

Reflexiones sobre la sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia



Diana Sánchez Calderón

Médica especialista en Salud Ocupacional, magíster en Administración en Salud
Facultad de Medicina, Universidad El Bosque

La sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia ha sido materia de gran relevancia política, social y económica para el país, y ampliamente discutida desde hace varios años. Las estrategias para abordarla no son individuales y además son complejas, ante una problemática multicausal que genera preocupación entre diferentes actores del sistema de salud en nuestro país.

Es evidente que la transición epidemiológica y demográfica ha impactado de manera importante el perfil de morbilidad de la población. El aumento de la esperanza de vida al nacer, y con ello de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, evidentemente impactan las estructuras de financiamiento, dado el costo que implica el tratamiento de estas enfermedades y su rehabilitación.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS), elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2018 las enfermedades no transmisibles representaron más del 65 % de la morbilidad atendida, cifra que aumentó a más del 80 % en personas mayores de 60 años. De igual manera este informe estipula que alrededor de 1.500.000 habitantes se autodeclaran en situación de discapacidad, y cerca del 30 % de estos son adultos mayores (Ministerio de Salud, 2019).

Aunque a nivel gubernamental se han hecho esfuerzos para expedir políticas en salud pública encaminadas a las modificaciones positivas de los determinantes sociales, todavía existen brechas significativas entre lo normativo y lo operativo.

En principio, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) promulga elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad bajo un criterio de sostenibilidad fiscal, resaltando elementos como la regulación de los precios de medicamentos y tecnologías en salud, y la autonomía médica. Sin embargo, la prescripción de las tecnologías en salud que están por fuera del Plan de Beneficios no siempre responden a criterios de costo-eficiencia y costo-efectividad por parte de los profesionales de la medicina, que son los mayores ordenadores del gasto.

Además, según Gutiérrez (2018) en su informe del Centro de Investigación Económica y Social, Fedesarrollo, para 2018 Colombia era el país con mayor judicialización del Sistema de Salud, que deriva en la asignación de prestaciones excepcionales, lo cual impacta financieramente al sistema.

De otro lado la OCDE y el Banco Mundial, en su informe *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe, 2020*, identificaron como los principales elementos de desperdicio de recursos en salud, aquellos relacionados con la duplicidad en la prestación de servicios o la realización innecesaria de estos –lo cual denominan como “atención de bajo valor”–, el desbalance entre la obtención de un mismo resultado con menos recursos, y los malgastos administrativos y el fraude, estimando que esto representa entre el 20 y 30 % de los recursos de un sistema de salud en países como Australia y Estados Unidos.



Este mismo documento reconoce que Colombia ha establecido algunas medidas para reducir tanto el malgasto como la deuda acumulada con hospitales públicos, mediante estrategias de Gobierno como el Acuerdo de Punto Final, resultados que están pendientes de ser evaluados de manera exhaustiva (OCDE y BM, 2020).

Es conocido ampliamente que la fragmentación del Sistema y la desarticulación en la prestación de los servicios y la realización de exámenes aumenta el gasto en salud (Gutiérrez, 2018). En particular en Colombia, escenarios como el laboral, escolar, institucional y comunitario son atomizados frente a la concepción de salud de un mismo individuo, favoreciendo la multiplicidad de abordajes y el desperdicio de recursos. Esta realidad refleja la problemática de dar alcance a lo planteado en la Política Atención Integral en Salud (PAIS) y en la adopción del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite) (Resolución 2626, 2019), en los cuales se propone una verdadera gestión integral del riesgo, reconociendo los entornos en donde se desempeña cada individuo, según su ciclo de vida.

En relación con lo anterior, aún existen inmensos retos y disparidades territoriales frente a la gestión del riesgo. Elementos fundamentales como la caracterización de la población, el establecimiento de perfiles de morbilidad sectorizados y la precariedad en los sistemas de información transversales, hacen que ni aseguradores ni prestadores hayan logrado armonizarse del todo con un modelo de gestión eficiente (Vargas *et al.*, 2015; Vázquez *et al.*, 2015).

De otro lado, a pesar de que el Sistema de Salud colombiano se jacta de tener uno de los mayores porcentajes de cobertura a su población (cercano al 97 %), lo cual ha ido mejorando significativamente desde la expedición de la Ley 100 de 1993, todavía tiene serios problemas en acceso y equidad. Se calcula además un gasto de bolsillo promedio del 16 % para atender de manera directa la atención en salud, cifra que aunque se encuentra por encima de otros países de la OCDE no es crítica comparada con otros países de Latinoamérica, cuyo promedio es del 36 % (OCDE y Banco Mundial, 2020).

Por supuesto las alentadoras cifras de cobertura han impactado a su vez el costo de atención, pero eso no significan necesariamente una mayor resolutive o eficiencia, ni son sinónimo de acceso. Aún existen barreras muy importantes para ciertas regiones del país, e inequidades en la prestación de servicios (Núñez *et al.*, 2012). En promedio, el 4,1 % de los hogares colombianos experimentó gastos catastróficos en salud, es decir que excedieron su capacidad de pago para 2006 (Pérez y Silva, 2015).

Estas disparidades, sumadas a un modelo de atención basado en la enfermedad y no en la salud, son otro factor que pone en riesgo la sostenibilidad.

Las guías de práctica, los protocolos y el advenimiento de la medicina basada en la evidencia, cada vez más han venido siendo apropiados por profesionales e instituciones, lo cual favorece la regulación del gasto. Sin embargo, la deuda con la atención primaria en salud sigue vigente. Está probado que con estrategias de atención primaria se pueden evitar entre 21 y 35 % de las hospitalizaciones (Guanais, Gómez y Pinzón, 2012), y que modelos de atención centrados en esta tienen un gran impacto positivo en indicadores de morbimortalidad, y mejores resultados en salud con menor costo para los servicios (Starfield, Shi y Macinko, 2005).

El “mantenimiento de la salud” es un concepto malentendido con frecuencia, y algunos profesionales de la salud ordenan “chequeos” sustentados en programas de élite, los cuales carecen de evidencia y se basan solo en la capacidad de pago del individuo o su patrocinador, lo que aumenta el desperdicio de recursos del Sistema. Por el contrario, la efectividad de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad deben tener un sustento colectivo, que trascienda los resultados globales en salud.

Según el informe de la OCDE, un sistema que tenga fortalecida su atención primaria en salud puede evitar hasta 10 millones de hospitalizaciones al año, lo cual representa el 2,5 % del gasto en salud (Guanais *et al.*, 2012; OECD y BM, 2020).



También se podría discutir entonces la calidad e idoneidad con que son formados los profesionales de la medicina en Colombia. Tradicionalmente los currículos en la carrera de Medicina han estado centrados en la atención hospitalaria, dejando relegadas las competencias y la adquisición de habilidades de atención primaria a una escasa dedicación en los planes de estudio. Por otra parte, el desconocimiento de los profesionales de la salud en temas como gestión de riesgo y de recursos, y política en salud, reducen la conciencia del gasto cuando salen a ejercer su profesión.

A través del Observatorio de Salud - OPS/OMS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) han planteado algunos desafíos para el cumplimiento de metas regionales en torno a los recursos humanos en salud. Este proceso ya ha avanzado desde una línea de base a una segunda medición en 2013, y para Colombia el cumplimiento de metas en el desafío no. 5 no fue alentador.

Este desafío propone, entre otras metas, que el 80 % de las escuelas de ciencias de la salud reorienten su formación hacia la atención primaria en salud (APS), comunitaria e interprofesional, y que el 70 % de estas estén acreditadas. El Ministerio de Salud y Protección Social publicó en su informe de 2013 que solo el 23 % de las escuelas de medicina habían volcado sus currículos hacia la APS, y solo el 43 % estaban acreditadas en alta calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Es probable que estos indicadores hayan variado hacia la mejoría en los años recientes, pero aún hay vacíos importantes en la formación que deben ser asumidos por las instituciones de educación superior en respuesta a las necesidades del país frente a los ajustes del modelo de atención y la política vigente.

Sumado a lo anterior, y dando relevancia a la atención primaria, también es necesario que la población haga un cambio de visión frente a sus imaginarios del proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, la población que puede pagar planes voluntarios de salud (4,4 % de los hogares en Colombia para 2012) asocia esta adquisición con un estado de bienestar (Bardey, Zapata, Buitrago y Concha, 2013). Como se trata de un servicio voluntario mediado por un contrato, existe un incentivo positivo hacia su uso, lo cual puede generar tensiones entre el balance de un servicio adquirido y la garantía al derecho fundamental, lo que deriva en el uso de recursos como tutelas, que, como se dijo antes, judicializa el Sistema de Salud e incrementa los costos (Berrío, González y Castrillón, 2014). De otro lado, la población general que usa los servicios de salud tiene una marcada tendencia a solicitar la realización de exámenes especializados, la prescripción de tecnologías costosas o de reciente incorporación, con la idea de que eso se relaciona con una mejor atención (Torres *et al.*, 2018; Sánchez y Zurek, 2016).

La incorporación de tecnologías sanitarias en el país y su respectiva evaluación dentro de un balance costo-beneficio ha sido un tema álgido en el marco del aseguramiento. El cuidado de la salud como derecho fundamental y el estar a la vanguardia en investigación y desarrollo van de la mano, pero con el uso racional de los recursos. Al respecto, Colombia ha tenido avances significativos gracias a la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), mediante la Ley 1438 de 2011, y a la colaboración técnica y financiera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

De igual modo, la creación de la Cuenta de Alto Costo –por medio del Decreto 2699 de 2007– opera como un fondo autogestionado para enfermedades de alto costo articulando diferentes actores del Sistema de Salud. Por el momento este último organismo concentra sus acciones en las siguientes patologías: enfermedad renal crónica, VIH/sida, cáncer, hemofilia y artritis reumatoide, mediante un modelo de gestión con enfoque de riesgo. Estas últimas iniciativas, tendientes a reducir el desperdicio en salud, resultan destacables como política pública nacional y se espera que en adelante sigan impactando un mayor número de patologías.



Así mismo es de resaltar el logro obtenido en relación con el control de precios de medicamentos como directriz estatal. La Política Farmacéutica Nacional favorece el acceso, la oportunidad y calidad en la dispensación de diferentes moléculas, especialmente aquellas novedosas que antes eran inalcanzables para muchos de los colombianos. Esta regulación también impacta de manera positiva la judicialización del Sistema de Salud, ya que un porcentaje no despreciable de estos procesos corresponden a medicamentos, cifra que fue calculada en cerca del 20 % para 2014 (Sánchez, Mesa, Ruiz *et al.*, 2016). En general, se debe considerar como un gran acierto como protección a la salud pública, eficiencia en el gasto y reducción de la presión sobre el presupuesto público (Gaviria, González, Muñoz y Morales, 2016).

Otro punto relevante para abordar es el relacionado con la corrupción. Por una parte, la evasión y elusión en los aportes genera un hoyo de difícil fiscalización (para 2012 la evasión fue de 14,25 billones de pesos en el Sistema de Seguridad Social) (Penagos, 2019), y por otra, es sabido que muchos de los recursos destinados para la salud a nivel nacional, regional y territorial terminan derivándose en particulares. Existen algunas condiciones que propician la corrupción en el sector salud como la cantidad de actores, el monto de los recursos, la vulnerabilidad de sistemas de información y la debilidad en la gobernanza (Hussmann, 2011; Monsalve y Ureña, 2020).

En definitiva, el abordaje multidimensional de la sostenibilidad del sistema sanitario ha sido complejo para Colombia. Claramente existen avances significativos que se espera contribuyan a racionalizar los recursos, pero hay muchos retos por delante para la construir un sistema sólidamente sostenible que debe incluir: formación de talento humano en salud con enfoque comunitario y en gestión del riesgo; fortalecimiento de la APS; articulación intersectorial; reducción del desperdicio en salud; medidas anticorrupción; trabajo en las percepciones del proceso salud-enfermedad por parte de la población general; y, de manera indispensable, la aplicabilidad de la política pública operacionalizada mediante el modelo de atención vigente para Colombia.



Referencias

- Bardey, D., Zapata, J. G., Buitrago, G. y Concha, T. (2013). Mercado de seguros voluntarios de salud en Colombia: Informe final. Bogotá: Fedesarrollo.
- Berrío, M., González, F. y Castrillón, A. (2014). Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes contratantes en los planes voluntarios de salud. Caso Seguros de Vida Suramericana SA años 2011-2013. CES Derecho, 5(2), 122-138.
- Gaviria, A., González, P., Muñoz, G. y Morales, A. (2016). El debate de la regulación de medicamentos biotecnológicos: Colombia en el contexto internacional. Revista Panamericana de Salud Pública, 40, 40-47.
- Guanais, C., Gómez, R. y Pinzón, L. (2012). Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank.
- Gutiérrez, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Bogotá: Fedesarrollo.
- Husmann, K. (2011). Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional) [internet]. Centro Regional para América Latina y El Caribe, Panamá. In.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Análisis de Situación de Salud (ASIS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf
- Monsalve, D. y Ureña, I. (2020). Propuestas de arreglos institucionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como respuesta a la corrupción, en el marco del modelo de salud colombiano. Tesis de grado. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana,
- Núñez, J., Zapata, J., Castañeda, C., Fonseca, S. y Ramírez, J. (2012). La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo.
- OECD/The World Bank. (2020). Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- Penagos, N. (2019). La evasión y la elusión en los pagos al Sistema de Seguridad Social en Colombia: causas y acciones de intervención.
- Pérez, G. y Silva, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, 218.
- República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.



República de Colombia. (2019). Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial (Maite).

Sanchez, C. y Zurek, A. (2016). Patient perceptions of generic drugs: dispelling misconceptions. *US Pharm*, 41(6), 36-41.

Starfield, B., Shi, L. y Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

Sánchez, O., Mesa, G., Ruiz, A., Quintero, D., López, S., Serna, J. y Muñoz, P. (2016). Ahorro del sistema de salud por la regulación directa de precios de venta de medicamentos biotecnológicos en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 120-128.

Torres, C., Ángel, J., Klinger, H., Márquez, V., Micolta, J. y Sánchez, J. (2018). Medicamentos genéricos, percepción de los médicos. Cali-Colombia. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21(1), 40-44.

Vargas, I., Mogollón, A., De Paepe, P., Da Silva, M., Unger, J. y Vázquez, M. (2015). Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research*, 15(1), 213.

Vázquez, M., Vargas, I., Unger, J., De Paepe, P., Mogollón, A., Samico, I., . . . Rovere, M. (2015). Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*, 5(7).