 00:15:42)

Entonces, estos aspectos nos han permitido poder tener unas consideraciones de estas enfermedades que para todos los países son iguales y que compartimos específicamente teniendo en cuenta que estas enfermedades no tienen cura, tienen una cronicidad elevada, son enfermedades que generan a veces deterioro progresivo, implican pérdida de la autonomía y tienen unas comorbilidades importantes porque están interrelacionadas. Tenemos, por ejemplo, una cohorte de múltiples comorbilidades como, por ejemplo, un paciente con artritis con riesgo cardiovascular y que también tiene VIH, etc.



El acceso a la atención médica y sanitaria es una de las más relevantes conquistas sociales desde la Revolución Industrial hasta nuestros días, y en consecuencia el elemento más delicado de las políticas públicas.

Dependiendo de su evolución económica, social y política, cada país ha consolidado un sistema sanitario que trata de alcanzar, con mayor o menor éxito, un complejo equilibrio entre:

- Valores sociales.
- Criterios de cobertura, derivados de esos valores sociales.
- Criterios y mecanismos de financiación, coherentes tanto con los valores sociales como con los criterios de cobertura.
- Modelo de provisión acordes con los valores y recursos disponibles.
- Mecanismos de regulación.

Lizbeth Acuña M

EQUILIBRIO ENTRE FACTORES

(Min. 00:16:26)

Entonces, cada país busca ofrecer y garantizar diferentes valores para poder lograr un equilibrio y tiene unas políticas establecidas en estas enfermedades, criterios de cobertura, mecanismos de financiación, provisión de recursos y regulación; pero esto constituye un reto y son el desafío más importante del desarrollo y de la evaluación de impacto de nuestras políticas públicas.



Elementos clave para la gestión de enfermedades de alto costo

Políticas de cobertura

Políticas de acceso

Políticas de sistema de información para evaluación y monitoreo

Lizbeth Acuña M

ELEMENTOS CLAVE

(Min. 00:16:55)

Colombia, a partir de su información y de su propio modelo de aseguramiento, ha diseñado políticas de cobertura, de acceso y del sistema de información para este monitoreo. Entonces, ante estas herramientas que hemos podido construir entre todos, hemos podido identificar cómo se concentran estas enfermedades en Colombia en las diferentes regiones, pero también cómo es la gestión de las enfermedades y el gasto que implica con los recursos asignados para el sistema.



Prevalencia cruda de artritis reumatoide por 100 habitantes, por regiones

Regiones	Casos	Población DANE	Prevalencia
Atlántica	8.308	6.899.664	0,12
Bogotá	19.801	5.894.466	0,34
Central	21.526	7.580.711	0,28
Oriental	10.010	6.793.996	0,15
Pacífica	12.414	5.814.857	0,21
Otros	419	859.630	0,05
Total	72.478	33.843.324	0,21

Prevalencia mundial varía entre 0,3 % y 1,0 %, siendo más común en mujeres de países desarrollados (OMS)

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017
Lizbeth Acuña M

PREVALENCIA CRUDA DE ARTRITIS REUMATOIDE POR 100 HABITANTES, POR REGIONES

(Min. 00:17:32)

Aquí no me voy a detener mucho, pero es para que lo puedan identificar. Por ejemplo, sabemos cuántos pacientes de artritis tenemos en cada una de las regiones que están definidas por nuestro Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el DANE, lo cual nos permite no solo hacer análisis con esta información más allá de la descripción, sino análisis para poder identificar desigualdades, en lo cual estamos trabajando.



Indicadores de Gestión de la enfermedad por regiones

Regiones	Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.
Atlántica	29,5%	23,5%
Bogotá, D.C.	51,9%	13,5%
Central	50,6%	38,8%
Oriental	30,9%	11,1%
Otros	15,3%	8,4%
Pacífica	36,6%	15,5%
Total	43,2%	22,1%

Meta colombiana	Meta colombiana
ALTO > 60 %	ALTO > 60 %
MEDIO > 50 a ≤ 60 %	MEDIO > 50 a ≤ 60 %
BAJO ≤ 50 %	BAJO ≤ 50 %

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

INDICADORES DE GESTIÓN

(Min. 00:18:00)

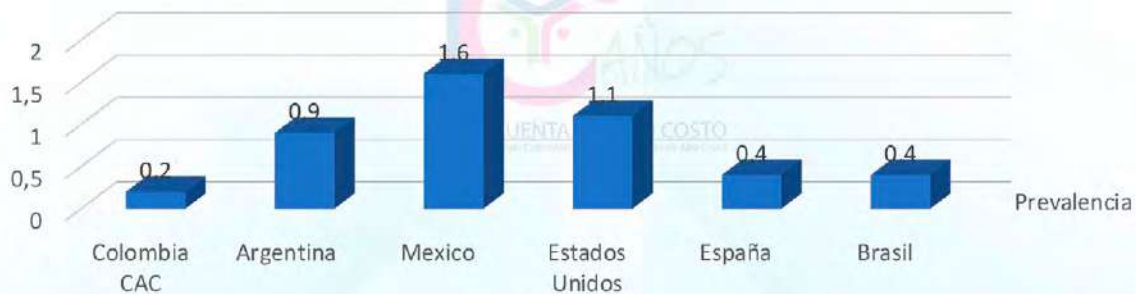
Estos son algunos de los ejemplos de cómo es el acceso y el proceso de atención en estos servicios. Por ejemplo, evaluamos no solamente cuántos pacientes de artritis hay, sino a cuántos se les realizó el DAS28 al menos una vez en los últimos seis meses, qué nos indica para el control del nivel de la actividad de la enfermedad y quiénes también tienen un HAQ al menos una vez en los últimos seis meses. Esto también nos permite comparar con otros países.



Comparativo de prevalencia de artritis entre países x 100 personas

Colombia: Alta? Baja prevalencia?

“Según grupo científico de la OMS en ginebra, dice que la prevalencia de AR presenta gran variabilidad en los países Y que en algunas regiones de Europa y estados unidos tiende a disminuir” Prevalencia estimada 1%



Fuente: Cuenta de Alto Costo

COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE ARTRITIS ENTRE PAÍSES

(Min. 00:18:31)

Esto también nos permite compararnos con otros países para poder evaluar las tendencias.



Prevalencia de Cáncer por regiones

Región	Casos*	Población DANE**	Prevalencia x 100.000 hab
Atlántica	27.255	10.506.651	259,4
Bogotá, D.C.	57.603	7.980.001	721,8
Central	69.893	10.703.266	653,0
Oriental	34.935	9.830.129	355,4
Otros	1.943	1.404.162	138,4
Pacífica	37.745	8.323.499	453,5
Total Nacional	229.374	48.747.708	470,5

Globocan prevalencia para Colombia a 1 año: 131,2; a 3 años: 335,2; a 5 años: 501,2***

*Casos: incluye todos los tipos de cáncer, todas las edades y ambos sexos Período: 02 de enero de 2016 a 01 de enero de 2017,

Población DANE año 2016, *Globocan, IARC, 2012, excluye cáncer de piel no melanoma

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

PREVALENCIA DE CÁNCER POR REGIONES

(Min. 00:18:41)

Lo mismo tenemos para cáncer. Nosotros siempre hemos podido identificar cuáles son los tipos de cáncer desde que estamos midiendo – ya llevamos cuatro años – y poder comparar con las estimaciones que tenemos destinadas para Colombia.

10 Indicadores de Gestión del cáncer (tipo sólido) por regiones

Regiones	Proporción de casos estadificados	Proporción de casos notificados con cáncer in situ	Estadios tempranos (I y II)	Estadios avanzados (III y IV)	Oportunidad a diagnóstico (media días)	Oportunidad a tratamiento (media días)
Atlántica	65%	19%	59%	41%	50,7	69,2
Bogotá, D.C.	40%	24%	64%	36%	50,0	54,7
Central	53%	22%	52%	48%	51,3	61,3
Oriental	52%	19%	57%	43%	59,0	70,1
Otros	55%	17%	48%	52%	46,5	52,4
Pacífica	46%	25%	51%	49%	62,8	63,2
Total Nacional	49%	22%	56%	44%	53,9	62,5

Incluye solo tumores sólidos, todas la edades

En cáncer existen diferencias según el tipo de cáncer, sin embargo en los tumores sólidos la meta propuesta de estadificación es superar el 90%, obtener un porcentaje superior al 60% de estadificación en estadios tempranos, la oportunidad para confirmar diagnóstico es de 30 días y para obtener un tratamiento es de 30 días (tomado de promedio consensos CAC, Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer, Allgar VL, et al).

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

INDICADORES DE GESTIÓN DEL CÁNCER

(Min. 00:18:55)

Más allá de saber cuántos pacientes hay con cáncer y cuántos, probablemente, pudiéramos tener en el sistema de salud, nos interesa saber cuántos están estadificados, que es un factor clave para poder definir los tratamientos, cuántos se detectan tempranamente, en qué estadios, cuál es su oportunidad de diagnóstico y también la oportunidad del tratamiento.



Prevalencia de ERC 5 por regiones

Región	Casos ERC5	Población DANE	Prevalencia x 100.000 Habitantes
Atlántico	7.474	10.647.346	70,2
Bogotá	5.981	8.080.734	74,0
Central	9.432	10.812.240	87,2
Oriental	7.216	9.917.496	72,8
Pacífica	6.802	8.410.059	80,9
Otros	504	1.423.734	35,4
Total Nacional	37.409	49.291.609	75,9

La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años (Fuente OMS).

Casos: Enfermedad renal crónica Estadio 5. Población DANE año 2017

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017



Prevalencia de Diabetes Mellitus por regiones

Región	Casos DM	DANE	Prevalencia x 100 Habitantes
Bogota, D.C.	211.778	8.080.734	2,6
Atlantico	197.528	9.677.197	2,0
Central	294.013	10.812.240	2,7
Oriental	194.018	9.917.496	2,0
Pacífica	191.724	8.410.059	2,3
Otros	10.410	1.423.734	0,7
Total Nacional	1099471	49.291.609	2,2

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (Fuente OMS)

Casos DM: Diabetes Mellitus. Población DANE año 2016

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017



Prevalencia de HTA por regiones

Región	Casos HTA	DANE	Prevalencia x 100 Habitantes
Bogotá, D.C.	704.890	8.080.734	8,7
Atlántico	762.759	10.647.346	7,2
Central	1.037.742	10.812.240	9,6
Oriental	609.549	9.917.496	6,1
Pacífico	627.273	8.410.059	7,5
Otros	34.680	1.423.734	2,4
Total Nacional	3.776.893	49.291.609	7,7

Según el Sistema de Información de la Protección Social, Sispro, se estima que en Colombia, para el 2015, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS se encontraba en 7,23 (Fuente Ministerio de Salud, Colombia, Mayo, 2017)

Casos: Hipertensión Arterial Población DANE año 2016

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES POR REGIONES

(Min. 00:19:24)

Éste es otro ejemplo de enfermedad renal crónica y la concentración por las diferentes regiones. Las siguientes láminas muestran los datos para diabetes y para hipertensión.



Indicadores de Gestión ERC5 por regiones

Región	% adultos en diálisis peritoneal con albumina $\geq 3,5$	% adultos en diálisis peritoneal con fósforo $< 6,0$	% adultos en diálisis peritoneal con hemoglobina > 10	% adultos en diálisis peritoneal con KTV $> 1,7$	% adultos en hemodiálisis con albumina ≥ 4	% adultos en hemodiálisis con catéter
Atlántica	66,3%	82,6%	79,0%	85,8%	64,0%	24,2%
Bogotá	74,6%	80,6%	86,8%	93,1%	57,1%	26,4%
Central	66,8%	81,0%	85,2%	89,0%	58,0%	32,2%
Oriental	66,1%	81,8%	85,7%	89,0%	58,9%	23,3%
Otros	66,3%	83,7%	77,2%	84,8%	54,9%	48,7%
Pacífica	64,1%	80,1%	82,3%	89,5%	56,3%	22,6%
Total nacional	67,4%	81,3%	83,7%	89,1%	58,9%	26,3%

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

INDICADORES DE GESTIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 5 (ERC5) POR REGIONES

(Min. 00:19:34)

Aquí vemos algunos indicadores de estas tres cohortes que medimos, como el porcentaje de los pacientes que tienen una albúmina, el fósforo, la hemoglobina, el calcio y el porcentaje de pacientes en hemodiálisis que tienen catéter.



Indicadores de Gestión ERC5 por regiones

Región	% adultos en hemodiálisis con fósforo ≤ 6.0	% adultos en hemodiálisis con hemoglobina > 10	% adultos en hemodiálisis con KTV > 1.2	Captación DM	Captación HTA	Progresión ERC
Atlántica	88,5%	78,0%	94,3%	62,2%	35,9%	31,1%
Bogotá	79,1%	82,5%	94,9%	69,5%	35,6%	31,8%
Central	87,2%	81,8%	91,5%	77,0%	42,2%	34,4%
Oriental	86,7%	81,9%	95,1%	58,5%	26,2%	36,5%
Otros	69,5%	80,2%	87,0%	28,0%	12,8%	39,9%
Pacífica	86,1%	80,7%	91,6%	66,6%	32,1%	30,0%
Total nacional	85,5%	80,9%	93,3%	65,9%	34,1%	32,3%

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

(Min. 00:19:51)

Aquí ya son los datos de los percusores de hipertensión, de diabetes, de captación, sus estadísticas y su progresión.



Prevalencia de VIH/SIDA por 100 habitantes, por regiones

Regiones	Casos	Población DANE	Prevalencia
Atlántica	17.139	10.647.346	0,16
Bogotá. D.C	19.743	8.080.734	0,24
Central	21.177	10.812.240	0,20
Oriental	11.007	9.917.496	0,11
Pacífica	12.753	8.410.059	0,15
Otros	1.037	1.423.734	0,07
Total	82.856	49.291.609	0,17

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017



Indicadores de Gestión VIH/SIDA por regiones

Regiones	Porcentaje de PVVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR	Porcentaje de cobertura de TAR indicada	Porcentaje de TAR en PVVIH gestantes
Atlántica	61,0%	96,0%	100,0%
Bogotá	66,5%	94,2%	94,5%
Central	62,7%	94,3%	95,3%
Oriental	57,0%	95,1%	100,0%
Otros	52,4%	87,6%	100,0%
Pacífica	63,7%	96,6%	86,4%
Total	63,1%	94,7%	96,8%

Meta colombiana		
ALTO >= 80 %	ALTO >= 95 %	ALTO >= 100 %
MEDIO >= 70 a ≤ 80 %	MEDIO 85 a ≤ 94,9 %	MEDIO >= 95 a < 100,0 %
BAJO ≤ 70 %	BAJO < 85 %	BAJO < 95 %

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

PREVALENCIA DE VIH

(Min. 00:20:03)

En VIH igualmente podemos identificar quiénes alcanzan a tener una carga viral indetectable, el porcentaje de cobertura y, por ejemplo, en gestantes, cómo es el proceso de atención.



Prevalencia de Hemofilia, por regiones

Región	Casos*	Población DANE**	Prevalencia x 100.000 hab
Atlántica	379	10.647.346	3,56
Bogotá, D.C.	516	8.080.734	6,39
Central	499	10.812.240	4,62
Oriental	395	9.917.496	3,98
Otros	43	1.423.734	3,02
Pacífica	338	8.410.059	4,02
Total Nacional	2170	49.291.609	4,40

Referente: Según la World Federation of Hemophilia:

- Durante 2017 en el mundo se reportaron 184. 723 casos de los cuales 81% corresponden a hemofilia tipo A y 15% del tipo B.
- Aproximadamente 1 de cada 10,000 personas nace con ella.
- En América del sur la prevalencia de hemofilia oscila entre 3.0 a 9.3 por 100.000 varones según datos recolectados a 2010

*Casos: incluye todos los tipos de Hemofilia, **Población DANE año 2016

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017



Indicadores de Gestión en hemofilia por regiones

Región	4. Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis	5. Proporción de pacientes evaluados por un equipo interdisciplinario	6.1 Promedio de atenciones por hematología en pacientes con hemofilia leve o moderada.	6.2 Promedio de atenciones por hematología en pacientes con hemofilia severa.
Atlántica	97,4%	45,9%	4,3	7,9
Bogotá	91,8%	39,7%	2,4	6,5
Central	94,9%	31,9%	3,0	5,9
Oriental	98,1%	26,3%	3,9	6,7
Otros	88,9%	18,6%	2,8	7,1
Pacífica	93,3%	23,7%	3,0	5,9
Total Nacional	94,9%	33,6%	3,2	6,6

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

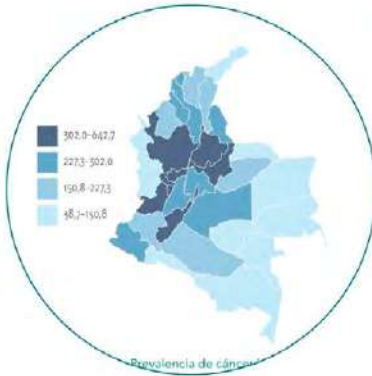
INDICADORES DE GESTIÓN EN HEMOFILIA POR REGIONES

(Min. 00:20:18)

Y aquí está el ejemplo de Hemofilia, que es una de las enfermedades para nosotros también de muy alto costo, aunque son pocos casos; sin embargo, nos genera una carga económica y social importante y también implicaciones económicas en cuanto a que los pacientes piensan que por tener hemofilia no pueden trabajar y hay una no-inclusión probablemente al sistema laboral.



¿Qué significa la información relevante para la toma de decisiones?



La información necesaria y suficiente



A cada nivel de gestión



Que sea veraz, oportuna, exacta y útil

INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA TOMA DE DECISIONES

(Min. 00:20:46)

Esta información nos ha permitido poder tener una información necesaria y suficiente. En algunos sentidos quisiéramos tener un poco más y a todo nivel y que sea específicamente para poder calcular cómo esto nos está afectando en el sistema.



Metodología cálculo para determinación del costo ECNT- EAC

1. Identificación de casos reportados y auditados.
2. Identificación de usuarios afiliados al SGSSS RC y RS fecha de corte.
3. Identificación valor UPC promedio por Régimen: contributivo y subsidiado.
4. Determinación de contenidos del plan de beneficios por enfermedad según mínimos Guías Práctica Clínica.
5. Identificación y cuantificación de contenidos- reporte del costo desde perspectiva del pagador (paga a IPS) -reporte desde las perspectiva del prestador (cobra a EPS).

Lizbeth Acuña M

METODOLOGÍA DE CÁLCULO PARA EL COSTO ECNT - EAC

(Min. 00:21:04)

Para poder determinar los costos que estas enfermedades generan en el sistema nos planteamos si hay un problema de eficiencia, de acceso o de una mala o buena gestión clínica y nos permite identificar sobre todo oportunidades de mejora porque no podemos juzgar de quién es la culpa, si es de los recursos o de los clínicos por una mala gestión en el control de la enfermedad o de otros actores porque no estamos involucrados en la prevención. Entonces, nosotros debemos garantizar que con base en esta información nos aproximamos y diseñamos la metodología de cálculo para determinar el costo de estas enfermedades.

Primero, identificamos los casos, como ya los pudieron revisar. Este reporte va más allá de simplemente identificar el número de casos en la población; se auditan y se confirman los diagnósticos con base en los criterios establecidos en las guías de práctica clínica de

confirmación de diagnósticos. La identificación de usuarios afiliados al sistema de seguridad social, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, la identificación del valor de la UPC promedio, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y la determinación de los contenidos del Plan de Beneficios por enfermedad según los mínimos que debemos hacer y de acuerdo a las guías de práctica clínica. Por ejemplo, para un paciente con enfermedad renal crónica, ¿qué es lo mínimo que debemos hacer? Y lo mismo para un diabético, un hemofílico o un hipertenso. Se hizo también la identificación y la cuantificación de los costos basada en la perspectiva del pagador, el recorte de los costos que a nosotros también nos hacen, la validación con lo que las EPS pagan y lo que los prestadores cobran a estas EPS para la atención.



CASOS IDENTIFICADOS Y AUDITADOS

(Min. 00:23:22)

Este ejercicio lo hicimos en el año 2017 donde identificamos los casos auditados para poder establecer el costo con base en los recursos asignados por la UPC, que es la Unidad de

Pago por Capitación, que es el recurso asignado por el Ministerio de Salud por cada afiliado actualmente a las aseguradoras del país para poder prestar los servicios y garantizar la atención de lo que requieran. Entonces en cáncer, por ejemplo, teníamos identificados y ubicados 199 423 casos; en VIH/SIDA 79 335 casos. La cohorte donde más registros tenemos concentrados dadas las condiciones de la enfermedad, por supuesto, es la de cardiovascular que abarca tres enfermedades: enfermedad renal crónica, de hipertensión y diabetes; la hemofilia y otras coagulopatías, y la artritis reumatoide. En total son 4 148 722 personas.




POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) Y UPC

(Min. 00:24:35)

La población afiliada en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado corresponde a 43 634 193 personas y en promedio se asigna para la atención de cada afiliado en el régimen contributivo anualmente 746 046 pesos. De eso el 8% que está contenido en esa UPC los aseguradores lo destinan a la administración. Y en el régimen subsidiado son

667 429 pesos, que corresponden aproximadamente a 200 dólares en este momento. De ahí el 10% se destina para la administración de estos recursos.

Hay ocho renglones del aseguramiento en el país. Tenemos aseguradoras públicas, mixtas y privadas. Entonces en este sentido todas reciben lo mismo, o sea la misma Unidad de Pago por Capacitación, independientemente del sector en el cual se encuentren operando porque cada uno puede manejar dos regímenes, contributivo y subsidiado, que ahí es el diferencial de la Unidad de Pago por Capacitación.



Recursos de UPC para PBS según régimen.

Distribución UPC	Total recursos
UPC Contributivo	\$16,915,534,459,387.20
UPC Contributivo PBS	\$15,562,291,702,636.20*
UPC Subsidiado	\$14,448,515,330,750.40
UPC Subsidiado PBS	\$13,003,663,797,675.40*
UPC PyP régimen contributivo	\$512,832,069,061.20*
Total Recursos de UPC	\$31,364,049,790,137.60
Total Recursos UPC para PBS	\$28,565,955,500,311.60*

RECURSOS DE UPC PARA PBS SEGÚN RÉGIMEN

(Min. 00:26:14)

Los recursos que nosotros tenemos en nuestro sistema de salud para el año 2007 para poder dar cobertura al Plan de Beneficios en el régimen son 16 billones en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado 14 billones. Pero, como les decía, les descontamos el porcentaje de administración, entonces se suman solamente los 15 billones del

contributivo y los 13 billones del subsidiado; pero el régimen contributivo tiene un valor adicional para actividades de promoción y de prevención que corresponde a 512 832 061 pesos. Entonces, el total de recursos para la atención que está contenida en el Plan de Beneficios es de 28 565 955 500 311 60 pesos.



COSTO ANUAL ESTIMADO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS - EAC

(Min. 00:27:23)

Voy a salirme un momento de la presentación porque les voy a mostrar el cálculo para cada una de estas enfermedades para que vean cómo se estima el costo mínimo de atención que pueda llegar a tener.

Por ejemplo, en la enfermedad renal crónica nosotros determinamos con base en la guía la frecuencia de uso, lo que está establecido, el costo unitario para cada una de las actividades que debe contener el Plan de Beneficios. Y con base en eso se determinará el

costo, por ejemplo, del servicio de diálisis, contenido en el Plan de Beneficios, en este caso de la hemodiálisis, pero sin tener en cuenta las complicaciones. ¿Por qué? Porque se supone que en todo sistema de salud debemos evitar las complicaciones y los planes de beneficios incluyen, por lo menos el nuestro, las actividades necesarias para garantizar el proceso de atención sin este riesgo.

Entonces, para todas las enfermedades hacemos ese costeo y podemos identificar cuanto nos cuesta para cada una de las enfermedades. Por ejemplo, en el caso de enfermedades renales el costo estimado de acuerdo con estos contenidos mínimos del Plan de Beneficios fue de 5 231 799 961 824 pesos, en hipertensión 8 235 701 933 856 pesos, en VIH 471 534 553 980 pesos, en cáncer 6 billones, en hemofilia 213 mil millones de pesos y en artritis 229 mil millones de pesos para un total de 20 509 213 237 980 pesos.

Esto es lo que en el Plan de Beneficios nos cuestan unos pacientes identificados, caso a caso, de acuerdo con lo que tenemos en el sistema de información y lo mínimo que se le debe garantizar para el proceso de atención que no incluye complicaciones ni intervenciones que no están contenidas en el Plan de Beneficios.



Recursos de UPC para PBS según régimen.

Distribución UPC	Total recursos
UPC Contributivo	\$16,915,534,459,387.20
UPC Contributivo PBS	\$15,562,291,702,636.20*
UPC Subsidiado	\$14,448,515,330,750.40
UPC Subsidiado PBS	\$13,003,663,797,675.40*
UPC PyP régimen contributivo	\$512,832,069,061.20*
Total Recursos de UPC	\$31,364,049,790,137.60
Total Recursos UPC para PBS	\$28,565,955,500,311.60*

RECURSOS DE UPC PARA PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) SEGÚN RÉGIMEN

(Min. 00:31:00)

Entonces, teniendo en cuenta nuestros recursos asignados para atender el Plan de Beneficios, que es de 28 billones, vemos que los 20 billones representan al 71% de estos recursos. ¿Esto qué significa? Que, de todas maneras, es una carga económica muy alta. Si pudiéramos cuantificar esas complicaciones o qué porcentaje de los pacientes se complica y cuánto es el costo de lo que no está incluido en el Plan de Beneficios que se está asumiendo, pues los recursos del sistema en la atención de estas enfermedades se vuelven una carga muy compleja y la atención de estas enfermedades por supuesto que está relacionada con la no-prevención, sobre todo en todo lo que hemos identificado del riesgo cardiovascular, que es un riesgo que se puede intervenir y que es totalmente prevenible pero que también depende mucho de cada una de las personas que padecen este tipo de riesgos y que se puede controlar para evitar alguna enfermedad. Lo mismo con VIH y algunos tipos de cáncer, que son enfermedades que no solamente se pueden intervenir sino que este tipo de enfermedades son prevenibles.



Contamos con 26 cohortes conformadas por **4.148.722** personas identificadas y monitoreadas todo el sistema de salud que representan el **9.5% de la población** y que **consume aproximadamente el 72%** de los recursos de la UPC, siendo la **cohorte mas costosa la de riesgo cardiovascular (29%) (HTA y DM) y el 18.3% (ERC)**

Fuente: Elaboración Cuenta de Alto Costo 2017

(Min. 00:32:00)

Entonces, esto significa que contamos con 4 148 722 personas identificadas y monitoreadas en el sistema de salud que representan el 9.5% de la población afiliada pero que consume el 72% de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación siendo nuestra cohorte más costosa la de riesgo cardiovascular, con el 29%, y el 18% la de enfermedad renal crónica.



Para revisar...

A veces no es coherente lo que se asigna(UPC), con lo que se tiene que hacer(GPC-RIA) y lo que se hace(atenciones identificadas).

- Ejemplo: Diabetes

PARA REVISAR

(Min. 00:33:09)

Es muy importante poder revisar, para todos, que a veces no es coherente lo que se puede asignar para la atención de alguna enfermedad con lo que se tiene que hacer, o sea lo que se debe de hacer y lo que se hace. Hay una diferencia muy importante y eso lo pudimos identificar en un análisis que hicimos en detalle, por ejemplo, en diabetes. En diabetes nuestro mecanismo de contratación –muy común, porque es una enfermedad que afecta la población general y que se puede intervenir desde el nivel primario de atención– se contrata por la modalidad de capitación. Pero está incluida dentro de un paquete grande de acciones que se debe hacer en el nivel primario. Identificamos que muchas de las cosas que están contempladas, y no digo que hay que pegarnos al pie de la letra para poder seguir una guía de práctica clínica, pero sí, por lo menos hacer lo mínimo para un paciente diabético cuesta un poco más de lo asignado. O a veces se evita hacer lo que se le tiene que hacer al paciente para poder hacer un control del costo.

Utilización de recursos

Utilización de recursos entre 1 de enero y 31 de diciembre

Recurso	% uso	Promedio de uso
Cita de nutrición	25.31	1.53
Cita medica	64.34	4.34
Cita de medicina interna	30.49	2.28
Cita de endocrinología	4.47	2.15
Oftalmología	22.45	1.53
HA1c	70.19	1.98
Glucemias	70.45	2.40
EKG	44.09	1.27
Albuminuria	73.09	1.80
Creatinina	73.09	1.80
Colesterol	65.47	1.43
HDL	63.40	1.39
LDL	18.10	1.31
Uroanálisis	49.96	2.91



% uso calculado como total de pacientes con al menos 1 atención en un año/11.353 pacientes

Promedio de uso entendido como total de atenciones en un año/Total de pacientes con al menos 1 atención.

% Esperado por GPC =100%

CONFIDENCIAL

43

UTILIZACIÓN DE RECURSOS

(Min. 00:34:33)

Aquí podemos ver este ejemplo típico. Si vemos, el porcentaje de uso de una consulta de nutrición en unos pacientes diabéticos es del 25%. Las valoraciones por medicina interna son del 30%. La hemoglobina glicosilada es del 70% y los niveles del LDL, por ejemplo, son del 18% o los subanálisis del 49%. Por la guía de práctica clínica y por lo que probablemente está definido en el Plan de Beneficios se espera cumplir el 100% de estas actividades para poder garantizar que el proceso de atención de un paciente diabético se cumple al 100%.

Sin embargo, si vamos a mirar el costo del paciente diabético no complicado es aproximadamente de 4 millones a 4,8 millones anualmente y pues es un porcentaje que no está contemplado en las contrataciones para asignarlo en el presupuesto. Y esto hace que los pacientes probablemente no tengan lo que se necesita para controlar su diabetes y poder evitar la progresión de muchas otras enfermedades como son la enfermedad renal crónica en estadio avanzado o alguna enfermedad cardiovascular.

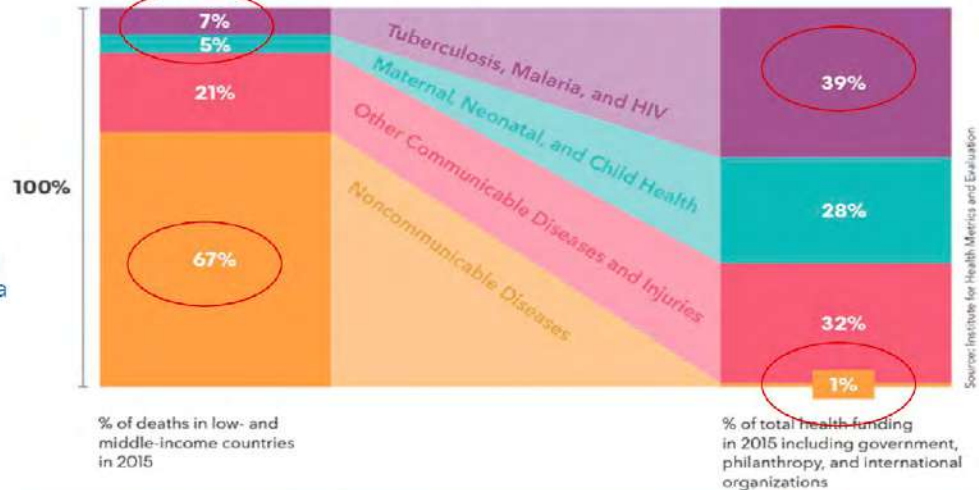


Diferencia entre la carga de la enfermedad y los recursos asignados para la prevención

Noncommunicable diseases account for **67% of deaths** in low- and middle-income countries but only **1% of health funding** addresses them

Que se requiere para revertir la brecha?

1. Campañas de concienciación
2. Apoyo a la recopilación de datos: más completa y precisa
3. Evaluación de las intervenciones del programa para el desempeño



Lizbeth Acuña Merchán

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

DIFERENCIA ENTRE CARGA Y RECURSOS ASIGNADOS PARA PREVENCIÓN

(Min. 00:36:17)

Nosotros, en todos los países, sabemos cuánto nos vale, probablemente. Y sabemos que necesitamos asignar recursos para la prevención. Pero no estamos haciendo lo que los mismos datos nos dicen. Por ejemplo, desde el 2007 la Organización Mundial de la Salud planteó un pacto para que se pudieran asignar recursos a la prevención y pudiéramos tener esa forma de evitar que el alto costo se concentre en lo que es prevenible y evitable. Pero, si ustedes ven en esta gráfica, nosotros identificamos estas enfermedades que tienen una carga importante en los países de ingresos bajos y medios. Estos números son del 2015. Si vemos, por ejemplo, la carga que representa tuberculosis, malaria y VIH es del 7% pero sus recursos asignados para la prevención son del 39%. Y en cambio, si vemos las enfermedades crónicas no transmisibles la carga representa el 67% pero solamente se le asigna el 1% para la prevención. Entonces, nosotros sabemos que, por ejemplo en Colombia, el 80% de nuestra carga de enfermedad corresponde a enfermedades crónicas

no transmisibles. Pero asignamos menos del 1% a la prevención. Por lo tanto, hay que reinventarnos y poder asignar esos recursos para revertir esta brecha.

EL MUNDO

SECCIONES Salud Sida y hepatitis Cáncer

INFORME Consumen el 75% de los recursos

España podría ahorrar más de 8.000 millones al año con una mejor atención a los crónicos

- Cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas y respi
- Un informe advierte de que, sin cambios, el gasto

Devoran cuatro enfermedades el presupuesto del IMSS

Se trata de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer de mama y colón; un diabético en descontrol cuesta 38 mil 338 pesos al año; un diabético controlado representa un gasto 80% menor

16/01/2018 20:45 LAURA TORIBIO

(Min. 00:38:07)

Definitivamente los recursos asignados a la prevención son muy escasos en los países y, si vemos, todos compartimos casi las mismas necesidades en América Latina y en Europa. Por ejemplo, en España el 75% de las enfermedades de alto costo consumen los recursos. Esto es muy similar a nosotros, a lo que les acabo de mostrar aunque solamente en algunas enfermedades, no en todas. Y en México, indudablemente, es el 80% del gasto entre estos recursos. Pero compartimos que son casi las mismas enfermedades como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares.



Cuatro enfermedades crónico degenerativas se comen el 70% del presupuesto del IMSS destinado a las enfermedades, lo que constituye una de las principales cargas que debe enfrentar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que este viernes cumple 75 años de existencia.

Las enfermedades **cardiovasculares, la diabetes, el cáncer de mama y de colón** son los cuatro males que en este momento amenazan las finanzas del Instituto.

Te puede interesar:
Crean en UNAM aparato que detecta diabetes mediante sudor y lágrimas

De acuerdo con datos del IMSS, **tratar a un diabético en descontrol le cuesta 38 mil 338 pesos al año**, y con su **insuficiencia renal crónica** el gasto sube a **152 mil 453 pesos**. Además, el paciente sólo tiene una esperanza de vida de 62 años.

En contraste **un diabético controlado representa un gasto 80% menor**, evita padecer insuficiencia renal y da a la persona una esperanza de vida de 75 años.

Actualmente la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas son personas **mayores de 60 años, población que genera 75% de las consultas** en el IMSS.

Te puede interesar:
Bullying repercute en obesidad, diabetes y derrames

Se estima que tan sólo las **enfermedades crónicas no transmisibles** constituyen **81.8% de las consultas** en el primer nivel de atención, 15% en el segundo nivel y 3.2% en el tercer nivel.

(Min. 00:38:49)

Sabemos que los presupuestos no alcanzan. Probablemente se están consumiendo muchos recursos pero no destinamos para la prevención, aunque deberíamos estimar estos recursos; por ejemplo, lo que representa el gasto de un paciente diabético controlado, que son 80 veces menos si pudiera evitar padecer la insuficiencia renal en una persona con la esperanza de vida de 75 años. Entonces, todas estas enfermedades que constituyen la mayor carga de nuestro sistema de salud, no solamente económica y social, ya sabemos que con la prevención pudiéramos intervenirlas, deberíamos de hacer el llamado que nos hace Bloomberg en uno de sus estudios y publicaciones, que nosotros debemos seguir los datos y no estar ciegos a esto. Decimos mucho, pero hacemos poco por estas enfermedades.



1. Trabajar en la población con Factores de riesgo

INDICADORES	2014	2015	2016
Control HTA	56%	60,9%	67,9%
Toma de Hemoglobina glicosilada	39,7%	33,4%	43,5%
DM controlados (quienes tiene HA1)	52,1%	50,6%	52,1%
Toma de LDL	No se medía	32,7%	38,2%
Control de LDL	No se medía	39,8%	40,2%
Toma de creatinina	No se medía	59,3%	61,9%
Toma de albuminuria	No se medía	23,4%	28,4%
Control IMC	No se medía	26,1%	27,8%

TRABAJAR EN LA POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO

(Min. 00:39:54)

En este momento se trabaja en la población para poder controlar los factores de riesgo. Nosotros en Colombia hemos podido avanzar en mirar el control de hipertensión a través de estos datos de la toma de hemoglobina pero también para ver si los pacientes están controlados. Aquí ven en el porcentaje de la toma de hemoglobina; si bien hemos mejorado no se garantiza efectivamente que se le haga al paciente por lo menos una vez al año. Y si el 50% de los pacientes diabéticos no están controlados; porque como lo vimos en las frecuencias de uso ni siquiera se alcanza hacer toda la hemoglobina glicosilada que se necesita –que son mínimo tres al año –, pues en realidad vamos a tener diabéticos complicados y en eso nos consume muchos más recursos de nuestro sistema de salud.



2. Identificar y prevenir la mortalidad prematura

Debemos actuar en todas las cohortes

- Según la OMS, la mortalidad prematura se define como: aquellas muertes en personas de 30 a 69 años de edad por enfermedades cardiovasculares tumores malignos diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas.
- Sin embargo, es necesario prevenir la mortalidad prematura en todas las cohortes no incluidas: Artritis, hemofilia, hepatitis C, VIH, etc.

IDENTIFICAR Y PREVENIR LA MORTALIDAD PREMATURA

(Min. 00:40:48)

Hay un segundo paso después de identificar y prevenir la mortalidad prematura. La OMS nos ha planteado desde hace ya más de cinco años de la necesidad de trabajar e intervenir en esta mortalidad prematura que son las muertes que ocurren en personas entre 30 a 69 años de edad por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Sin embargo, nosotros hemos podido hacer un seguimiento para ver cuál es la mortalidad prematura en otras enfermedades como artritis, hemofilia, hepatitis C, etc.



3. Orientar y contribuir a cumplir las metas en tres componentes medibles

- Disminuir la **magnitud de las enfermedades**, de los factores de riesgo y no solo en la mortalidad prematura
- La **brecha absoluta**
- **Equidad**



Rol y compromiso de todos en todo el territorio nacional

TRES COMPONENTES MEDIBLES PARA CUMPLIR LAS METAS

(Min. 00:41:31)

Está ha sido una de las contribuciones que probablemente al tener esta información pudiéramos aportar.



Se ha contribuido a la meta orientada en magnitud para la prevención de mortalidad prematura en cáncer invasivo, desde el aseguramiento:

2015: 42x100.000 afiliados (7.667 casos fallecidos)

2016:41.7x100.000 afiliados (8.397 casos fallecidos)

Disminución en magnitud 1%

La meta a 5 años es disminución de por lo menos el 9%



Se ha contribuido a la meta orientada en magnitud para la prevención de mortalidad prematura en ERC5, desde el aseguramiento:

En ERC 5 la mortalidad prematura en Bogotá

- 2012 7.6 x 100.000 afiliados
- 2016 5.6 x 100.000 afiliados

Se ha logrado una disminución del 26% en 4 años

MORTALIDAD PREMATURA

(Min. 00:41:40)

Y se ha contribuido quizás a una de las metas que se trazó el Ministerio con estas acciones de prevención de la mortalidad prematura en cáncer invasivo. Hemos mejorado ya la detección temprana en algunos tipos de cáncer, no en todos; sin embargo, las disminuciones que se logran en estas enfermedades son muy lentas, en cuanto a números se refiere, y la disminución de la magnitud solamente alcanza el 1%. Entonces, si la meta es que a cinco años, por ejemplo, tengamos una disminución del 9%, la vemos un poco lejos dado que no solamente basta con detectar tempranamente para evitar la mortalidad prematura, sino tratar tempranamente y oportunamente a estas personas. Entonces lo que nosotros hemos podido identificar en nuestro sistema de salud es que se detectan ahora temprano, pero las intervenciones o tratamientos no son oportunos y eso no es coherente con lo que se debe hacer.



Que hacer?

- Asignar recursos para la **promoción de la salud y prevención primaria** de la enfermedad.
- La UPC esta calculada para prevención secundaria y terciaria mas no para prevención primaria. Esta asignada para Se deben aclarar y contemplar los conceptos, los recursos y las responsabilidades gubernamentales, de los administradores de los recursos (EPS-IPS-ET) y los ejecutores (IPS-profesionales).

¿QUÉ HACER?

(Min. 00:42:52)

Finalmente planteamos que, como ya lo hemos comentado, asignar los recursos para la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad es muy importante. Nuestra Unidad de Pago por Capitación está calculada para algunas acciones de promoción, pero más está enfocada para la prevención secundaria y terciaria, mas no para la prevención primaria. Es decir, nosotros en la UPC, el régimen contributivo recibe una UPC adicional que es para promoción y prevención. Las acciones de promoción y prevención están encaminadas, por ejemplo, a la toma de citología. Estas actividades corresponden a una detección temprana de cáncer de cuello uterino, o sea, actividades que se pueden relacionar con la prevención secundaria, pero no para poder actuar antes de la aparición de esa enfermedad. Entonces, quizás pudiéramos replantear y poder determinar cuáles acciones específicas de prevención secundaria son las que están impactando más pero que indudablemente se tengan que fortalecer y poder asignar más recursos, tanto que estén contenidos en este rubro que asigna para el régimen contributivo pero que también se debe

asignar en el régimen subsidiado y, sobre todo, asignar recursos para promoción y para la prevención primaria de la enfermedad. Esto debería ser intersectorial y no estar a cargo solamente del sistema de salud.

También pudiéramos pensar en que estas actividades estuvieran claramente contempladas en conceptos, en recursos y en responsabilidades de los administradores de recursos, que no solamente son las aseguradoras sino también las instituciones prestadoras de servicios. Ellos también administran recursos en cuanto a si se les asigna un porcentaje en la contratación pues administran muy bien para poder garantizar la atención. Y la Secretaría de Salud que maneja una parte de los recursos que no están contemplados en el Plan de Beneficios para una población específica. Entonces, es muy importante poder replantearnos esto.



Revisión y mejora de asignación de recursos?

- Análisis exhaustivo de la **metodología** de cálculo de la unidad de pago por capitación.
- Identificar escenarios de modelamiento que pueda no solo estimar sino predecir el gasto en el sistema de salud para una asignación de recursos con base en los datos de morbilidad atendida contemplando rangos ajustados a las proyecciones de tendencia y comportamiento de esta morbilidad pero también por resultados de gestión (ver indicadores por regiones) no solo concentración sino gestión.
- Revisar los cálculos de las estimaciones para Colombia de las enfermedades crónicas. (brecha grande), partiendo de la morbilidad atendida en nuestro sistema de salud. (uso de datos de la vida real)

REVISIÓN Y MEJORA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

(Min. 00:45:32)

Otra de las cosas que debemos revisar para mejorar la asignación de recursos es, quizás, lo que planteamos en Colombia, que es analizar con exhaustivo rigor cómo está constituida la metodología de cálculo en nuestra Unidad de Pago por Capitación. Probablemente nos haga falta tener en cuenta algunos aspectos que no estamos viendo y que desde que se asignan no se han podido cambiar o revisar, sino esos son; y creo que sería conveniente revisar qué nos hace falta para poder tener un mejor cálculo. Otro punto es identificar diferentes escenarios de modelamiento. Sabemos que el Ministerio de Salud lo ha hecho para poder hacer la predicción del gasto en el sistema de salud. Pero esos escenarios deben también ajustarse a lo que tenemos en el sistema, a contemplar rangos ajustados a estas proyecciones que tenemos de otros países y que probablemente no se ajusten a las condiciones y características de nuestra población. Y no solamente tener también una asignación de recursos diferencial por zonas porque se concentra ahí mejor la siniestralidad, sino también a la gestión que realicen en esas zonas los servicios o control de las enfermedades.

Es muy importante, y esto creo que aplica para todos los países, poder revisar los cálculos de las estimaciones que se hacen, no solamente en población sino también en enfermedades crónicas, porque a veces vemos que hay unas brechas muy grandes entre la estimación y lo que realmente pueda atender el sistema de salud, tanto en morbilidad atendida como en morbilidad sentida. A veces las estimaciones nos hacen pensar que nos falta mucho, pero también, a veces, nos hacen pensar que probablemente no estén bien calculadas. ¿Por qué? Porque se toman referentes de Europa, de Asia o de Estados Unidos que en América Latina, quizás, nuestras poblaciones tengan unos contextos diferentes.



- Para la asignación de recursos no se tienen en cuenta los casos atendidos en el sistema (no se ajusta por morbilidad) y si se tuvieran se realizaría su planificación calculando estimaciones a partir de lo que se tiene.
- Para la evaluación de indicadores de cobertura, (usamos las estimaciones) y por eso buscamos siempre mas enfermos para decir que estamos cumpliendo y que los datos que tenemos si son verdaderos porque la estimación se parece a lo que identificamos. **Entonces queremos mas enfermos o queremos mas sanos?**
- Para la evaluación de indicadores de impacto, buscamos mas sanos para decir que hemos evitado tantos casos.

(Min. 00:47:51)

Para la asignación de recursos nosotros quizás no tenemos en cuenta casos atendidos en el sistema porque no se ajusta por morbilidad y pudiéramos también evaluar por qué lo hacemos y la manera cómo lo hacemos. Por ejemplo, cuando nosotros evaluamos políticas públicas –y esto se ve en los diferentes escenarios que se comparten con otros países–, si hacemos una evaluación de indicadores de cobertura, usamos estimaciones. Pero es ilógico

a veces con lo que busca un sistema de salud. Para cumplir esa meta tenemos que buscar más enfermos. Por ejemplo, si nosotros revisamos la cascada de VIH, o las estimaciones de otras enfermedades, para Colombia teníamos estimado, para el año 2012, 270 000 casos de VIH que nos lo planteaban los organismos internacionales y por eso decían que Colombia era un país endémico para VIH. Cuando empezamos a medir en el sistema de salud cuáles eran los pacientes atendidos en el sistema, las primeras mediciones fueron 38 000 pacientes luego 40 000 y luego el otro año 63 000 pacientes y ahora ya tenemos 92 000 casos pero nunca llegamos a la estimación que son 270 000. Entonces, esto nos permite pensar: ¿las estimaciones sí son bien calculadas y estamos haciendo una planificación de los servicios adecuadamente con estas estimaciones o debemos empezar a mirar cómo estos datos de las estimaciones pueden ajustarse más a la vida real y de acuerdo a lo que tiene cada uno de los sistemas de salud? Entonces, a veces no sabemos si es que cuando nos falta cumplir una meta de cobertura queremos tener más enfermos porque no la cumplimos, como les decía en el caso de VIH. Hay una brecha entre el diagnóstico y hay una brecha entre lo que se debería tener identificado. Pues no lo sabemos. Nos toca mirar con la evolución y la tendencia de la concentración de estas enfermedades si, probablemente, las estimaciones estuvieron mal. Y por eso se ajustó la estimación de los pacientes con VIH a 140 000 ahora en Colombia, que es nuestra estimación calculada. Entonces, es muy importante si para unas cosas queremos buscar más enfermos o para la asignación de recursos queremos buscar que esté la población más sana y asignar menos. Estas son las incongruencias o dilemas a veces que encontramos en nuestros sistemas de salud.



Reflexiones

- Seguir los datos
- Cualquier inversión en el alivio de las enfermedades crónicas hoy en día podría potencialmente ofrecer enormes beneficios para años y generaciones futuras.
- Debemos examinar los datos, los tipos de intervenciones disponibles y el costo de implementación.
- “una onza de prevención vale una libra de cura”

Lizbeth Acuña Merchán

REFLEXIONES

(Min. 00:50:45)

Finalmente, seguir los datos es muy importante, esa recomendación que el gobierno nos hace. Si sabemos que las enfermedades crónicas están acabando prácticamente con los recursos asignados al sistema, pues empezamos desde antes asignando más hacia la prevención.

Cualquier inversión en el alivio de las enfermedades crónicas hoy en día podría potencialmente ofrecer enormes beneficios para años y generaciones futuras.

Debemos examinar los datos con los tipos de intervenciones disponibles y el costo de implementación de estas políticas.

Y, como decía uno de los autores muy famosos: “una onza de prevención vale más que una libra de cura”.



Reflexión

Ampliar la cobertura en el PBS debe contemplar, si ésta corresponde con la morbilidad, con el costo de lo que se incluye y con los recursos asignados. **De lo contrario, el acceso no es efectivo.**

REFLEXIÓN

(Min. 00:51:33)

Para nosotros es muy importante que, si bien tenemos una ampliación de cobertura en el Plan de Beneficios cada año, esta cobertura pudiera empezar a analizarse quizás con diferentes escenarios y mirar si ésta corresponde a la morbilidad de la población, con el costo de lo que se incluye y con los recursos asignados. Porque, de lo contrario, el acceso no es efectivo. Nosotros tenemos un sistema de salud que tiene una cobertura del 98% de la población. Nos falta muy poco para llegar al 100%. Tenemos garantizado un Plan de Beneficios que probablemente es uno de los más amplios del mundo pero también tenemos problemas en el acceso efectivo a esos servicios. Entonces, no es qué es lo que esté incluido sino es cómo se está garantizando llegar a tener el acceso no solamente para evitar complicaciones en estas enfermedades ni para aumentar el alto costo en los sistemas de salud, sino para garantizar verdaderamente un derecho a la salud y poder empezar a medir otras cosas diferentes. Uno de los retos importantes que tenemos en el sistema de salud es que, por ejemplo, no nos evalúen si la tasa de mortalidad es tal entonces debemos

Llegar a ésta, sino más bien tener la cara positiva y preguntar: ¿cuántas muertes podemos evitar? ¿cuánta sobrevida hemos ganado? O ver años de vida potenciales, que sería un complemento también adicional para poder evaluar muchos de los factores que estamos, por ejemplo, ahora identificando en enfermedad renal, en hemofilia etc., pero más hacia la parte saludable que quisiéramos tener el enfoque preventivo de los sistemas de salud y no medirnos probablemente con metas de indicadores que son de enfermedad. Entonces, estas acciones que se plantean de los diferentes sistemas de salud son un reto importante. Nuestro sistema planteó el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este MIAS plantea un enfoque preventivo más que curativo. El sistema de salud probablemente está haciendo su mayor esfuerzo para prepararse y abordarlo de la manera como está concebida el MIAS. Pero, sin embargo, hay que mirar por dónde empezar, qué es lo más importante y asignar los recursos necesarios para que suceda porque si no se quedaría como otra política más y sin ninguna evaluación de impacto, que es lo que a veces encontramos en nuestros países. Se generan muchas cosas que se deben hacer pero no se evalúa el impacto tanto en resultados en salud como el impacto no solamente de sustentabilidad financiera del sistema sino esto cuánto me pudiera llegar a costar en años futuros.

“Yo nunca adivino. Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se ajusten a las teorías, en lugar de ajustar las teorías a los hechos”.

Arthur Conan Doyle



(Min. 00:54:55)

Y para terminar, no sé si se acuerdan de Arthur Conan, quien ha sido conocido por las aventuras de Sherlock Holmes. Él dice: “Yo nunca adivino. Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se ajusten a las teorías en lugar de ajustar las teorías a los hechos”. Y creo que esto es un mensaje muy importante para todos. Es una reflexión que quisiera compartir personalmente porque tenemos que empezar a tener evidencia creíble y soportable en nuestros sistemas de salud porque de lo contrario no podemos hablar ni de valor ni de sostenibilidad si no sabemos ni intervenimos lo que no conocemos. Es muy importante que empecemos a trabajar. Estamos abiertos a compartir lo que nosotros tenemos para hacer los análisis pertinentes, no solamente en nuestro sistema de salud sino compartirlo con la región y poder garantizar que nuestros sistemas de salud avancen, no solamente en el diseño de políticas sino en la evaluación de impacto de las políticas basadas en hechos y datos y poder identificar quién agrega valor a nuestro sistema de salud e implementar estas políticas objetivas que por lo menos el BID ha impulsado ahora. De acuerdo con un documento que leí, no solamente basta con la regulación o, por ejemplo, el control de precios de medicamentos sino se está

abordando un combo de políticas para poder intervenir en las enfermedades oncológicas y en otro tipo de enfermedades que consumen muchos recursos en nuestros sistemas de salud. Pero esto solamente se elabora cuando se tiene información.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:59:09)

Pregunta:

¿Qué estrategias a nivel de política crees que se deberían seguir para generar más conciencia de la necesidad de aumentar el gasto en promoción y prevención?

Respuesta:

Yo creo que la conciencia o la sensibilización está, porque, como les decía, hace diez años la OMS firmó un pacto y este año en septiembre firmó otro pacto con todos los gobernantes del mundo para poder abordar las enfermedades crónicas. El problema es que no ha habido la voluntad, quizás, para poder pelear sobre estos recursos que de verdad necesitamos y, probablemente, las personas que asignen estos recursos o los ministerios encargados de estos recursos no entienden la necesidad que desde el sector salud sí vemos y que va a beneficiar no solamente el sector salud sino a todo un país. Entonces, el trabajar no solamente con los ministerios a cargo del proceso de atención de estas enfermedades y que lo lidera el Ministerio de Salud, hay una responsabilidad de prevención y promoción que debería de articularse con otras instituciones y otros ministerios, en el caso nuestro con el Ministerio de Hacienda. Pensamos que es muy importante que ojalá existiera una persona de salud en el Ministerio de Hacienda que pudiera entender que llegaríamos a asignar más recursos a la prevención y ver cómo esto desencadena importantes cosas para el país y nos lograra hacer entender que pudiera ser un avance muy importante. Pero también no se trata de solamente, creo yo, asignar recursos. Nosotros podemos tener intervenciones muy fáciles. Por ejemplo, primero voy a plantear una estrategia y cierro con otra que es viable y que se está peleando ya en casi todos los países. Nosotros, como profesionales de la salud, no promovemos buenos hábitos de la salud. Si nosotros vamos a cualquier clínica, a algún hospital, a las secretarías de salud o a cualquier institución de un profesional de salud vemos que existen máquinas dispensadoras de bebidas azucaradas, venta de comida chatarra de paquete y yo creo que estas estrategias no necesitan recursos. Necesitan que

nosotros demos ejemplo y que en estas instituciones, y hablo solamente del sector salud que es donde nosotros estamos abordando esto, para que no existiera eso y que el mismo ministerio o cualquier ente regulador prohibiera que se vendiera eso mientras que se está atendiendo un paciente o accede uno a los servicios, tendríamos una ganancia importante. En lugar de vender esa comida debería de proponerse vender frutas o agua y mientras tanto no ponerle a uno la novela en la sala de televisión sino poder hacer una actividad física, un estiramiento, una pausa activa, etc. Son cosas que no necesitan recursos pero que nosotros como profesionales de la salud sí debemos dar ejemplo.

Y nosotros hemos identificado que en las mismas secretarías de salud se venden paquetes de papas, gaseosas, dulces; entonces empezando por ahí, así como lo están haciendo en algunos colegios. Entonces, si se está promoviendo en los colegios cómo nosotros en el ámbito de la salud no sacamos de las clínicas y de los hospitales esa comida que no nos sirve.

Otra de las estrategias que deberían acogerse en los países es la que se está trabajando desde hace años, que fue liderada por nuestro ex-ministro Alejandro Gaviria, que son los impuestos a bebidas azucaradas y que probablemente por fin se dé un primer paso. Entonces, creo que tenemos algunas cosas importantes en donde sí deberíamos trabajar donde no se necesitan recursos; pero también en las que se necesitan recursos para tomar esa conciencia, debería venir de estos impuestos, pero también que nos escuchen en otros ministerios para que se pueda asignar dinero porque ya está demostrado que no hay plata para la prevención y que por eso aumenta el gasto en salud.

(Min. 01:05:27)

Pregunta:

¿Por qué crees que en Colombia se tiene un gasto en estas pocas enfermedades de alto costo más alto que en el promedio? ¿Cuáles pueden ser algunos de los factores que explican este comportamiento un poco anormal?

Respuesta:

Indudablemente yo creo que no podemos echarle la culpa al sistema de salud del todo. Nosotros no tenemos una cultura de cuidarnos nosotros mismos. Si nosotros sabemos que tenemos un antecedente familiar de diabetes o de hipertensión deberíamos de ser más cuidadosos y poder acceder a los servicios de salud oportunamente y así contribuiríamos todos en la cadena de poder prevenir o evitar estos tipos de enfermedades. Pero, infortunadamente, la cultura que nosotros tenemos, y por eso

pienso en la responsabilidad individual y el autocuidado, es acudir a los servicios cuando algo nos pasa. Entonces eso empieza por el autocuidado y la responsabilidad de cada uno de nosotros. El gasto que tenemos precisamente viene desde aquí. Desde la no conciencia, la no cultura, pero también tenemos adversidades y efectos de cómo nosotros operamos en el sistema. Por ejemplo, si tenemos asignados recursos para la prevención y no los usamos adecuadamente, porque si llamara a todas las mujeres para hacerles citología me implica más gasto, entonces ahí es donde empieza a verse el deterioro de la prevención de la enfermedad y a diluirse toda esa responsabilidad que se tiene desde la gestión clínica y la gestión administrativa. El conocimiento del clínico en estas enfermedades es muy importante pero, más allá de eso, es si los médicos... se involucrara más el personal de salud, no solamente los médicos, en cómo evitar la aparición de estas enfermedades y desde los programas académicos se enseñara con cuántos recursos contamos en el sistema y qué papel fundamental jugamos nosotros para poder evitar esta concentración del alto costo del gasto y de que todos nos tenemos que morir por estas enfermedades. Inevitablemente nos tenemos que morir pero podemos retrasar nuestra muerte evitando algunas de estas complicaciones de tener una enfermedad, yo creo que podría ser una de las contribuciones importantes en el sistema. Nuestro gasto en salud precisamente se debe a muchos factores que en este momento no estamos teniendo en cuenta pero que sí sabemos desde muy adentro, desde cada sector, cada actor y cada persona, que si pusiéramos un granito de arena las cosas serían diferentes.

Hay un componente importante desde la gestión clínica y la gestión administrativa que nosotros hemos tratado de abordar. En la gestión clínica a veces se omiten cosas. Por ejemplo, si un paciente diabético va a consulta, por qué no se le ordena su control de hemoglobina glicosilada. No se le exige periódicamente. Solamente se le prescribe la insulina. Entonces esas cosas y esa variabilidad clínica afecta mucho el proceso de atención e influye en que el alto costo esté aumentando cada vez más. Y si lo vemos desde la cuestión administrativa, las aseguradoras dan seguimiento del cumplimiento de lo mínimo que necesitan esos pacientes o, al menos, lo esencial para poder evitar esas complicaciones o detectarlas a tiempo porque, si no, lo detectas cuando el paciente ya está complicado o se deja progresar. Esto es lo que está influyendo, creo yo, sustancialmente, en la concentración del alto costo en el país.

(Min. 01:09:55)

Pregunta:

Sabemos que tú has estado en muchos países analizando este tema. ¿Hay algo que tú crees que hay en el diseño del sistema colombiano que facilita o que dificulta la gestión de este alto costo y que pueda explicar por qué es relativamente alto comparado con otros sistemas?

Respuesta:

Nosotros tenemos ventajas y desventajas. Al compararlo con otros sistemas de salud (*interrupción del audio*) identificar oportunidades de mejora porque tenemos información. Por ejemplo, en el caso de cáncer de mama, identificamos que no en todas las mujeres se cumple con un proceso de diagnóstico adecuado. Y esto influye en el tratamiento que se debe tener y en el alto costo que acarrea este proceso de atención. Entonces, al tener información y poder identificar esas oportunidades de mejora se disminuye la variabilidad clínica y tenemos un poco más conciencia, tenemos oportunidad de trabajar junto con los actores para hacerlo de una mejor manera y, sobre todo, transparente. Y esto comparado con otros países que nos han dicho que ellos no tienen un registro de información de estas enfermedades único como política del país, que no tienen evaluaciones del proceso de atención, saben que tienen tantos pacientes con cáncer, hemofilia u otra enfermedad, pero nada más. Y dicen que quisieran llegar a tener esto como Colombia lo tiene organizado y, de hecho, hemos podido aportar a los países de la región. Ellos acceden gratuitamente también a la página web de nosotros y descargan los documentos técnicos que generamos y los han adaptado para poder fortalecer su gestión. Pero tenemos unas desventajas. Y quizás por esto el alto costo del sistema se ve concentrado y nos cueste más que a otros países. Yo considero que el tener la oportunidad de ser un país con un libre mercado beneficia a las empresas, a la industria y a la economía del país pero quizás no a nuestro sector. Porque al haber tanta diversidad y tanto acceso por el libre mercado nosotros tenemos en el caso de estas enfermedades, por ejemplo, en el caso de la hemofilia, el 90% del costo está en el medicamento. Lo que vemos es que hay una política de regulación de precios de medicamentos, y sí efectivamente la hay, pero se cumple para un nivel de la cadena que es para los laboratorios farmacéuticos. Sin embargo, cuando el producto llega, por ejemplo, a la aseguradora, que es la que paga, pues el costo no se guía sobre la política de regulación. Y puede ser más y en otros es menos. Hay una variabilidad importante y ahí creo que hay un rompimiento de la política. O todos los actores de esta cadena están regulados, o ninguno, porque esto se presta para, de pronto, tener mayor corrupción.

En España o cualquier país de Europa o incluso en América Latina, los precios de las farmacias son iguales en todas. En Colombia no es el caso. Tenemos el caso de que unos medicamentos en Bogotá cuestan 120 000 pesos pero en Santander pueden costar 60 000 y en San Andrés cuestan 200 000 pesos. Entonces, esa falta de regulación de toda la cadena y a la vez el libre mercado no permite que podamos controlar ni el costo que está acarreado o cubierto por la UPC, ni el que no está por el Plan de Beneficios pero tampoco el gasto de bolsillo. Entonces, yo consideraría que nuestro problema es esa no regulación en toda la cadena, a pesar de que tenemos una política de control de precios de medicamentos. Y por otro lado, una de las soluciones – y yo veo que en otros países inclusive de la región funciona – es la compra centralizada para estas enfermedades de alto costo. Es una de las alternativas. Ya Colombia tiene, por ejemplo, un caso que es el de Hepatitis C como una primera experiencia como una estrategia gubernamental. Considero, personalmente, que es una de las estrategias más exitosas que ha tenido el país en esto. ¿Por qué? Porque no solamente se disminuye el costo y el paciente tiene el acceso, sino que tenemos la oportunidad de poder medir los resultados que se tienen por el uso de ese medicamento. Ya tenemos la información de un año. Ya cerramos dos cohortes y la efectividad del tratamiento se comprobó que es del 97% en nuestro país. Y tenemos resultados en salud e identificamos también que esos pacientes pueden necesitar otras atenciones para poder tener una mejor calidad de vida. Entonces no solamente es el control del precio sino que tenemos buenos resultados y eso es lo que llamamos el valor que agrega no solamente el medicamento sino toda una suma de actores para tener una sostenibilidad financiera. No es lo mismo, creo yo, que al extenderse probablemente en otras enfermedades como en hemofilia, en enfermedades huérfanas o en cáncer y en estas enfermedades tan complejas, esa podría ser una de las alternativas para que nuestro costo sea menor que en otros países.

(Min. 01:16:50)

Pregunta:

Esta pregunta es sobre las diferencias que hay en el alto costo entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Si hubiera diferencia, ¿cómo la explicas?

Respuesta:

El alto costo en el régimen contributivo se ha concentrado más por varios factores. Digamos que esa diferencia se ve primero desde cuando empezó nuestro sistema de salud. El Plan de

Beneficios del régimen contributivo era diferente al del régimen subsidiado. En el régimen subsidiado solo se cubrían enfermedades de alto costo y unas atenciones en el nivel primario. Y en el régimen contributivo, todo. Cuando ya se tiene la oportunidad, por ejemplo, en el año 2007, que empezó a operar la cuenta, todavía no había esa igualdad, pero sí en las atenciones de las enfermedades de alto costo; estas diferencias de concentración empezamos a identificarlas en que la persona que tiene una enfermedad de alto costo le daba temor pasarse o entrar al régimen subsidiado y por eso se afiliaba al régimen contributivo. De hecho, encontrábamos que algunas entidades privadas o laboratorios les pagaban a los pacientes la afiliación al régimen contributivo por el temor a que si se quedaban sin seguro estas enfermedades no estaban cubiertas. Y eso llevó a tener una mayor concentración del alto costo en el régimen contributivo desde sus inicios. Pero también el régimen contributivo tiene un índice de envejecimiento mayor que el régimen subsidiado. Entonces, esto, de acuerdo con las enfermedades cardiovasculares o estas enfermedades crónicas que se condicionan con la edad, es un factor muy importante e influyente y por eso las enfermedades crónicas no transmisibles se concentran más en el régimen contributivo donde teníamos un índice de envejecimiento mucho más alto. Ya hoy es menos la brecha, pero aún sigue siendo alto. Pero también influye la oportunidad de detección en el régimen subsidiado y en el régimen contributivo. En el régimen subsidiado, en las zonas más desprotegidas en atención es donde más opera el régimen subsidiado y la oportunidad de la detección de la enfermedad no era posible al 100%. Entonces esta brecha, a pesar de que se ha trabajado para disminuirla, aún sigue existiendo. Y también influye la cultura y aspectos socio-culturales de las personas. Las personas del régimen subsidiado, dado al nivel educativo y su condición que se concentra en la zona rural, no acceden a los servicios de salud por un tema cultural pero también a veces por las capacidades de desplazamientos que tengan a los servicios de salud. Entonces estas diferencias se han visto durante todos estos años. Ya es menos porque igual el régimen subsidiado ha mejorado muchísimo en la captación y en la identificación de estas enfermedades en su población y en programas exitosos para el financiamiento y control de estas enfermedades, pero también hace falta en otras zonas del país.

Y en el régimen subsidiado tenemos una concentración de la población indígena. La población indígena también tiene unos aspectos culturales importantes a considerar que no podríamos descuidar ni tener en cuenta para decir que el régimen subsidiado fuera mayor que el contributivo. No acceden tan fácil a los servicios de salud. De hecho, las mismas aseguradoras

que tienen a cargo población indígena en la Guajira nos han dicho que les toca pagarles para que asistan a la consulta. Entonces son acciones o estrategias que ellos también han diseñado para garantizar el acceso a la población, pero son aspectos también culturales y sociales que hacen esa diferencia.

