



## **Experiencia internacional en diseño y ajuste de un Plan de Beneficios: criterios, procesos e instituciones**

### **Documento preliminar que hace parte del documento: “Diseño, implementación y ajuste de los planes de beneficios, el caso colombiano”**

**Ursula Giedion, Adriana Pulido- Consultoras PARS**

Este capítulo pretende revisar la experiencia de algunos países que también han optado por diseñar una canasta de servicios de salud para identificar algunos desafíos y oportunidades que puedan servir como lecciones para Colombia. Algunos de las temáticas que encontraremos en esta revisión están relacionadas con: las múltiples opciones que existen para presentar el catálogo de beneficios (por servicios, patologías, poblaciones, intervenciones etc.); los criterios para la inclusión o exclusión de servicios; las dificultades relacionadas con la ausencia de la información; el pasado como un determinante de la configuración actual de una canasta de servicios; la importancia de reglas claras para el ajuste y costeo un plan de beneficios; la tendencia hacia la inclusión nuevas tecnología condicionada al seguimiento de ciertas guías clínicas y finalmente, algunas preguntas para las cuales no parecen existir respuestas tales como es mejor un paquete en términos de coberturas de patologías o de intervenciones? Es mejor un paquete formulado en términos muy generales u otro muy específico? Cómo incorporar la dimensión de equidad en la priorización? Hasta qué punto debiera participar el público en el ejercicio del diseño y ajuste de un paquete de beneficios y, la más difícil de todas, quién debiera tomar las decisiones sobre la exclusión o inclusión de servicios.

#### **1.1 El caso de Israel**

##### **(a) Introducción: un sistema de salud muy similar al colombiano**

En 1995, el gobierno de Israel adoptó una reforma de su sistema de salud que en varios aspectos se parece a la reforma colombiana. Se destacan las siguientes características:

- El seguro de salud se convierte en obligatorio y universal al extender la cobertura a todos los residentes del país.<sup>1</sup>
- Los servicios de salud son prestados a través de cuatro Fondos de Salud (Sickness Funds), la totalidad de los cuales ya existían antes de la reforma.
- La así llamada canasta básica de servicios de salud, es uniforme para toda la población (6 millones de personas) y es definida por ley del parlamento.
- Los asegurados pueden optar por cualquiera de los cuatro Fondos de Salud para recibir los servicios incluidos en la canasta básica de servicios y tienen la libertad de cambiarse de fondo en forma semestral.
- Todos los servicios incluidos en la canasta básica son financiados por un solo impuesto parafiscal recaudado por el estado a través del Instituto Nacional del Seguro.<sup>2</sup> Este

<sup>1</sup> Cabe notar que la cobertura de aseguramiento ya estaba en 95% de la población antes de adoptarse la reforma.

<sup>2</sup> Según Shani et al. 2000 con un costo de US\$ 4 billones para 6 millones de israelíes para 1999).



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

impuesto es aportado como un porcentaje fijo del salario mensual de todos los trabajadores activos y pasivos (financiación vía parafiscales). Para los desocupados, el Estado aporta un porcentaje igual al de los trabajadores pasivos. Lo anterior implica la financiación pública de un paquete único de servicios para todos los ciudadanos israelíes.

- La transferencia del Instituto nacional del Seguro a los Fondos de Salud, se realiza sobre la base de una fórmula de capitación ajustada por edad (equivalente a la UPC).

Al igual que en Colombia, la búsqueda de una *mayor eficiencia del gasto público* en salud fue uno de los objetivos centrales de esta reforma. Se propuso dentro de este marco, la implementación de un proceso explícito de priorización de los servicios de salud. Pueden distinguirse dos períodos en el proceso israelí de consolidación de su sistema de priorización: Un primer período que abarca el primer lustro de la reforma se caracteriza por un lado por el establecimiento de algunas reglas de juego muy claras sobre respecto a la actualización de la prima y por otro lado por unos procesos de ajuste de la canasta de servicios esporádicos y determinados por la coyuntura política del momento y no la aplicación de un marco de referencia claro de priorización. El segundo período, que comienza con la sistematización de los procesos de priorización en el año 1999, se caracteriza por la consolidación de un marco más explícito y claro de ajuste de la canasta de los servicios. A continuación se describen las principales características en el diseño y ajuste de la canasta israelí de servicios.

### a) Diseño y ajuste de la canasta de servicios en Israel

*Configuración inicial de la canasta de servicios.* El paquete de beneficios aprobado con la reforma no se basó en criterios de costo efectividad sino que se *adoptó la canasta de servicios que ya existió antes de la reforma en el fondo de salud más grande* y que agrupaba el 75% de toda la población afiliada previamente a la reforma. El criterio para escoger la canasta que ofrecía éste fondo y no el de otros se basaba en consideraciones de eficiencia: se estimaba que este fondo tenía el gasto per cápita más bajo y ofrecía a la vez una canasta de servicios razonablemente amplia (véase Chinitz et al. 1997). La canasta así definida cubre los servicios ambulatorios, hospitalarios y los medicamentos y excluye la cobertura para enfermedades crónicas (cuidados long-term (¿? Qué traducción al español), los cuidados psiquiátricos, los servicios preventivos y de salud pública y los servicios odontológicos (Eurohealth). Los hogares y varias entidades estatales concurren en el financiamiento de estos servicios excluidos. El paquete está formalmente dividido en dos partes: La así llamada “Lista Nacional de Medicamentos Reembolsados”(National Reimbursed Drugs List o NRDL) y el listado de todas las demás tecnologías médicas. La NRDL está compuesta por un listado de todos los medicamentos en su presentación genérica. La canasta de las demás tecnologías médicas está compuesta por una combinación de descripciones genéricas de procedimientos médicos tales como “consulta externa, diagnóstico y tratamiento” y de referencias a tecnologías muy específicas tales como “tomografía axial” o “imagen por resonancia magnética”. Como bien plantea Shani (Shani et al. 2002, p 135-136) ambas formas de describir los servicios cubiertos plantean serias dificultades en un contexto de cambios rápidos de la tecnología médica disponible: la descripción genérica haría suponer una actualización automática de la tecnología cubierta por la canasta lo que es problemático cuando en la mayoría de los casos la tecnología nueva es más costosa que la anterior. Por otro lado, una descripción muy detallada de los servicios cubiertos vuelve engorroso y lento cualquier proceso de actualización de la tecnología disponible ya que ésta tiene que ser negociada y acordada a través de todo el proceso de priorización. Finalmente cabe notar que en la canasta israelí, algunos servicios tales como mamografías vienen acompañados de guías clínicas específicas con el fin de limitar la discrecionalidad de los fondos de salud a la hora de autorizarlos.

*Reglas claras respecto al ajuste de la prima.* La reforma israelí estipuló desde el principio algunas reglas de juego claras para ajustar la prima de la canasta de servicios (equivalente a la UPC). En primer



lugar, la ley de reforma de salud israelí indica que el Ministerio de Salud puede recomendar *adiciones al paquete* de beneficios pero estipula que éstas *sólo pueden hacerse si los recursos requeridos para financiarlas están disponibles*:

“The Minister of Health may, by decree, make changes in the List of Health Services, provided that he shall make no change that derogates from the basket or that increases its cost. No service shall be added to the basket of services at no cost or for a payment lower than its cost unless a source of funding, or a source that has become available due to cancellation of a service or increased efficiency, is found therefore (Art. A(e) (en Shani et al. 2002, p. 136).”

Esto último es importante ya que estipula muy claramente las reglas de juego en cuanto a la financiación de futuras inclusiones: No hay inclusión automática de tecnologías nuevas para procedimientos formulados en términos genéricos cuando éstas conllevan aumentos en el costo.

En esta misma línea, la ley estipula que la prima tiene que ajustarse anualmente de acuerdo al así llamado *índice de costos de vida en salud*. Este índice es construido por la Oficina Central de Estadísticas (equivalente al DANE) y está compuesto por los siguientes factores y pesos relativos<sup>3</sup>:

- El índice de salarios promedios del sector de salud: 36%
- El índice de salarios promedios para el sector público: 22%
- El índice de precios de costo de vida: 23%
- El índice de precios de medicamentos al mayorista: 17%
- El índice de precios de producción: 2%

Esta fórmula fue ajustada en el año 97 para incorporar cambios demográficos (aumento de la población y cambios en la distribución de la población por edad).

Finalmente, en el año 1998 se estipuló que la canasta de medicamentos tenía que ser actualizada una vez por año.

A partir de finales de los noventa se dio lo que podría llamarse la consolidación del proceso de priorización explícita (Shani et al. 2000). En efecto, desde 1999, se actualiza *anualmente* la canasta de servicios a través de un mecanismo sistemático y estructurado (Tamir et al. 2006). A continuación presentamos una breve descripción de estos mecanismos en términos de actores, criterios y procesos de actualización del paquete de beneficios israelí.

*Quién decide sobre los servicios a incluir en el NHS?* El principal actor es el Comité Asesor Público Nacional (Public National Advisory Committee, PNAC) cuyos miembros son nombrados por el Ministerio de Salud, y desde el año 2006, el Ministerio de Hacienda. Por ejemplo, en el año 2006, fueron nombrados dos economistas de la salud así como una persona que se había ganado un premio nobel de economía de teorías de juego. El encargado de alimentar este Comité con una lista priorizada de candidatos a inclusión es una dependencia del Ministerio de Salud llamada Dirección de Administración de Tecnologías Médica. Desde el principio se puso un énfasis en la relación entre ajuste de la canasta de servicios y prima al crearse, en el año 2006, un subcomité encargado de estimar el costo global de cada tecnología nueva a incluirse en el sistema. Este subcomité incluye funcionarios del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda y de de las organizaciones sin ánimo de lucro que operan como administradores (véase box sobre Ezetimibe). Este comité no sólo hace estimativos sobre el costo sino también discute asuntos metodológicos asociados con este tema. Por ejemplo recientemente debatió sobre cuál debiera ser la metodología a utilizar para costear el costo de la inclusión de nuevos medicamentos

---

<sup>3</sup> Véase Senate Report 288, 2006.



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

considerando que estos estimativos del costo debieran tener en cuenta que por un lado, los precios reales de los medicamentos suelen ser más bajos que los de los listados de referencia y que, por otro lado, la utilización de servicios suele ser más alta de lo que inicialmente se prevé.

*Procesos.* Según Shani et al.2000 el proceso de ajuste del contenido de la canasta de servicios consta de las siguientes seis pasos:

1. *Invitación a presentar propuestas* para la inclusión por parte de todos los actores del sistema. Se llama a presentar propuestas a todos los actores (asociaciones, hospitales, gremios etc.). Las propuestas de candidatos a inclusión tienen que incluir información concerniente la descripción de la tecnología, evidencia de su seguridad eficacia y efectividad, tratamientos alternativos utilizados en la fecha en la canasta básica vigente, cantidad de pacientes sufriendo de la enfermedad, estimativo del número de pacientes que serían tratados con la nueva tecnología, costo de tratamiento de los pacientes comparando la anterior y la nueva tecnología. En otras palabras: parte del trabajo preliminar de evaluación es transferido a los interesados y el Ministerio centra sus esfuerzos en hacer una evaluación de estas propuestas.
2. *Evaluación rápida y filtraje preliminar por parte de la Dirección de Administración de Tecnología* (se descartaron por ejemplo, tecnologías que mejoraban los estándares de la práctica médica sin cambiar significativamente la calidad del tratamiento o aquellas tecnologías que requerían aumentos importantes en infraestructura)
3. *Colección de datos y evaluación inicial por parte de la Dirección de Administración de Tecnologías y grupos ad hoc.* Tres grupos ad hoc abordan por separado la evaluación sobre la efectividad clínica, epidemiológica y de costo de cada una de las inclusiones propuestas.
4. *Evaluación integral.* Los resultados de las evaluaciones de cada uno de los tres grupos se analiza por parte de un grupo de funcionarios del Ministerio llamado Foro de Tecnología quien establece unos resúmenes de tres páginas respecto a la evidencia clínica, epidemiológica y económica de cada uno de los candidatos a la inclusión. Además, para cada uno de éstos se indica si es de baja, media o alta prioridad de acuerdo a un conjunto de criterios descrito en la tabla siguiente. No existen ponderadores únicos para cada uno de estos criterios.
5. *Toma de decisiones.* El Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Hacienda (desde 2006) nombran un Comité Asesor Público Nacional (el Comité) de 14 miembros presidido por el Ministro de Salud.
6. *Aprobación por parte del gobierno.*

### Box 1: Criterios para la priorización en Israel a la hora de evaluar nuevas tecnologías

- Tecnología que salva vidas y que permite la recuperación total de la salud.
- El potencial que tiene la tecnología de prevenir la morbi-mortalidad.
- El número de pacientes que se benefician de la tecnología.
- La carga financiera para la sociedad y el paciente.
- Tecnología nueva para enfermedades leves par alas cuales ningún tratamiento alterno existe.
- Tecnología nueva para enfermedades severas par alas cuales ningún tratamiento alterno existe.
- Tecnología que permite un aumento en la longevidad y calidad de vida.
- Comparación de beneficio de reducir la morbilidad versus beneficio de mejorar la calidad de vida.
- Tecnología para la cual la ganancia neta para el sistema de salud o la sociedad es mayor que su costo en una perspectiva de corto y largo plazo.



- Ayuda mutua para financiar con recursos públicos una tecnología con probada efectividad que resulta muy costosa para el individuo pero que tiene un costo razonable la sociedad como un todo.

---

Fuente: Shani et al. 2000, p. 177.

*Qué incluir?* Durante los primeros 5 años de la reforma, no se hizo ninguna inclusión con excepción del Betaseron (véase *box.*). En el año 2000 se incluyeron medicamentos para diferentes tipos de cáncer, osteoporosis, depresión y enfermedad de Alzheimer. Según Tamir, 2006, las inclusiones que se han hecho hasta la fecha se ha concentrado en la inclusión de nuevos tratamientos muy costosos para pocos pacientes en detrimento de otras intervenciones menos costosas y utilizadas por un mayor número de pacientes.

*Financiamiento de las inclusiones.* Anualmente el Ministerio de Hacienda le comunica explícitamente al Comité los recursos que están disponibles para incluir nuevas tecnologías. Esto, junto con el ajuste de la prima según el índice de costo de salud y la obligación actualizar anualmente el paquete de beneficios es interesante dado que en el caso de Colombia se mezclan estos tres aspectos del ajuste de la UPC: el cálculo de recursos disponibles para aumentar la UPC, el ajuste de la prima por razones de cambio en el costo de provisión del paquete existente y los recursos disponibles para incluir nuevas tecnologías. Como se verá más adelante, en Colombia el ajuste de la prima suele ser resultado simplemente de un ejercicio de cálculo de la disponibilidad de recursos sin que este se relacione ni con el aumento del costo de prestar el POS ni con las inclusiones. Israel logró separar la discusión de inclusiones al paquete de beneficios y del correspondiente aumento de la discusión del equilibrio financiero y cambio en el costo de la canasta de servicios. Más aún, existe un mecanismo automático que estipula el ajuste de la prima por cambios en el costo de prestación de servicios según un algoritmo predefinido. Hay voces en Israel que promueven la adopción de otro ajuste automático de la prima conforme cambia la tecnología (buscar las referencias de prensa al respecto). Al aprobarse la reforma, el Ministerio de Salud consideraba que los recursos para financiar la canasta de servicios de salud debieran aumentar entre 2-4% para poder hacer frente al cambio de la tecnología (entre US\$ 80 y 160 millones/ año).

*El proceso de tire y afloje entre el Ministerio de Hacienda, el Comité y el público para autorizar la financiación para la inclusión de nuevas tecnologías.* Durante los primeros años de la reforma, el Ministerio de Hacienda autorizó muy pocas inclusiones<sup>4</sup> al paquete de beneficios en virtud de las restricciones fiscales que vivía el país. Las pocas inclusiones de este primer período respondían más a presiones políticas que a un proceso sistemático de priorización e iban en contravía de las recomendaciones del Ministerio de Salud (véase *Box*). Más recientemente y en virtud de la norma de actualización periódica de la canasta de servicios mencionada anteriormente, se han dado procesos *anuales* de inclusiones y ajustes de la canasta. Estos procesos se han convertido en un ejercicio largo de negociación y presiones entre el Comité, el Ministerio de Hacienda y el Público. Por ejemplo, en el año 2006, el Ministerio de Hacienda autorizó una partida presupuestal de hasta US\$ 44 millones para financiar nuevas inclusiones. A pesar de esta restricción clara, el Comité decidió recomendar inclusiones por un monto de US\$103 millones. Frente a esta situación el gobierno autorizó un aumento de hasta US\$ 69 millones. El Comité informó al público que la brecha de US\$35 millones entre lo propuesto por él y lo autorizado al gobierno implicaba la eliminación de inclusiones (tales como hormonas de crecimiento para niños, y omazulib para tratar ciertos casos de pacientes con asthma).<sup>5</sup> La decisión de excluir algunas de las

---

<sup>4</sup> La única excepción fue la inclusión del Betaseron para el tratamiento de la esclerosis múltiple que se hizo por dictamen legal.

<sup>5</sup> Una descripción detallada de este proceso se encuentra en Tamir et al. 2006 disponible en la siguiente página web: [www.ima.org.il/imag/ar06sep-1.pdf](http://www.ima.org.il/imag/ar06sep-1.pdf).



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

inclusiones que habían sido propuestas inicialmente por el Comité generó mucha crítica y resistencia por parte los grupos de pacientes afectados y los medios de comunicación. Esta protesta llevó finalmente a un aumento de US\$ 156 millones con el compromiso de que este aumento comprometía parte de los aumentos previstos para la siguiente vigencia. El anterior episodio muestra claramente que la priorización explícita y con participación del público muy seguramente generará resistencia entre algunos grupos (siempre habrá perdedores en este tema) y un costo político importante que los sistemas de salud no siempre estarán en capacidad de pagar o que implicará un proceso de negociación política con los afectos (en Israel se cedió finalmente ante la presión pero se hipotecó el ajuste de la canasta para las siguientes vigencias).

---

### *Box: La presión de grupo de pacientes y de los medios como mecanismo para la priorización*

En 1995, varios fondos de salud le negaron el suministro del Betaseron para el tratamiento de la múltiple sclerosis a sus afiliados. Los pacientes interpusieron demandas ante las cortes quienes obligaron a los fondos de suministrar el medicamento. En enero de 1995, el Ministerio decidió incluir el Betaseron. En 1996, el Ministerio incluyó el Betaseron como consecuencia de un fallo jurídico y justificó su decisión (o más bien obediencia con el fallo) indicando con el argumento de que "si no beneficia al paciente por lo menos no hace daño" o sea, sin ejercicio de priorización explícito. Igualmente, cuando el Ministerio pretendió condicionar la entrega del Betaseron al seguimiento de unas guías clínicas con el fin de racionalizar su uso, la Corte de este país obligó al Estado a financiar el medicamento a todos los pacientes bajo consideraciones de equidad..

Fuente: Chinitz et al. 1997

### **b) Lecciones de la experiencia de Israel**

La anterior descripción hace saltar a la vista muchas similitudes entre el sistema de salud israelí y el colombiano. En realidad, el sistema de salud israelí es no sólo el más parecido de los descritos en este capítulo sino que es muy posiblemente el que más se asemeja al sistema colombiano a nivel internacional. Es por ello que la experiencia israelí es de muchísima relevancia para Colombia. Además de contar con un sistema de salud muy parecido al colombiano, la experiencia israelí en materia de diseño y ajuste provee varias lecciones interesantes para Colombia entre las cuales las siguientes:

- La identificación de los candidatos a inclusión proviene de todos los actores potencialmente interesados.
- En todo momento fueron explícitos y claros los criterios de la priorización dentro de los candidatos a inclusión.
- La participación del público a través de los medios y de los grupos de pacientes puede ser un arma de doble filo en el sentido de que en Israel varias de las decisiones de priorización han tenido que ceder ante la presión de grupos de interés particulares no favorecidas por las decisiones de inclusión y posiblemente en detrimento del interés de la población en general.
- La priorización es un proceso de "filtraje" donde se parte de un conjunto amplio de candidatos a inclusión a un conjunto cada vez más restringido a medida que pase los diferentes organismos involucrados.
- El establecimiento de una lista de priorización es un proceso de negociación e interacción. En otras palabras: cualquier proceso de priorización que quiere contar con la legitimidad de sus resultados debe abarcar un espectro amplio de la sociedad e



implica tiempo. En términos de tiempos, esto significaría por ejemplo, que la decisión de las inclusiones del POS tendría que ser precedida de un proceso de varios meses de evaluación, discusión y negociación.

- Ha existido un interés por parte de varios actores de sustituir las arduas negociaciones anuales entre el Ministerio de Hacienda (quien está interesado ante todo en el equilibrio fiscal) y el comité encargado de actualizar la canasta de beneficios (interesado principalmente en incluir todas las nuevas tecnologías que resultan benéficas para los pacientes) respecto al monto de recursos disponible para actualizar la canasta de beneficios por la adopción de una regla clara y previsible acerca del aumento anual del valor de la canasta prevista para ajustarla a las nuevas tecnologías disponibles.

Por último, con miras a permitir que el tema de la actualización del POS vuelva a estar en forma importante en las agendas del CNSSS (y más adelante la CRES) podría ser útil evaluar la forma en que Israel logró separar las decisiones relacionados con i) el equilibrio financiero del sistema y los recursos potenciales disponibles para aumentar de la prima, ii) el ajuste de la prima por razones de aumento del costo relacionado con cambios en los precios de los insumos y cambios en la demanda relacionados con la estructura demográfica y, iii) y el aumento de la canasta de servicios. En Israel la primera decisión surge en gran medida del Ministerio de Hacienda, la segunda decisión se hace en forma automática siguiendo un algoritmo predefinido y la tercera decisión sigue un complejo proceso de evaluaciones técnicas y deliberaciones políticas.

## 1.2 El caso de Chile<sup>6</sup>

### (b) La génesis de una canasta universal que cubre un número limitado de patologías

Chile vive un período de reforma de su sistema de salud que se intensificó a partir del año 2000 cuando se estableció la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se comprometió públicamente a presentar un paquete legislativo al Congreso Nacional sobre el tema. Después de una serie de etapas preparatorias, los proyectos de leyes ingresaron a discusión parlamentaria en mayo de 2002. El proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados ha sido el así llamado Sistema de Garantías en Salud, más conocido por su sigla AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).

Bajo el esquema AUGE, todos los chilenos que requieran de la atención de las *enfermedades* cuyos tratamientos han sido priorizadas, tienen garantías de calidad, oportunidad y cobertura de financiamiento.<sup>7</sup> En este momento el AUGE cubre la atención integral, establecida mediante guías clínicas<sup>8</sup>, de las enfermedades que aparecen en la siguiente tabla. Como de ahí se desprende, Chile optó por definir el contenido de su canasta de servicios en términos de patologías cubiertas, guías clínicas

---

<sup>6</sup> Basado en gran medida en: Jiménez de la Jara, J., 2005 La Reforma Sanitaria de Chile y los cuidados terminales, en: ARS Medica No 11, 2005, Universidad Católica de Chile. Chile.

<sup>7</sup> Según los funcionarios públicos del AUGE, menos del 2% de los pacientes que podrían haber recibido tratamiento en virtud del AUGE, no recibió atención dentro del período de tiempo establecido (Dowling, 2007, Reforma a la salud: hay que hacer más exámenes.)

<sup>8</sup> Para una descripción de las guías clínicas para la atención de cualquiera de las enfermedades incluidas en el AUGE, véase <http://www.supersalud.cl/568/propertyname-501.html> (páginas de la Superintendencia de Salud de Chile).



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia  
Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

asociadas a éstas y garantías explícitas de calidad, oportunidad y protección financiera para cada una de éstas.<sup>9</sup>

DOCUMENTO BORRADOR

---

<sup>9</sup> Para una descripción de éstas garantías explícitas véase <http://www.supersalud.cl/568/propertyname-501.html> (páginas de la Superintendencia de Salud de Chile).



**Tabla 1: Cobertura AUGE Chile, 2007**

<b>EIAUGE y la mujer</b>
Cáncer cervicouterino
Cáncer de mama en personas de 15 años y más
Prevención del parto prematuro
<b>EIAUGE y el hombre</b>
Hiperplasia benigna de la próstata
Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
<b>EIAUGE y el niño</b>
Tratamiento quirúrgico de la escoliosis en menores de 25 años
Cardiopatía congénita operable en menores de 15 años
Fisura labiopalatina
Cáncer en menores de 15 años
Disrafias espinales
Infección respiratoria aguda (IRA baja)
Salud oral integral para niños de 6 años
Prematurez
Estrabismo en menores de 9 años
Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
<b>EIAUGE y el cáncer</b>
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
Linfomas en personas de 15 años más
Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
Cáncer gástrico en personas de 15 años y más
<b>EL AUGE y las enfermedades crónicas</b>
Diabetes Mellitus Tipo 1
Diabetes Mellitus Tipo 2
Retinopatía diabética
Insuficiencia renal crónica terminal
VIH/SIDA
Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
Hemofilia
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de manejo ambulatorio
<b>EL AUGE y el adulto mayor</b>
Tratamiento quirúrgico de cataratas
Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera y limitación funcional severa
Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
Vicios de refracción en personas de 65 años y más



Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
El AUGE y el corazón
Infarto agudo al miocardio
Trastornos de generación del impulso cardíaco y su conducción en personas de 1 años y más, y que requieren marcapasos
El AUGE y la salud Mental
Depresión en personas de 15 años y más
Esquizofrenia
El AUGE y las urgencias
Desprendimiento de retina
Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más
16 patologías que ingresaron al AUGE en Julio de 2007
Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de caderas y/o rodillas, leve o moderada
Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar
Leucemia en personas de 15 años y más
Urgencia odontológica ambulatoria
Salud oral integral del adulto de 60 años
Politraumatizado grave
Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave
Trauma ocular grave
Fibrosis Quística
Artritis Reumatoide
Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
Analgesia del Parto
Gran Quemado
Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.

Fuente: [http://www.gobiernodechile.cl/plan\\_auge/que\\_garantiza.asp](http://www.gobiernodechile.cl/plan_auge/que_garantiza.asp) consultada el 29 de agosto de 2007.

Pacientes que padecen de enfermedades no incluidas en el anterior listado (tales como hernias o venas varicosas) no son cubiertos por el AUGE pero pueden acceder a la red pública según la disponibilidad de ésta (un poco como los vinculados pueden acceder a los hospitales públicos colombianos).

### c) Criterios de priorización para el diseño de la canasta AUGE

El punto de partida para la priorización fue el análisis de la información del estado de salud de la población chilena en términos de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico general mostraba que a pesar de que los principales indicadores de salud de los chilenos habían mejorado considerablemente en las pasadas décadas, algunas enfermedades no contagiosas tales como las enfermedades cardíacas y el cáncer estaban aumentando rápidamente y requerían de una mayor atención por parte del gobierno. Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los recursos disponibles, se intentó establecer una priorización de las enfermedades y condiciones de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también ayudar en las decisiones sobre implementación. Para este fin, se elaboró un algoritmo de priorización, que se muestra en la siguiente figura.



En primer lugar se definieron los criterios de inclusión las enfermedades prioritarias. Eso se hizo con base en la magnitud y trascendencia del problema así como existencia de intervenciones costo-efectivas para abordarlo. La *magnitud* está determinada por la prevalencia, es decir, el stock actual de casos (porcentaje de la población afectada por una determinada patología) y la incidencia, el total de nuevos casos por año. La *trascendencia o gravedad*, ha sido asimilado por el plan AUGE por el parámetro de AVISA y por las preferencias de los usuarios. El indicador AVISA especifica la cantidad de personas que mueren por una patología y por la cantidad de años de vida saludables perdidos por una dolencia. Paralelo a este factor se han incluidos las preferencias de usuarios dado que ellas han determinado prioridades que no habían sido determinadas. Según indican los estudios hechos en Chile sobre el particular, ese sería el caso del embarazo y el parto que, como procesos naturales no habían sido mayormente examinados. La *efectividad* está compuesta por la eficacia comprobada de los tratamientos disponibles en las fases de diagnóstico, de curación y de recuperación y por la cobertura posible, tanto geográfica como de porcentaje de la población. En concreto y en relación al gráfico, el tratamiento para una determinada patología puede ser alta, media o baja y la oferta, puede ser suficiente o insuficiente. Como indican las flechas de la Figura 1, una patología que adquiere prioridad por los dos primeros factores (magnitud y trascendencia) y que además tiene una efectividad alta o media y una oferta suficiente para su tratamiento seguirá siendo evaluada por los siguientes criterios de priorización. En cambio, si la efectividad es baja o la capacidad instalada para ella es insuficiente no hará parte del AUGE y continuará siendo tratada en las mismas condiciones que antes de la reforma. Una enfermedad fue considerada prioritaria si cumple con alguno de los siguientes criterios: i) Alta carga de enfermedad, ii) Alta prioridad para los usuarios iii) Alta “vulnerabilidad” del problema en el sentido de que existan actualmente intervenciones costo efectivas para resolverlo.<sup>10</sup>

Una patología que pasa los anteriores filtros será evaluada por la carga financiera que genera en los hogares. Hasta el momento, se considera desestabilizante para una familia un gasto en salud mayor a dos sueldos anuales. El siguiente componente del algoritmo de priorización ha sido denominado consenso social y corresponde al principio “el AUGE lo define la sociedad chilena”. Supone la constitución de un Consejo Nacional del Plan de Salud que de las mayores garantías a todos los actores y en especial a los usuarios. A través de este Consejo se institucionalizaría la búsqueda de espacios públicos de participación para conocer las prioridades. Por último, para cada uno de los problemas incluidos serán definidas las garantías de oportunidad de entrega, de calidad y de protección financiera.

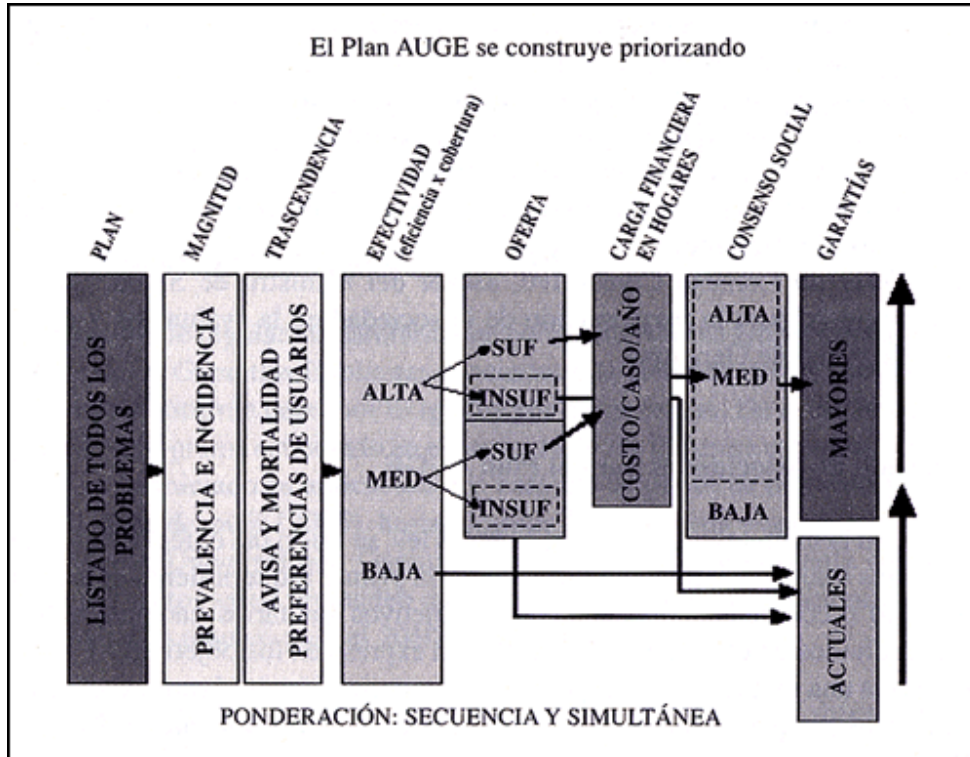
Siguiendo este algoritmo, se construyó una escala de puntaje de prioridad sanitaria, considerando criterios de magnitud (número de casos, ajustados por la calidad del dato), trascendencia (AVISA, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios), vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva), se analizó la capacidad de oferta de las redes asistenciales. La Tabla XXX muestra un extracto de este ejercicio de priorización. Considerando esta información, se definieron las prioridades y a continuación se convocó a especialistas de los establecimientos públicos y de las sociedades científicas para elaborar los protocolos AUGE que orientarían el proceso de atención. Tomando en cuenta la información recopilada se plantearon las garantías. Mediante este procedimiento, se establecieron 56 condiciones de salud de las cuales 40 ya están siendo implementadas y 16 se incluyeron recientemente.

---

<sup>10</sup> La información disponible no explicita lo que se consideraba como “alto” y tampoco estableció si un par enfermedad/tratamiento tenía que cumplir todos o sólo algunos de los criterios antes mencionados.



Figura 1: Priorización del Plan Auge, Chile



Fuente: Jiménez de la Jara, 2005. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Conceptualización del Plan de Salud de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la Actual Reforma de Salud de Chile.



**Tabla 2: Análisis de algunos criterios de priorización en el contexto del AUGE**

Problema de Salud	% AVISA perdidos (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto político
		Ranking 93	Ranking 98							
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS						8				
Tuberculosis	0,48 (41)	22	27	-31,75					X	
VIH – SIDA	0	45	33	51,17			X			X
<b>CÁNCER</b>					X	3,6				
Todos los cánceres infantiles (incluye TM)							X	X	X	X
Cáncer cervicouterino	0,88					4,4			X	X
Cáncer de mama	0,69 (38)	19	17	9,28		0,6			X	
Cáncer de vías biliares y vesícula y coledocistitis	0,7 (36)	11	11	5,64		3,5	X		X	X
Cáncer de estomago	1,47 (20)	4	5	-1,1		4,1	X			
Leucemia	0,53 (42)	27	29	-2,79			X		X	
Linfoma	0,36	31	30	10,48			X			
Cancer testículo	0,43	51	51	-44,07			X		X	
Cuidados paliativos para Ca terminal							X			X
<b>ENDOCRINAS, NUTRICIONALES, METABOLICAS</b>										
Diabetes	0,76 (32)	10	7	18,54					X	X
Desnutrición en adulto mayor	0,07 total (39)	26	28	8,63						X
Screening Fenilcetonuria									X	X
Screening Hipotiroidismo congénito	0,05								X	X

Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Conceptualización del Plan de Salud de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la Actual Reforma de Salud de Chile.

Cabe notar que el público tiene acceso al anterior marco general sobre los criterios de priorización y la secuencia de su aplicación pero no conoce el detalle acerca de cómo se llegó a la lista final y cuáles fueron los pesos relativos dados a los diferentes criterios de priorización. Según lo explica un funcionario que participó en el proceso del AUGE: “puede no ser fácil encontrar documentos [que explican cómo se priorizó en la realidad], porque al final la priorización se fue "amoldando" producto de diferentes presiones: políticas financieras, etc.”<sup>11</sup>

Para cada una de las enfermedades anteriormente mencionadas, el Gobierno de Chile elaboró no sólo una guía clínica sino una definición precisa en cuanto a (véase TABLA XX para un ejemplo) sus códigos de diagnóstico, población objetivo, garantías explícitas y precisos en cuanto a la protección financiera, calidad de la atención oportunidad de la atención y red acreditada para la atención.

<sup>11</sup> Comunicación personal. Marzo, 2006.



**Tabla 3: Definiciones Técnicas Problemas AUGÉ 2004 - Cáncer Infantil que incluye Leucemias, Linfomas y Tumores Sólidos.**

<p><b>Definición del Problema de Salud:</b> Los cánceres infantiles incluyen leucemias, linfomas y tumores sólidos. Las Leucemias corresponden a la proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas en la médula ósea. En el niño es la neoplasia más frecuente. No existe una etiología definida y se reconocen varios tipos, entre ellos Leucemia Linfoblástica, Leucemia Mieloide y Leucemia Mieloide Crónica. Los Tumores Sólidos corresponden a la presencia de una masa sólida formada por células neoplásicas, ubicada en cualquier sitio anatómico. Linfoma es la infiltración de células neoplásicas del tejido linfoide, que según histología se clasifican en Linfoma de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin B y Linfoma No Hodgkin linfoblástico.</p>																																																	
<p>Patologías Nomina- das y Clasificación según códigos CIE 10</p>	<p>Los códigos más frecuentes identificados por el Programa PINDA se presentan en el cuadro. El Anexo 1 detalla los códigos y términos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIAGNOSTICO</th> <th>CIE 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Linfoma Hodgkin</td><td>C 81.9</td></tr> <tr><td>Linfoma B y LLA B</td><td>C 83.7</td></tr> <tr><td>Linfoma linfoblástico</td><td>C 83.5</td></tr> <tr><td>Leucemia linfoblástica</td><td>C 91.0</td></tr> <tr><td>Leucemia mieloide aguda</td><td>C 92.0</td></tr> <tr><td>Neuroblastoma</td><td>C 47.9</td></tr> <tr><td>Osteosarcoma</td><td>C 40.9</td></tr> <tr><td>Sarcoma</td><td>C 49.9</td></tr> <tr><td>Ewing</td><td>C 40.9</td></tr> <tr><td>Tumor ovario</td><td>C 56</td></tr> <tr><td>Tumor testículo</td><td>C 62.9</td></tr> <tr><td>Wilms</td><td>C 64</td></tr> <tr><td>Retinoblastoma</td><td>C 69.2</td></tr> <tr><td>Histiocitosis</td><td>C 96.0</td></tr> <tr><td>Recaída Tu. Sólida</td><td>Código del Inicio</td></tr> <tr><td>Hepatoblastoma</td><td>C 22.2</td></tr> <tr><td>Leuc. Mielo Crónica</td><td>C 92.1</td></tr> <tr><td>Recaída Leucemia</td><td>Código del inicio</td></tr> <tr><td>Meduloblastoma</td><td>C 71.6</td></tr> <tr><td>Tu SNC&lt;3años</td><td>C 72.9</td></tr> <tr><td>Glioma</td><td>C 72.3</td></tr> <tr><td>Astrocitoma</td><td>C 72.9</td></tr> <tr><td>Tumor Germinal SNC</td><td>C 72.9</td></tr> </tbody> </table>	DIAGNOSTICO	CIE 10	Linfoma Hodgkin	C 81.9	Linfoma B y LLA B	C 83.7	Linfoma linfoblástico	C 83.5	Leucemia linfoblástica	C 91.0	Leucemia mieloide aguda	C 92.0	Neuroblastoma	C 47.9	Osteosarcoma	C 40.9	Sarcoma	C 49.9	Ewing	C 40.9	Tumor ovario	C 56	Tumor testículo	C 62.9	Wilms	C 64	Retinoblastoma	C 69.2	Histiocitosis	C 96.0	Recaída Tu. Sólida	Código del Inicio	Hepatoblastoma	C 22.2	Leuc. Mielo Crónica	C 92.1	Recaída Leucemia	Código del inicio	Meduloblastoma	C 71.6	Tu SNC<3años	C 72.9	Glioma	C 72.3	Astrocitoma	C 72.9	Tumor Germinal SNC	C 72.9
	DIAGNOSTICO	CIE 10																																															
	Linfoma Hodgkin	C 81.9																																															
	Linfoma B y LLA B	C 83.7																																															
	Linfoma linfoblástico	C 83.5																																															
	Leucemia linfoblástica	C 91.0																																															
	Leucemia mieloide aguda	C 92.0																																															
	Neuroblastoma	C 47.9																																															
	Osteosarcoma	C 40.9																																															
	Sarcoma	C 49.9																																															
	Ewing	C 40.9																																															
	Tumor ovario	C 56																																															
	Tumor testículo	C 62.9																																															
	Wilms	C 64																																															
	Retinoblastoma	C 69.2																																															
	Histiocitosis	C 96.0																																															
	Recaída Tu. Sólida	Código del Inicio																																															
	Hepatoblastoma	C 22.2																																															
	Leuc. Mielo Crónica	C 92.1																																															
	Recaída Leucemia	Código del inicio																																															
Meduloblastoma	C 71.6																																																
Tu SNC<3años	C 72.9																																																
Glioma	C 72.3																																																
Astrocitoma	C 72.9																																																
Tumor Germinal SNC	C 72.9																																																
Población Objetivo	Población infantil menor de 15 años, con sospecha de cáncer infantil o con cáncer infantil.																																																
Epidemiología y Casos estimados	La incidencia esperada de leucemia en la población menor de 15 años es 4 - 5 caso por 100.000 niños, lo que corresponde a 146 - 182 casos nuevos año en el país. Según estimación de PINDA se esperan 140 casos nuevos en el sector público. La incidencia de linfoma y tumores sólidos es 8 a 10 por 100.000 niños, lo que corresponde a 292 - 365 casos nuevos. Para el año 2004 en el sector público se estiman 551 casos totales confirmados y en tratamiento, incluyendo recaídas y trasplantes.																																																
Objetivo sanitario	Mejorar la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes pediátricos con tumores sólidos, leucemias o linfomas mediante un proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, definido en protocolos PINDA, consensuados con los especialistas.																																																
<p><b>Atención con Garantías:</b> Confirmación diagnóstica: La persona menor de 15 años con sospecha clínica de leucemia, linfoma o tumor sólido será evaluada por especialista y si se fundamenta la sospecha será derivada a un centro de cáncer infantil (PINDA) para hospitalización y confirmación diagnóstica. Los casos confirmados recibirán el tratamiento que corresponde según etapificación, incluyendo el tratamiento para la recaída y en los casos indicados, trasplante de médula ósea. Seguimiento durante 5 años.</p>																																																	



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

Garantía de Acceso	Todo niño con criterios de sospecha clínica de leucemia, linfoma o tumor sólido tiene acceso a evaluación por especialista. Según la evaluación se derivará al centro de cáncer infantil para hospitalización para confirmación diagnóstica. Los casos confirmados recibirán el tratamiento que corresponde según etapificación. Incluye, según protocolo, tratamiento de recaídas y trasplante de médula ósea, y seguimiento durante 5 años.
Garantía de Oportunidad	<p>Todo niño con sospecha fundada de leucemia, linfoma o tumor sólido ingresa al centro de cáncer infantil (PIN-DA) para confirmación diagnóstica en un plazo máximo de 7 días desde la derivación por sospecha.</p> <p>Plazos de Atención a Cumplir:  El niño con diagnóstico fundado de Leucemia, en 7 días desde el ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico e iniciará tratamiento de quimioterapia (indicador de calidad).  El niño con diagnóstico fundado de Linfoma o Tumor Sólido, en 30 días desde su ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico (incluye en promedio 7 días para informe de anatomía patológica y otros 7 días para inmunohistoquímica), se etapificará e iniciará tratamiento según protocolo (indicador de calidad).  Finalizado el tratamiento en todos los casos mencionados se iniciará su seguimiento por 5 años.</p>
Garantía de Protección Financiera	En la modalidad institucional, 100% de cobertura financiera para beneficiarios de Fonasa de grupos de ingreso A, B, C y D para el tratamiento de quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea (tanto para el receptor como el donante), drogas inmunosupresoras y resonancia nuclear magnética. La hospitalización y otras prestaciones de diagnóstico, etapificación, evaluación y controles tienen cobertura financiera en función del grupo de ingreso y cargas familiares (A-100%, B-100%, C-90% y D- 80%). linfomas y tumores sólidos
Indicador de Calidad	<p>100% de los niños con leucemias inician tratamiento con quimioterapia en un plazo máximo de 7 días desde su ingreso al Centro PINDA.</p> <p>100% de niños con tumores sólidos y linfomas inician tratamiento en un plazo máximo de 30 días desde su ingreso al Centro PINDA.</p>
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo AUGE 2004 "Cáncer Infantil: Leucemias". Minsal. Marzo 2004</li> <li>- Protocolo AUGE 2004 "Cáncer Infantil: Linfomas y Tumores Sólidos". Minsal Marzo 2004</li> <li>- Protocolos PINDA: Leucemia Linfoblástica 2002, Leucemia Mieloide 1998, Leucemia Mieloide Crónica 1999, Recaída Leucemia Mieloide 2003, Leucemia B madura 1996, Leucemia Lactante 1999, Recaída Leucemia Linfoblástica 2003, Sarcoma partes blandas 1998, Sarcoma no Rabdomyosarcoma 2001, Sarcoma Ewing PRET 1998, Osteosarcoma 2002, Wilms 1999, Neuroblastoma 1998, Histiocitosis 2003, Hepatoblastoma 1997, Retinoblastoma 1999, Meduloblastoma 1997, Ependimoma 1997, Glioma 1997, Tu Germinal SNC 1997, Tu Germinal No SNC 1999, Tu SNC &lt; 3 años 1997, Recaída Tu Sólido 1998, Linfoma Hodgkin 1999, Linfoma Linfoblástico 1996, Linfoma Burkitt 1996, Linfoma Células Grandes 1996, Linfoma Anaplástico a Células Grandes 2003.</li> </ul>
<b>Modelo de Atención y Red Pública</b>	
Modelo de Atención	Sospecha en todos los establecimientos de la red, incluida la Atención Primaria. El pediatra del nivel especializado evalúa y, si fundamenta su sospecha, deriva al Centro PANDA para confirmación diagnóstica y tratamiento.
Red Pública	<p>Los centros acreditados de apoyo para el tratamiento del cáncer infantil son cinco: Hospital Juan Noé de Arica, H. Regional Ernesto Torres de Iquique, H. Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, H. Puerto Montt de Llanquihue, y H. Regional Dr. Lautaro Navarro de Punta Arenas de Magallanes.</p> <p>Los centros acreditados para la confirmación del diagnóstico y para el tratamiento del cáncer infantil son 13: H. Gustavo Fricke de Viña del Mar/Quillota, H. Carlos Van Buren de Valparaíso, Región Metropolitana; H. Roberto del Río, San Juan de Dios, San Borja Arriarán, Sótero del Río, Exequiel González, Luis Calvo MacKenna de Santiago, H. Talca (leucemias y linfomas) de Maule, H. Las Higueras de Talcahuano, H. Grant Benavente de Concepción, H. Regional de Temuco de Araucanía Sur, H. Regional de Valdivia. El Centro de Referencia Nacional en Hospital Luis Calvo Mackenna para estudio y realización de trasplante de médula ósea y osteosarcomas. Anexo 2.</p>
<b>Calidad de Prestadores</b>	
Mejoría y Evaluación	Se pondrá en marcha un programa de evaluación y mejoría de la calidad de atención en hospitales, dirigida por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud.
Acreditación de prestadores institucionales	Se pondrá en marcha el Sistema de Acreditación del Régimen AUGE (SARA) propuesto por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud.



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

Garantía de Acceso	Todo niño con criterios de sospecha clínica de leucemia, linfoma o tumor sólido tiene acceso a evaluación por especialista. Según la evaluación se derivará al centro de cáncer infantil para hospitalización para confirmación diagnóstica. Los casos confirmados recibirán el tratamiento que corresponde según etapificación. Incluye, según protocolo, tratamiento de recaídas y trasplante de médula ósea, y seguimiento durante 5 años.
Garantía de Oportunidad	<p>Todo niño con sospecha fundada de leucemia, linfoma o tumor sólido ingresa al centro de cáncer infantil (PIN-DA) para confirmación diagnóstica en un plazo máximo de 7 días desde la derivación por sospecha.</p> <p>Plazos de Atención a Cumplir:  El niño con diagnóstico fundado de Leucemia, en 7 días desde el ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico e iniciará tratamiento de quimioterapia (indicador de calidad).  El niño con diagnóstico fundado de Linfoma o Tumor Sólido, en 30 días desde su ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico (incluye en promedio 7 días para informe de anatomía patológica y otros 7 días para inmunohistoquímica), se etapificará e iniciará tratamiento según protocolo (indicador de calidad).  Finalizado el tratamiento en todos los casos mencionados se iniciará su seguimiento por 5 años.</p>
Garantía de Protección Financiera	En la modalidad institucional, 100% de cobertura financiera para beneficiarios de Fonasa de grupos de ingreso A, B, C y D para el tratamiento de quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea (tanto para el receptor como el donante), drogas inmunosupresoras y resonancia nuclear magnética. La hospitalización y otras prestaciones de diagnóstico, etapificación, evaluación y controles tienen cobertura financiera en función del grupo de ingreso y cargas familiares (A-100%, B-100%, C-90% y D- 80%). linfomas y tumores sólidos
Indicador de Calidad	<p>100% de los niños con leucemias inician tratamiento con quimioterapia en un plazo máximo de 7 días desde su ingreso al Centro PINDA.</p> <p>100% de niños con tumores sólidos y linfomas inician tratamiento en un plazo máximo de 30 días desde su ingreso al Centro PINDA.</p>
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo AUGE 2004 "Cáncer Infantil: Leucemias". Minsal. Marzo 2004</li> <li>- Protocolo AUGE 2004 "Cáncer Infantil: Linfomas y Tumores Sólidos". Minsal Marzo 2004</li> <li>- Protocolos PINDA: Leucemia Linfoblástica 2002, Leucemia Mieloide 1998, Leucemia Mieloide Crónica 1999, Recaída Leucemia Mieloide 2003, Leucemia B madura 1996, Leucemia Lactante 1999, Recaída Leucemia Linfoblástica 2003, Sarcoma partes blandas 1998, Sarcoma no Rabdomyosarcoma 2001, Sarcoma Ewing PRET 1998, Osteosarcoma 2002, Wilms 1999, Neuroblastoma 1998, Histiocitosis 2003, Hepatoblastoma 1997, Retinoblastoma 1999, Meduloblastoma 1997, Ependimoma 1997, Glioma 1997, Tu Germinal SNC 1997, Tu Germinal No SNC 1999, Tu SNC &lt; 3 años 1997, Recaída Tu Sólido 1998, Linfoma Hodgkin 1999, Linfoma Linfoblástico 1996, Linfoma Burkitt 1996, Linfoma Células Grandes 1996, Linfoma Anaplástico a Células Grandes 2003.</li> </ul>
<b>Modelo de Atención y Red Pública</b>	
Modelo de Atención	Sospecha en todos los establecimientos de la red, incluida la Atención Primaria. El pediatra del nivel especializado evalúa y, si fundamenta su sospecha, deriva al Centro PANDA para confirmación diagnóstica y tratamiento.
Red Pública	<p>Los centros acreditados de apoyo para el tratamiento del cáncer infantil son cinco: Hospital Juan Noé de Arica, H. Regional Ernesto Torres de Iquique, H. Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, H. Puerto Montt de Llanchipal, y H. Regional Dr. Lautaro Navarro de Punta Arenas de Magallanes.</p> <p>Los centros acreditados para la confirmación del diagnóstico y para el tratamiento del cáncer infantil son 13: H. Gustavo Fricke de Viña del Mar/Quillota, H. Carlos Van Buren de Valparaíso, Región Metropolitana; H. Roberto del Río, San Juan de Dios, San Borja Arriarán, Sótero del Río, Exequiel González, Luis Calvo MacKenna de Santiago, H. Talca (leucemias y linfomas) de Maule, H. Las Higueras de Talcahuano, H. Grant Benavente de Concepción, H. Regional de Temuco de Araucanía Sur, H. Regional de Valdivia. El Centro de Referencia Nacional en Hospital Luis Calvo Mackenna para estudio y realización de trasplante de médula ósea y osteosarcomas. Anexo 2.</p>
<b>Calidad de Prestadores</b>	
Mejoría y Evaluación	Se pondrá en marcha un programa de evaluación y mejoría de la calidad de atención en hospitales, dirigida por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud.
Acreditación de prestadores institucionales	Se pondrá en marcha el Sistema de Acreditación del Régimen AUGE (SARA) propuesto por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud.

Fuente: Documento para la Aplicación del Sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Salud, Abril 2004. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Chile.

Según estima el Ministerio de Salud de Chile, las condiciones enumeradas dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones.



#### d) La resistencia a la priorización

La priorización de un número reducido de enfermedades pero cuya resolución sería de gran impacto en el estado de la salud de la población chilena no se ha hecho sin resistencia. En efecto, desde el inicio de la Reforma a la Salud y de la definición de las 56 patologías y prestaciones que serán cubiertas y garantizadas por el Plan AUGE, se ha visto que diversos grupos y asociaciones científicas, tales como dentistas, nutricionistas, siquiátras, sociedades de mastología y radioterapeutas, colegio de químicos farmacéuticos, y colegio médico en general han criticado con énfasis el actual diseño del Régimen de Garantías AUGE. En particular, estiman que el AUGE no contempla las patologías que son atendidas por sus respectivas especialidades, a saber, cáncer de mamas (quimioterapia y radio-terapia), obesidad, maltrato infantil, medicamentos, etc.<sup>12</sup> La tabla siguiente muestra algunos de los planteamientos hechos por estos grupos especiales de interés para cuestionar la priorización hecha por el AUGE.

**Tabla 4: Planteamientos hechos por grupos o asociaciones de interés específico para cuestionar la priorización hecha por el AUGE**

Grupo /Asociación	Planteamiento	Garantía AUGE
Asociación de odontólogos	90% de los chilenos tiene más de una carie no tratada y no se asegura cobertura total.	Cobertura de grupos prioritarios: únicamente menores, embarazadas y urgencias.
Médicos especialistas en nutrición	AUGE no incluye diagnóstico y tratamiento de la obesidad a pesar de que 40% de los chilenos tiene sobrepeso y está en riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares, de presión alta y diabetes.	El tratamiento de la obesidad fue retirado del paquete de las enfermedades garantizadas dentro del marco del AUGE.
Sociedades de mastología y radioterapeutas oncólogos	Radioterapia y quimioterapia no están consideradas para el tratamiento del cáncer de mama. Según los especialistas, lo adecuado es realizar a lo menos una mamografía anual a las mujeres adultas.	Considera sólo una mamografía en la vida a aquellas mujeres adultas a las que se les haya detectado el mal y requieran un seguimiento.

Fuente: Libertad y Desarrollo. Op.Cit.

Así por ejemplo, expertos del Colegio Médico y de las sociedades de Mastología y Radioterapeutas Oncólogos definieron como un “desastre” y una inminente catástrofe sanitaria la propuesta en la canasta del AUGE para el cáncer de mama. Esta asociación denunció que ni la radioterapia ni la quimioterapia estaban consideradas en los tratamientos de esta enfermedad, pese a ser parte de los protocolos aprobados a nivel internacional. Se señala que la cobertura del cáncer de mama considera sólo una mamografía en la vida a aquellas mujeres adultas a las que se les haya detectado el mal y requieran un seguimiento. Según los especialistas, lo adecuado es realizar a lo menos una mamografía anual a las mujeres adultas. En este sentido otro problema que se aprecia es que el sistema público cuenta con apenas 9 equipos de radioterapias, mientras que de acuerdo con el estándar sugerido por la Organización Mundial de la Salud se debería contar con 44. Se está tratando menos de un tercio de los pacientes. Hay dos tercios que fallecen por falta de tratamiento.

AUGE empezó a operar a mediados del año 2005 por lo que existen pocos documentos que hayan evaluado el proceso de priorización en este país. En una publicación sobre Protección Social en Salud en Chile se mencionan las siguientes ventajas del plan AUGE: Por un lado fija plazos perentorios y conocidos para asegurar la oportunidad de la atención y, por otro, guías clínicas de referencia que

<sup>12</sup> Libertad y Desarrollo, 2002. ¿AUGE Infinito? Temas Públicos, No. 597, 27 de septiembre 2002.



establecen pautas para determinar la calidad. Asimismo, asegura la protección financiera limitando la cantidad máxima de copago a 20% de los valores establecidos por una lista arancelaria. Adicionalmente el deducible que limita el copago evita que éste, en un año, supere alrededor de 25% de los ingresos (Urriola R. 2006). Lo anterior es interesante en la medida en que la priorización chilena no se limitó a enumerar coberturas específicas (de patologías en este caso) sino que consideró que ésta tiene que venir acompañada con garantías explícitas y exigibles para se obtengan los resultados esperados. Respecto a éste último punto cabe notar que aún tan sólo una minoría de la población chilena conoce sus derechos respecto al AUGE. En efecto, según sus encuestas sólo un 17% de los pacientes conoce la existencia de reclamos en caso que no sean atendidas sus demandas de atención lo que explica, según este organismo, que desde que comenzó a operar el plan en el año 2005 hasta principios del año 2007 sólo ha habido 217 reclamos sobre más de 3 millones de atenciones.<sup>13</sup> :

#### e) Lecciones de Chile para Colombia

La experiencia chilena ofrece algunos aspectos y lecciones que son de interés para Colombia:

- Chile es un país bastante más rico que Colombia y aún así no pudo ofrecer una canasta de servicios que cubra ni todas las patologías ni todos los servicios. De hecho existen desde ya serios temores de que Chile no tendrá los recursos suficientes para garantizar la sostenibilidad financiera del plan AUGE. Lo anterior indica que la necesidad de priorizar y, por ende, poner restricciones a lo que es financieramente posible no sólo concierne a Colombia sino a otros países con mayores disponibilidades de recursos.
- Chile consideró que no basta con enumerar los servicios cubiertos (en ese caso las 56 patologías incluidas en el AUGE) sino que es necesario formular garantías explícitas de calidad para estas coberturas. Colombia debiera considerar la posibilidad de asociar al POS algunas garantías explícitas en cuanto a la oportunidad del servicio y la provisión de atención integral como herramienta para lograr una cobertura más efectiva del POS.
- Las primeras evaluaciones del AUGE indican que el éxito de la priorización dependen en parte de la información del usuario. Los derechos exigibles se convierten en tales sólo en el momento en el que el usuario los conozca. Esto invita a Colombia en pensar en cómo divulgar en mayor medida no sólo los derechos consagrados en el POS sino los mecanismos legales y jurídicos disponibles para poder exigirlos.
- Chile logró construir un algoritmo de priorización que combina diferentes criterios como costo efectividad, perfil epidemiológico, protección financiera y opinión del público.
- Cualquier proceso de priorización explícita genera ganadores y perdedores. Si el proceso es transparente y público, los “perdedores” harán oposición y será necesario entrar en la negociación política.

### 1.3 El caso de Oregon

#### (c) Introducción

Medicaid es un programa de aseguramiento en salud con financiamiento público, para la población de bajos ingresos de Estados Unidos. Cada estado tiene bastante autonomía en definir cómo organizar el aseguramiento de este grupo de la población. Los beneficiarios pueden escoger si quieren

<sup>13</sup> Véase [www.boletinfarmacos.org/042007/](http://www.boletinfarmacos.org/042007/) Chile: Fallas en la entrega de remedios del Plan AUGE.



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

afiliarse a una HMO (Health Management Organization por su sigla en inglés y corresponde al concepto de la EPS colombiana que no sólo debe gestionar los recursos sino también la salud de sus afiliados) o quedarse dentro de la red de Medicaid para que se les presten los servicios de salud. Al igual que la mayoría de los países, Oregon enfrenta restricciones en la cantidad de recursos públicos disponibles para subsidiar los servicios de salud de las poblaciones marginadas. A finales de los ochenta, el Estado de Oregon no había logrado aún la cobertura total de la población pobre y existía además evidencia de que existía un racionamiento implícito del gasto a través de la provisión de servicios de baja calidad o mal remunerados. En estas circunstancias, Oregon buscaba formas explícitas de asignar sus recursos en salud y en 1988, con el liderazgo del presidente del Senado John Kitzhaber, se inicia el Proyecto de establecimiento de prioridades explícitas en salud de Oregon (the Oregon Medicaid Priority Setting Project). Luego en 1989 se creó una comisión de servicios de salud (Health Services Comisión- HSC) para que estableciera una lista ordenada de servicios de salud (de más a menos importante) que fuera financiable con los recursos existentes para toda la población objetivo de Medicaid.

Esta comisión, compuesta por cinco médicos, una enfermera especializada en salud pública, un trabajador social y cuatro representantes de compradores y consumidores de servicios de salud, lideró una serie de debates públicos entre 1989 y 1993 para hacer una propuesta de un plan de salud. Inicialmente se utilizaron los criterios de costo efectividad y consultas a expertos para construir una lista priorizada (the prioritized list of health services) que indicaba 1680 pares de diagnósticos y tratamientos. Esta lista inicial no fue aceptada por tener resultados “anómalos” al favorecer algunos tratamientos simples (por ejemplo una encamada) y limitaba por otro lado tratamientos para salvar vidas. Posteriormente fue necesario reevaluar la lista e incluir principios y valores discutidos ampliamente con la comunidad. Con ello, la lista se redujo a 709 pares de diagnósticos/tratamientos. Las intervenciones que quedan por debajo de la línea no serían elegibles para financiar. (Ham 1997) Este es un ejemplo de paquete básico de salud o de lista positiva.

A continuación presentaremos la descripción del proceso de desarrollo, los criterios utilizados, los actores y los contenidos del Plan de Salud de Oregon según lo publicado por el Department of Human Services- Oregon Health Plan y luego la contrastaremos con las opiniones o análisis de diferentes autores. Ello con el fin de obtener las lecciones de esta experiencia para Colombia.

### f) Procesos y actores:

#### *Actores principales y principios rectores del proceso de priorización*

Según lo describe el “Department of Human Services” de Oregon, los grupos de discusión iniciales de 1989 se propusieron responder tres preguntas básicas: quién debiera estar cubierto, qué debe cubrirse y cómo se financia esta cobertura horizontal (población) y vertical (alcance de la cobertura) y se prestan los servicios de salud. Luego de amplias discusiones los acuerdos principales fueron:

- Todos los ciudadanos deberían tener acceso universal a un nivel básico de atención en salud. Por ende, la sociedad es responsable de financiar la atención de las personas más pobres.
- Debe existir un proceso explícito para definir un nivel mínimo de cobertura de servicios de salud. Este proceso debe basarse en criterios que deben tener debate público, reflejar un consenso de los valores de la sociedad y deben ser considerados como buenos por la sociedad como un todo.
- El sistema de prestación de los servicios de salud debe fomentar el uso de servicios y debe ofrecer procedimientos efectivos y apropiados, además debe desincentivar tratamientos excesivos o innecesarios.



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

- La prestación de servicios de salud es solo uno entre muchos factores que determinan la salud de las personas. Por ende, el financiamiento de la prestación de servicios de salud debe balancearse con el financiamiento de otros programas que también inciden en la salud.
- El financiamiento debe ser explícito y económicamente sostenible.
- Debe existir una clara rendición de cuentas (accountability) para asignar los recursos y para las consecuencias humanas de las decisiones de cómo se financian los recursos para la salud.
- 

La comisión de servicios de salud (The Health Services Commission HSC) ha sido, desde sus inicios, la encargada de definir y mantener la lista de servicios priorizados, organizados desde los más importantes a los menos importantes, representando los beneficios comparativos de cada servicio para toda la población a la que se le brindara servicios de salud. La lista se acompaña de un reporte de estudio actuarial que determina el costo de estos servicios.

La comisión esta compuesta por once miembros: 5 médicos, cuatro representantes de los consumidores, una enfermera de salud pública y un trabajador social. Los miembros también organizan subcomités y grupos de trabajo que proveen información para las decisiones. Si es necesario, estos grupos pueden incluir representantes de especialidades médicas específicas, grupos específicos de consumidores y grupos de abogacía según el área de interés.

- El estado de Oregon se enfrentaba a limitaciones de presupuesto para brindar servicios de salud a la población mas pobre de Oregon(beneficiarios de Medicaid), por lo cual el gobierno de Oregon decidió establecer prioridades explícitas por medio de una comisión independiente, en un proceso transparente con responsabilidad publica en vez de simplemente racionar limitando el acceso a los servicios de salud.

- Con este propósito, la comisión HSC utilizo criterios de costo-efectividad, consultas de expertos y consultas al publico, para construir la primera lista priorizada de servicios de salud (ver mas adelante detalles de la metodología utilizada). Esta lista se presenta en 1991 al gobernador y la legislatura y solicitan la aprobación de la Administración para la financiación de servicios de salud de Estados Unidos ( US Health Care Financing Administration - HCFA). Con los recursos disponibles en ese momento, se consideraba que se podía financiar hasta la línea 587 de 709 pares de diagnósticos /tratamientos. En 1992 la HCFA no aprueba la lista priorizada por posibles violaciones a los derechos de los ciudadanos con discapacidades consignados en el "Americans with disabilities Act". La Comisión por lo tanto revisa la metodología y reordena la lista solicitando una nueva aprobación.

- En 1993 se presenta una nueva lista de 745 pares de diagnósticos /tratamientos y se buscan nuevos mecanismos para financiar el plan de salud. Finalmente la HCFA aprueba la lista presentada para brindar los servicios hasta la línea 606. Mientras tanto en el estado de Oregon se realizaban pruebas pilotos (Demonstrations) de un plan de salud basado en la lista de servicios priorizados. En este mismo año, la legislatura crea la Oficina para la Administración del Plan de Salud de Oregon- OHP y recomienda a la comisión HSC revisar y adoptar guías clínicas en la lista priorizada de servicios de salud.



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

De esta forma, la Oficina para la Administración del Plan de salud de Oregon (OHP) definió en 1994 un plan de beneficios para la población de beneficiarios de Medicaid el cual se denominó Paquete de Beneficios Básico (Basic Health Care Benefits package- BHBP) y que cubría los diagnósticos y tratamientos de la lista priorizada. Tal como se había pretendido al iniciarse el proceso de priorización, en este momento se amplió efectivamente la población beneficiaria de Medicaid la cual se define según el nivel federal de Pobreza (Federal Poverty level – FPL).

La comisión HSC realiza rutinariamente una revisión bienal de la lista priorizada de servicios de salud la cual se presenta a la Corte Legislativa de Oregon. Esta corte establece, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, el punto de corte del nivel federal de pobreza para ser beneficiario de Medicaid en Oregon (cobertura horizontal) y también define hasta que línea de la lista priorizada de servicios de salud se incluye en el plan de beneficios (cobertura vertical), .

- Adicionalmente, para enfrentar los costos crecientes en la atención en salud, la legislatura creó la comisión para el estudio de los recursos en salud (Health Resources Comisión) para revisar las tecnologías médicas existentes y las nuevas o emergentes.

### g) Ajustes principales

El paquete de beneficios básico de Oregon ha sufrido una serie de ajustes, tanto recortes como ampliación de beneficios, pero hasta 2006 mantuvo el orden de la lista priorizada de servicios de salud. A continuación se mencionan algunos de los ajustes más importantes que se han hecho al paquete de beneficios en Oregon desde el año XXX.

Uno de los primeros recortes se realizó en 1995, por limitaciones de recursos la corte legislativa de Oregon decidió hacer un recorte de servicios de la lista hasta la línea 581 de 745. Luego entre 1996 y 1997 se ampliaron los beneficios al agregar servicios de salud mental y tratamiento de adicciones (eliminar la palabra química) .

Posteriormente gracias a una política federal se creó el Programa de aseguramiento en salud para Niños (Children's Health Insurance Program- CHIP) el cual garantiza la atención en salud a niños y jóvenes hasta los 19 años y mujeres embarazadas de bajos ingresos con el mismo plan de beneficios.

Luego entre 2001 y 2003 se ajustó el BHCBP para poder brindar servicios a una mayor población reduciéndolo hasta la línea 558 e introduciendo copagos para la mayoría de los adultos. Lo anterior es un ejemplo donde se busca aumentar la cobertura horizontal a costa de una menor cobertura vertical del paquete y mayores niveles de cofinanciación por parte de los afiliados.

Adicionalmente se dividió el plan en dos paquetes distintos: el OHP plus (con los mismos beneficios del anterior BHCBP) y el OHP standard, este último con beneficios menores que el plus y con pago de primas (premiums) y copagos mas altos para una población que tenga mayor capacidad de pago que la beneficiaria del plus. Esto quiere decir: los que menos tienen recursos reciben mas servicios y pagan menos copagos, los que tienen un poco mas de recursos tienen mas copagos y reciben mas servicios. (Oregon Department of Human Services, 2006). Asociar con subsidios parciales.

Para el OHP Standard se excluyeron inicialmente los siguientes servicios: transporte para casos no urgentes, atención en salud visual, algunas atenciones odontológicas, tratamiento de adicciones, atención ambulatoria en salud mental y equipos médicos durables como los marcapasos. Pero entre 2003 y 2004 reestablecieron la atención odontológica, salud mental y odontología. Esto es relevante en la medida en que pareciera que en muchos países los servicios más susceptibles a ser excluidos están relacionados con la salud oral, la salud mental, la salud visual y, en algunos casos los dispositivos médicos.



En 2003 la asamblea legislativa de Oregón decidió recortar los servicios en 30 líneas de la lista priorizada, ya que había limitaciones en los recursos disponibles. Sin embargo, en 2004 la institución federal que regula Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services CMS) no autorizó este recorte. Lo anterior muestra, una vez más, la dificultad que encuentran los países en recortar efectivamente servicios mediante el proceso de priorización explícita.

En el transcurso de los años, la comisión también ha realizado modificaciones a la lista que consisten en cambios debido a errores, omisiones, modificaciones en la clasificación internacional de enfermedades y en los códigos de los procedimientos e intervenciones y por avances en la tecnología médica. Por ejemplo, en la revisión de 2005- 2007 fusionaron varias líneas de pares de diagnósticos /tratamientos por lo cual la lista paso de tener 730 líneas a 710 y propusieron financiar servicios hasta la línea 530 la cual correspondería a la línea 543 de la clasificación previa.

Los servicios del plan definido por la lista se ofrecen mediante tres modalidades de prestación y pago según la disponibilidad de servicios de salud en la zona donde reside el beneficiario: Primary Care manager: Médico de atención primaria que presta y administra servicios de salud para beneficiarios del plan; Managed Care Organization(MCO): Empresas administradoras de servicios de salud, reciben un pago por persona a atender o pago capitado y Fee for services: pago por servicios, Desde 2001, se creó el plan de prescripción de medicamentos a través de un proceso basado en la evidencia para los usuarios que están bajo la modalidad de pago por servicios en el plan de salud de Oregón.

Para garantizar la atención en salud de forma oportuna, además de la lista de servicios priorizados, el Plan de salud de Oregón ha definido programas especiales para la atención de patologías específicas como el cáncer de mama y cuello uterino.

#### **h) Criterios y Metodología de priorización en Oregón**

Cuando inició su trabajo, la comisión HSC consideró imprescindible contar con la mejor información disponible sobre efectividad clínica y la experiencia y el juicio de expertos clínicos para poder identificar los tratamientos a incluir en la lista de servicios priorizados, solo si estos demostraban generar buenos resultados en salud. De acuerdo con esto, la comisión trabajó con cientos de especialistas y sub-especialistas para establecer la efectividad relativa de miles de pares de diagnósticos /tratamientos definidos en términos de los códigos ICD-9 CM y CPT-4. Los posibles resultados para una condición específica se compararon para : a) un tratamiento dado, b) un tratamiento alternativo y c) no dar tratamiento. También la comisión obtuvo información de los costos de los servicios a ser priorizados a partir de bases de datos de costos de prestadores de servicios de salud, hospitales y demandas en salud (claims data).

Adicionalmente obtuvieron información sobre la opinión del público en la atención en salud. Se utilizaron tres métodos: 1) 12 consultas ciudadanas (public hearings) en las cuales se tomo el testimonio de ciudadanos de Oregón sobre sus experiencias y preferencias en salud. 2) alrededor de 50 grupos focales en todo el estado en los cuales los facilitadores ayudaron a los ciudadanos a identificar los valores en salud en los que podría generarse un consenso y 3) una encuesta de 1001 ciudadanos de Oregón para identificar el impacto en la salud en general de un rango de condiciones como la disnea, limitaciones en el rango de movimientos, disfunciones sociales y pérdida de la audición. Con estos tres métodos la comisión tuvo una noción de que tan importante es tratar una condición (un síntoma como la disnea o una enfermedad como la diabetes) para los posibles beneficiarios del paquete de beneficios que se diseñará con la priorización de servicios. La comisión construyó una fórmula para obtener los valores de costo/utilidad para cada par de diagnósticos / tratamientos y organizarlos como servicios de salud de acuerdo con el valor que se le asigne.



Luego de aplicar la formula establecieron un primer borrador de lista la cual consideraron “inaceptable” porque entraba en conflicto con el juicio de todos los miembros de la comisión tanto médicos como no médicos. El problema principal fue que los tratamientos menos costosos pero efectivos para condiciones poco importantes quedaron en los lugares mas altos mientras que quedaron mas abajo (menos priorizados) los tratamientos un poco mas costosos con moderada efectividad para situaciones en salud más serias que comprometen la vida (ejemplo tratamiento de caries dental más importante que apendicetomía). La lección que se aprendió fue que la costo efectividad no puede determinar la importancia de tratar una condición más urgente primero que otra menos urgente. En vista de lo anterior, la comisión decidió primero establecer unas categorías generlaes (tales como los que aparecen en la tabla) con base en criterios de CC para luego utilizar las preferencias de los pacientes y en efectividad y costo de segundas. Las categorías están descritas en la siguiente tabla:

**Tabla 5: CATEGORIAS DE TRATAMIENTOS PARA EL PLAN DE SALUD DE OREGON**

Category 1: Acute fatal condition, treatment prevents death with full recovery
Category 2: Maternity care
Category 3: Acute fatal condition, treatment prevents death without full recovery
Category 4: Preventive care for children
Category 5: Chronic fatal condition, treatment improves life span and quality of life
Category 6: Reproductive services (excluding maternity and infertility services)
Category 7: Comfort care
Category 8: Preventive dental care
Category 9: Proven effective preventive care for adults
Category 10: Acute non-fatal conditions, treatment causes return to previous health state
Category 11: Chronic non-fatal condition, one-time treatment improves quality of life
Category 12: Acute non-fatal condition, treatment does not result in a return to previous health state
Category 13: Chronic non-fatal condition, repetitive treatment improves quality of life
Category 14: Self-limiting conditions where treatment expedites recovery
Category 15: Infertility services
Category 16: Less effective preventive care for adults
Category 17: Fatal or non-fatal condition, treatment causes minimal or no improvement in quality of life

Tomado de DiPrete B, Coffman D, 2007."A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon"Consultado Octubre 7 de 2007

Dentro de cada una de estas categorías se priorizaron servicios con base en efectividad y costo. Para facilitar esta labor, la comisión buscó además el apoyo de varios subcomités: Salud mental y dependencias; Envejecimiento, cegera y discapacidad y subcomité de resultados en salud. Estos subcomités ayudaron a garantizar que se tuvieran en cuenta las necesidades de poblaciones vulnerables y que la mejor información sobre resultados en salud estuviera disponible para la comisión mientras se establecía la lista.

En un siguiente paso los miembros de la comisión movieron algunos pares de diagnósticos /tratamientos “a mano” para garantizar que la lista priorizada reflejara su mejor juicio clínico y su papel como representantes de los ciudadanos que serán cubiertos por el plan de beneficios.

A pesar de todo lo anterior esta lista no fue aprobada cuando se presentó en 191 a la Administración para la financiación de servicios de salud de Estados Unidos ( US Health Care Financing Administration - HCFA ). La lista no fue aprobada por posibles violaciones al “Americans with Disabilities Act”, lo cual significaba posibles sesgos e inequidades con los discapacitados. Aunque los comisionados no consideraban que la metodología utilizada los condujera a sesgos contra ningún grupo, finalmente aceptaron modificar la lista para conseguir la meta de mayor acceso a los servicios de salud. En



esta oportunidad tuvieron que utilizar como primer criterio la efectividad y de segundas las preferencias de los usuarios. Finalmente en 1992 la lista modificada fue aprobada.

Posteriormente en las revisiones bianuales se han generado cambios en la lista basados en la creciente evidencia sobre efectividad y mejores resultados en salud de algunos servicios ya incluidos. Por ejemplo los implantes cocleares se pusieron en una posición mas alta por que han demostrado mayor efectividad. Así mismo, independientemente de las revisiones bianuales se han realizado ajustes por cambios en los códigos de las enfermedades y por avances en tratamientos médicos que requieren aprobación inmediata. Dos ejemplo de esta situación son la inclusión del tratamiento para la hepatitis C crónica con interferón y los servicios relacionados con eutanasia asistida por médicos (la cual es legal en Oregon desde 1997). En los reportes bianuales que hace la comisión se puede ver con más detalle la metodología que se utiliza para ajustar la lista priorizada de servicios de salud con base en la efectividad y/o costo-efectividad de los tratamientos según la evidencia disponible (Oregon Health Services Commission 2005 y 2007).

La comisión solicita la opinión de diferentes grupos de especialistas para determinar que diagnosticos y tratamientos deben actualizarse, además establece guías de practica clínica para los siguientes casos:

- Hacer uso racional de los recursos en salud de situaciones en las cuales hay evidencia de uso excesivo de servicios (ejemplo cirugías de columna e histerectomía).
- Para clasificar la severidad de enfermedades que no están bien descritas en los códigos ICD-9-CM (por ejemplo la psoriasis) y posibilitar la instauración de tratamientos mas invasivos o definitivos.
- Para determinar servicios preventivos efectivos para niños y adultos

En 2006 la comisión culminó una revisión completa de la metodología de priorización lo cual resultó en el reordenamiento de la lista completa (ver tabla XX). Se definieron 9 categorías generales que define el marco general de la lista. En esta ocasión se dio mayor énfasis en servicios preventivos y manejo de situaciones crónicas con la idea de incentivar servicios de salud preventivos que eviten mayor morbilidad y mortalidad.

**Tabla 6: Categorías revisadas de la lista de servicios priorizados de Oregon 2006**

Category 1: Maternity and newborn care (100)
Category 2: Primary and secondary prevention (95)
Category 3: Chronic disease management (75)
Category 4: Reproductive services (70)
Category 5: Comfort care (65)
Category 6: Fatal conditions where the focus of treatment is on disease modification or cure (40)
Category 7: Nonfatal conditions where the focus of treatment is on disease modification or cure (20)
Category 8: Self-limiting conditions (5)
Category 9: Inconsequential care (1)

Tomado de DiPrete B, Coffman D, 2007."A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon"Consultado en Octubre 7 de 2007

Para organizar la lista entre las categorías y los pares de diagnósticos/tratamientos dentro de las categorías, los comisionados decidieron asignar un puntaje para capturar el impacto de un determinado servicio tanto en la salud individual como en la salud colectiva. REVISAR TEXTO.

- Impacto en años de vida saludables: En que grado la condición de salud (enfermedad o factor de riesgo) impactará la salud individual si se deja sin tratar, considerando la edad media de aparición (ejemplo: la patología afectará principalmente a niños y el impacto de esta



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

potencialmente afectará el resto de sus vidas?) Se califica con 0 si no tiene impacto a 10 alto impacto.

- Impacto en sufrimiento: En que grado la enfermedad resultará en dolor y sufrimiento? Efecto en miembros de la familia (por ejemplo el impacto en la familia de un paciente con enfermedad de Alzheimer o una situación que genere una discapacidad de largo plazo que requiera el cuidado continuo por parte de un miembro de la familia) Se califica de 0 (No impacto) a 5 (alto impacto)
- Efectos en la salud pública: el grado en el cual los individuos diferentes a la persona que sufre la enfermedad pueden ser afectados. Ejemplo: Un caso de tuberculosis que no este en tratamiento o seguimiento puede tener impacto en la salud pública en una comunidad específica. Se califica de 0 (No efecto) a 5 (efectos amplios)
- Vulnerabilidad de la población afectada: en qué grado la condición afecta a poblaciones vulnerables como grupos étnicos específicos o aquellos afectados con una situación debilitante como la infección por HIV o el uso de alcohol o drogas. Se califica con 0 (no vulnerabilidad) a 5 (alta vulnerabilidad)
- Prevención terciaria. Dentro de las categorías 6 y 7 en que grado el tratamiento temprano previene las complicaciones de la enfermedad (no incluye la muerte) Se califica con 0 (no previene complicaciones) a 5 previene complicaciones severas.

Estas medidas de impacto se combinaron con dos factores adicionales: efectividad y necesidad de servicios médicos:

- Efectividad: En que grado el tratamiento puede conseguir el propósito para el cual se instaura. Se califica con 0 (no efectividad) a 5 (alta efectividad)
- Necesidad de servicios médicos: el porcentaje de tiempo en el cual los tratamientos médicos serán necesarios luego de que se establece el diagnostico. Porcentaje de 0 (los servicios nunca se requieran) a 1 (los servicios siempre se requerirán)

Con lo anterior se utiliza la siguiente formula para resultar en un puntaje total:

Categoría en estudio	Años de vida saludable				
	+ Sufrimiento				
	+ Efectos en la salud publica.	X	Efectividad	X	Necesidad de servicios médicos
	+Vulnerabilidad				
	Prevención Terciaria				

De esta forma cada categoría tiene un valor entre 1 y 100 como se describe en la tabla de categorías. El costo neto del tratamiento (0 = alto costo, 5= genera ahorro de costos) se usó para hacer diferenciaciones dentro de las categorías.

A pesar de que la nueva lista parece distinta en su organización o ranking, los servicios que no están financiados permanecen prácticamente sin cambios ya que en la lista nueva resultaron en un nivel equivalente al que tenían en la lista anterior. La nueva lista se implementará a partir de 2008 y esta



pendiente la aprobación del Department of Human Services. La legislatura asignara los recursos con base en la nueva lista priorizada pero no puede cambiar la metodología o las prioridades establecidas por la comisión.

En todo el proceso se consultó a los usuarios del Oregon Health Plan, a sus representantes, a los prestadores de servicios de salud y a otros actores interesados quienes se mostraron de acuerdo con el nuevo énfasis en la prevención y en el manejo de las enfermedades crónicas. La comisión cree que la lista creada con la nueva metodología refleja no solo la importancia de brindar servicios de salud a la población actualmente cubierta por el plan, pero también una herramienta para expansiones futuras mientras se asegura que los recursos disponibles se usan en una forma mas efectiva.

### **i) Contenidos del Plan de Salud de Oregon**

Después de una revisión exhaustiva de la lista priorizada de servicios de salud (the prioritized list of health services) entre 2005 y 2006, ésta se orientó hacia la prevención, la atención de enfermedades crónicas y la educación de los pacientes. Así, los servicios de promoción, educación y prevención están al comienzo de la lista (más altos en la lista) que los servicios para tratar las enfermedades ya establecidas. Por ejemplo el tratamiento para cáncer avanzado tiene una prioridad menor en la lista que las consultas médicas de mantenimiento de la salud, sin embargo aparecen de primeras en la lista algunas condiciones agudas que pueden llevar a la muerte si no se realiza un tratamiento oportuno.

Los beneficios de OHP no cubren en general las condiciones que se mejoran por si solas como los resfriados, condiciones para la cual funcionan los tratamientos en casa (como intoxicaciones alimentarias leves), tratamientos cosméticos y condiciones para las cuales el tratamiento es generalmente no efectivo como los tratamientos agresivos para canceres avanzados.

Para Enero de 2006 el OHP cubre los servicios hasta la línea 530 de los 710 pares de diagnósticos/tratamientos de la lista. Los servicios cubiertos incluyen tanto servicios preventivos para promocionar la salud y reducir el riesgo de enfermar; tratamiento de diversas patologías y condiciones en salud y tratamientos paliativos e institucionales para enfermedades terminales sin importar en que lugar de la lista se encuentre la condición.

Los diagnósticos se acompañan de los correspondientes códigos de la clasificación internacional de enfermedades novena versión con modificación clínica (ICD-9 -CM) y los tratamientos se listan en uno o dos tipos diferentes de codificación de procedimientos: La terminología para procedimientos comunes de la Asociación medica americana (CPT: The American Medical Association Common Procedural Terminology) y el sistema de codificación de la administración para el financiamiento de la salud de Estados Unidos (HCPCS: Health Care financing administration Common procedure Coding system.). Los tratamientos odontológicos estan codificados con la terminología de la Asociación Americana de Odontología (CDT-4 American Dental Association's Current Dental Terminology 4). Esta forma de presentar el paquete de beneficios es muy distinta a la que se usa en Colombia para el POS y POS-S donde no se parte de los diagnósticos para definir los procedimientos e intervenciones cubiertos para cada uno de ellos sino que se presenta una "lista de mercado" de procedimientos e intervenciones médicas sin que éstos estén directamente relacionados con un diagnóstico específico.



**Tabla 7: Cinco primeros diagnósticos-tratamientos de la lista priorizada de servicios de salud de Oregon.**

Line: 1	Diagnosis: <b>SEVERE/MODERATE HEAD INJURY: HEMATOMA/EDEMA WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS</b> (See Guideline Note 1)
	Treatment: MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT
	ICD-9: 850.1-850.5,851.02-851.06,851.1,851.22-851.26,851.3,851.42-851.46,851.5,851.62-851.66,851.7,851.82-851.86,851.9
	CPT:
Line: 2	Diagnosis: <b>TYPE I DIABETES MELLITUS</b> (See Guideline Note 2)
	Treatment: MEDICAL THERAPY
	ICD-9: 250.01,250.03,250.11,250.13,250.21,250.23,250.31,250.33,250.61,250.63,250.91,250.93, 251.3,V53.91,V65.46
	CPT:
Line: 3	Diagnosis: <b>PERITONITIS AND RETROPERITONEAL INFECTIONS</b>
	Treatment: MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT
	ICD-9: 567,569.83,777.6
	CPT:
Line: 4	Diagnosis: <b>ACUTE GLOMERULONEPHRITIS: WITH LESION OF RAPIDLY PROGRESSIVE GLOMERULONEPHRITIS</b> (See Guideline Note 2)
	Treatment: MEDICAL THERAPY INCLUDING DIALYSIS
	ICD-9: 580.4
	CPT:
Line: 5	Diagnosis: <b>PNEUMOTHORAX AND HEMOTHORAX</b>
	Treatment: TUBE THORACOSTOMY/THORACOTOMY, MEDICAL THERAPY
	ICD-9: 511.8,512,860
	CPT:

Adaptada de la lista de servicios de salud priorizados, actualizada en enero de 2007. [http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HSC/current\\_prior.shtml](http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HSC/current_prior.shtml). Consultada el 28 de agosto de 2007. Para facilitar la lectura de la tabla se suprimieron los códigos CPT y HCPCS.

Como se puede ver en el anterior listado, *algunos* tratamientos están acompañados de unas guías o lineamientos que explican con más detalle en que circunstancias se aplican los tratamientos, para garantizar un tratamiento adecuado. Adicionalmente, cabe notar que cada par de diagnóstico- tratamiento médico o quirúrgico viene acompañado de una descripción detallada (por separado) para reducir las dificultades en su interpretación.

La aplicación de guías preserva la discrecionalidad o especificidad de los tratamientos para pacientes individuales lo cual según Mechanic es la base de la priorización implícita en salud y por lo tanto la priorización puede ser implícita y explícita (Mechanic 1997). Por ejemplo, la lista priorizo a la diabetes tipo 1 y sus respectivos tratamientos y esta sería una priorización explícita para la población afiliada en el plan de salud de Oregon. Por otro lado, la guía para el manejo de la diabetes tipo 1 describe las recomendaciones para el manejo de diversas situaciones clínicas que se pueden presentar en los



pacientes con diabetes tipo 1 que el clínico aplicara según su criterio para la situación específica de cada paciente, esto según Mechanic es priorización implícita la cual es necesaria y debe mantenerse en la atención en salud.

Entre 2005 y 2007 se han realizado 14 nuevas guías de práctica clínica y 8 se han actualizado, para completar un total de 60 guías en diferentes temas para determinar tratamientos específicos incluidos en el plan de salud de Oregon. El cuadro XX muestra los temas de algunas guías descritos en el informe de la HSC de 2007:

**Tabla 8: Guías clínicas realizadas para el OHP en la revisión de 2005 - 2007**

- Guidelines for use of erythropoietin and colony stimulating factors in oncology patients
- Guidelines for the use of PET scans
- Guidelines for the surveillance of breast and colon cancer
- Guidelines for sinus surgery
- Guidelines for anti-emetics and anti-thymocyte globulin
- Guidelines for the use of intensity-modulated radiation therapy and stereotactic radiosurgery
- Guidelines for surgery for sleep apnea
- Guidelines for the use of sodium hyaluronate and palivizumab
- Guideline for cholecystectomy

Adaptado de: Oregon Health Services Commission 2007, Office for Oregon Health Policy and Research, Department of Administrative Services, PRIORITIZATION OF HEALTH SERVICES. A Report to the Governor and the 74rd Oregon Legislative Assembly.

#### **j) Resultados y evaluación del plan de salud de Oregón**

La experiencia de Oregón es una de las pocas en las cuales ha sido posible excluir servicios explícitamente dentro de un plan de beneficios, ya que se hace un intercambio (trade-off) entre aumento de beneficiarios de Medicaid y la limitación de servicios dentro del plan. En 1993 los afiliados a Medicaid en Oregon eran 250.000. La implementación del Oregon Health Plan en 1994 permitió aumentar la población en 120.000 nuevos afiliados. (Oregon Health Services Commission 2005). La política de aumentar la cobertura de aseguramiento a través de un racionamiento explícito de los servicios cubiertos ha resultado ser muy difícil en los demás países. Quizás la condición fundamental es que exista un compromiso real con la cobertura universal de aseguramiento. Cuando este compromiso no existe y no es entendido como un valor fundamental de la sociedad, el establecimiento de límites genera problemas políticos ya que no hay una buena compensación para ofrecer a cambio. (Holm 1997)

El plan de salud de Oregón (OHP) con su plan de beneficios definido por la lista de servicios priorizados ha sido calificado por algunos como un ejercicio de racionamiento explícito basado en criterios científicos como la costo-efectividad. Sin embargo la revisión del proceso priorización indica que se aplicaron otros criterios como el consenso de expertos y las preferencias de los usuarios. Aún así, de acuerdo con Mechanic (Mechanic, 1997), el caso de Oregon ilustra que el racionamiento o priorización explícita sí son posibles y que conlleva una forma más transparente de asignar los recursos.

Cabe notar sin embargo, que requiere de procesos técnicos y regulatorios sofisticados, que puede generar bastante controversia política y tiende a crear inflexibilidades para enfrentar las frecuentes situaciones clínicas complejas que caracterizan el ejercicio médico. De todas formas en los artículos revisados y los documentos de las instituciones oficiales de Oregón no se describen insatisfacción por parte de los ciudadanos sino más bien un apoyo continuado para mantener la lista priorizada de servicios de salud.

El Plan de salud de Oregon fue calificado como un esfuerzo para aumentar la cobertura en salud pero realizando el sacrificio de limitar los servicios de salud a prestar. De todas formas cabe notar que el plan original de Oregón incluía algunos servicios que habían estado previamente por fuera de Medicaid



tales como la atención odontológica. De igual forma, en revisiones posteriores del plan se han aumentado los servicios que se cubren. El racionamiento explícito puede resultar por lo tanto en más recursos asignados para la atención en salud si el enfoque que se adopta es lo suficientemente específico para exponer las áreas que requieren financiación o donde no se han atendido las necesidades en salud (Ham y Coulter 2001). En otras palabras estos autores consideran que el plan de salud de Oregon en vez de limitar la atención en salud, la mejoró ya que fue posible asignar de forma distinta los recursos en salud y aumentar tanto en número de afiliados como en servicios a prestar.

La lista inicial de servicios de salud priorizados basada en costo efectividad recibió muchas críticas ya que parecía favorecer tratamientos mínimos sobre aquellos que salvaban vidas, por ejemplo estaba más alto en la lista el tratamiento para la caries que la apendicetomía. Esta reacción refleja un conflicto entre el análisis de costo-efectividad y la tendencia humana a rescatar vidas en peligro. La lista final que se aprobó en Oregon se generó de forma más intuitiva, menos estrictamente relacionada con los costos, pero según la opinión de algunos médicos, se consideró que la utilidad de esta lista era limitada debido a su falta de especificidad con respecto a condiciones y tratamientos y que debía especificarse mejor (esto se ha solucionado a través del tiempo con las guías de práctica clínica y la actualización de la lista). De todas formas con la experiencia inicial de la lista se hace evidente que las técnicas como la costo-efectividad para comparar las tecnologías en salud con los costos por sí solas son insuficientes para facilitar la toma de decisiones en salud (Hadorn D. 1991). Igualmente la aplicación de la costo-efectividad tiene limitaciones ya que es difícil obtener información suficiente sobre los costos y los beneficios o resultados finales de las intervenciones en salud. Otra limitación es que en el caso de que la información se considere completa o suficiente, los resultados de los estudios de costo-efectividad deben ser interpretados por los tomadores de decisiones o los políticos en el ejercicio del racionamiento en salud para los cuales la costo efectividad puede no ser el criterio más importante, sino por ejemplo la equidad y por lo tanto pueden optar por financiar tratamientos más costosos y con menos efectividad (Ham y Coulter 2001). Un ejemplo sería cubrir segundos trasplante de médula ósea en pacientes con mal pronóstico.

Una evaluación del Plan de Salud de Oregon (OHP) publicada en 1999 (Jacobs L, Marmor T, Oberlander J 1999) en la cual entrevistaron a administradores del plan, oficiales de salud y representantes de los usuarios, reporta que OHP fue innovador ya que fue uno de los primeros ejercicios de priorización explícita lo que contrastó con la experiencia de priorización implícita en los demás estados de Estados Unidos la cual se ejercía solo determinando quienes serían los beneficiarios de Medicaid según sus niveles de ingresos y así limitando la cobertura de aseguramiento.

Desde el comienzo el OHP desató controversia, algunos opinaban que era un ejercicio innovador valiente de racionamiento en salud y otros lo veían como un experimento peligroso y poco ético: Estas opiniones se fueron manteniendo con el tiempo entre los diferentes críticos y defensores del Plan de Salud de Oregon.

En cuanto a la aplicación del plan en la atención clínica diaria, los autores encontraron importantes diferencias entre los objetivos planteados al comienzo y la realidad operativa, sin embargo, muestran que la estrategia política utilizada ("retórica" y discusiones públicas sobre racionamiento en salud, movilización social, apoyo de grupos representantes de usuarios, profesionales de la salud y otros grupos de interés) estableció un nuevo mecanismo de responsabilidad pública (accountability) en políticas de salud. Para los autores lo anterior permitió mantener una coalición política amplia con resultados paradójicos: hizo más difícil para los políticos racionar la atención en salud y más fácil gestionar recursos públicos para los más pobres. Los autores concluyen que el OHP no fue un ejercicio de la priorización explícita basado en costo-efectividad como se pregonó en sus inicios sino que la verdadera innovación fue más política que técnica. En nombre del racionamiento en salud se estableció una coalición política



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

estable para hacer una reforma en salud en un ambiente político hostil a las reformas, lo cual permitió expandir el acceso a la salud a los no asegurados.

Inicialmente se propuso el OHP como una estrategia para controlar costos en la prestación de servicios de salud y también limitar los servicios, lo cual fue causa de importantes críticas especialmente por parte de los médicos. Sin embargo, más adelante se evidenció que la lista funcionaba más como un mecanismo para definir de forma explícita el plan de beneficios y esto permitió determinar más claramente que servicios se debían prestar. Por lo tanto ha permitido, por ejemplo, la atención de grupos vulnerables en salud mental y en el tratamiento del VIH/sida, grupos que previamente no recibían atención ni por el estado ni por aseguradores privados.

Igualmente en sus inicios se propuso recortar servicios como transplantes de órganos y tejidos en situaciones que no mostraran tener buen pronóstico y si significaban enormes costos, lo cual desató fuertes debates éticos y críticas, pero en la evolución del plan fue necesario determinar una política de atención de patologías de alto costo que permitió definir mecanismos financieros y administrativos para garantizar la atención en eventos catastróficos como los transplantes (Jacobs L, Marmor T, Oberlander J. 1999).

Según la HSC, la lista priorizada ha tenido éxito en guiar las decisiones sobre la distribución de recursos públicos para la atención en salud y en hacerlas más explícitas y con responsabilidad pública. También ha tenido éxito en hacer que las políticas de salud reflejen la mayor evidencia disponible en efectividad clínica y en las preferencias de aquellos que se afectan con estas decisiones de política.

Otro efecto importante ha sido el ajuste de la práctica médica a través de tiempo para reflejar los beneficios definidos por la lista priorizada. Sin embargo, la lista priorizada no ha tenido éxito en responder a las limitaciones de presupuesto enteramente con reducciones en beneficios, aunque este era un objetivo mayor en la política desde el principio. Esto ha ocurrido porque el gobierno federal ha sido renuente para permitir que Oregon reduzca los beneficios cuando disminuyen los recursos estatales para la salud, lo cual hace que el estado haga de todas formas priorización implícita mediante ajustes en la elegibilidad y en los pagos a proveedores para mantenerse dentro del presupuesto. Estas limitaciones políticas ha prevenido una exploración completa de la efectividad de los servicios priorizados en alcanzar los límites de presupuesto mientras se mantiene el compromiso de cubrir a las personas con necesidades en salud y que tienen limitaciones de recursos. Igualmente se trata de mantener el compromiso de pagar a los prestadores en un nivel suficiente para cubrir los costos de las atenciones.

Aun si Oregon fuera completamente libre para mover la línea límite en la lista priorizada, el rango sobre la línea 530 empieza a incluir algunas condiciones serias pero tratables. Reduciendo los beneficios dentro de este rango podría llevar a serias dificultades médicas y éticas ya que la población sin capacidad de pago no tendría acceso a estos servicios sin los beneficios de Medicaid.

La lista priorizada ha tenido un impacto modesto en los costos por usuario por mes. Los actuarios han estimado que los costos asociados con la porción de la lista que se financia son aproximadamente el 90% del costo de financiar la totalidad de la lista. La razón por la cual el impacto no es muy alto es que una buena parte de la atención en salud más costosa se encuentra en los niveles más altos de la lista. Inclusive los servicios diagnósticos (que son muy costosos y su costo crece cada año) están efectivamente ubicados en la línea cero en el sentido de que la atención requerida para llegar al diagnóstico siempre está cubierta.

El apoyo del público al proceso de priorización fue fuerte desde el comienzo y nunca se ha debilitado, y la integridad de la lista priorizada nunca ha sido cuestionada por los prestadores o los consumidores de servicios de salud. Más aun, los legisladores que toman las decisiones sobre la



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

distribución de los recursos públicos para la salud han aceptado la independencia del proceso de priorización fuera de la legislatura.

Desde su aprobación, cerca de millón y medio de personas han sido cubiertas por la lista priorizada de servicios de salud de un total de 5 millones de habitantes de Oregon, lo cual significa que un tercio de la población del estado ha sido beneficiaria de Medicaid gracias a la extensión de servicios la cual fue facilitada por el proceso de establecer prioridades explícitas en servicios de salud.

### k) Lecciones para Colombia

Ante la escasez de recursos y la necesidad de brindar servicios de salud mediante el aseguramiento a una mayor población, la experiencia de Oregon muestra una forma de priorizar atenciones en salud de una forma explícita, con criterios definidos y con la participación de la comunidad y demás actores interesados.

El Plan de salud de Oregon no es un plan básico, sino un plan generoso con ciertas limitaciones, el cual tiene unos procesos claros y unas instituciones responsables para su ajuste periódico en el contexto de estudios del costo de las prestaciones y del presupuesto para la atención en salud.

La necesidad de aumentar coberturas poblacionales con recursos escasos es similar en Colombia y en Oregon, pero al parecer en Colombia es necesario establecer mejor unos procesos y unos responsables para el ajuste periódico del POS con criterios explícitos que incluyan la participación de la comunidad, ya que en la discusiones iniciales y en la HSC siempre ha habido representantes de los grupos de pacientes y quizás esto ha contribuido a su permanencia en el tiempo y su aceptación.

Como muestra la experiencia de Oregon, los procesos de definición, implementación y ajuste de un plan de beneficios no pueden ser puramente técnicos o puramente políticos; estos requieren la interrelación organizada de criterios técnicos, estrategias políticas, herramientas administrativas y también la opinión y participación de los usuarios del plan para darle validez y apoyo a las difíciles decisiones de racionamiento en salud.

En Oregon se diseñó al inicio un plan de beneficios basado en costo-efectividad que al inicio no tuvo aceptación del público ni viabilidad política, luego requirió varios ajustes para finalmente ser aprobado. También fue necesario crear instituciones como la HSC para actualizar el listado priorizado de servicios de salud, una agencia de evaluación de tecnologías en salud y otras agencias para estructurar el costeo y pago de los servicios del plan de salud de Oregon.

## 1.4 El caso de Nueva Zelanda

### (d) Panorama general del proceso de priorización en Nueva Zelanda

A principios de los noventa, Nueva Zelanda inició un proceso de reforma de su sistema de salud. Antes de la reforma, los recursos públicos de salud eran asignados por el nivel central a los niveles locales con base en unas fórmulas poblacionales. Los gobiernos locales distribuían a su vez este presupuesto a diferentes intervenciones de salud prestados por su propia red de prestadores. Con las reformas fue introducida la separación entre el financiamiento y la provisión y se esperaba que las autoridades locales de salud contrataran con entidades públicas o privadas (los hospitales públicos fueron convertidos en hospitales autónomos que tenían que competir con la red privada de servicios) los servicios requeridos por su población. Es dentro de este contexto que la priorización se convirtió en un componente importante de



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

la reforma (NHC, 2004. Prioritising Health Services. A Background Paper for the National Health Committee p. 31).

Con el fin de asesorar al Ministerio de Salud en esta materia y, siguiendo el ejemplo de Oregon, se estableció en 1992 un Comité Nacional de Asesoría en Materia de Servicios Esenciales y de Apoyo para los Discapacitados (Core Services Committee o CSC) como una institución independiente del Ministerio de Salud. La misión de este comité fue la de dar recomendaciones al gobierno de Nueva Zelanda sobre cuáles serían las prestaciones en salud prioritarias para financiar con recursos públicos. Siguiendo el ejemplo de Oregon, el NHC llevó a cabo una serie de reuniones con actores claves no sólo para indagar acerca de las prioridades de éstos sino también para concientizar al público en la inexorabilidad de la priorización o racionamiento. En sus principios, este comité asesor independiente estaba bajo bastante presión de desarrollar un listado sencillo de servicios dejando muy en claro lo que estaba “adentro” o “afuera” de este listado de servicios de salud financiados con recursos públicos (como por ejemplo en Oregon). Sin embargo, el Comité rechazó tanto la elaboración de un listado positivo como negativo o flotante (el caso de Oregon) argumentando que ésta forma de definir la cobertura de servicios financiados con recursos públicos muestra poca capacidad de tener en cuenta el contexto clínico específico dentro del cual se requieren las intervenciones (véase NHC, 2004, p. 32). En efecto, el NHC dejó en claro desde el principio que no quería seguir este camino de “listado” y que era preferible determinar la elegibilidad para los servicios en términos de una guía de lineamientos de la práctica clínica y criterios explícitos que permiten determinar a nivel micro cuáles pacientes son susceptibles de recibir un beneficio importante del tratamiento requerido. Sólo estos pacientes serían financiados con recursos públicos (véase Hadom, 1997).

Como resultado de varios años de trabajo y consulta con los principales actores interesados, el CSC recomendó los siguientes cuatro principios básicos como lineamientos para cualquier decisión de priorización en salud en Nueva Zelanda:

*Efectividad:* El tratamiento o servicio financiado con recursos públicos debe ser beneficioso o efectivo (el tratamiento ofrece más beneficios que riesgos o efectos indeseables).

*Eficiencia:* “Value for money” o costo efectividad: el servicio o intervención es lo suficientemente bueno para justificar los costos?, existen tratamientos con efectividad equivalente pero mas baratos?

*Equidad:* El tratamiento o servicio financiado debiera proporcionar justicia en el acceso y uso de los recursos, (con este tratamiento se están utilizando adecuadamente los recursos disponibles o deberían utilizarse en otros tratamientos u otras personas?)

*Aceptabilidad:* Consistencia con los valores de la comunidad.

En línea con su rechazo a un listado de servicios (positivo o negativo), el CSC recomendó además que, en vez de establecer un paquete de beneficios (*qué servicios?*) que debieran ser prestados a todos los neozelandeses con recursos públicos (nivel macro), se debieran concentrar los esfuerzos de priorización a niveles *más micro*. Para ello es necesario definir *cuándo* debería financiarse un servicio (en que circunstancias sería beneficioso) *quien* debería recibir los servicios primero y *cuánto tiempo* debería esperar el paciente para recibir el servicio (Edgar W. 2000)

Es por ello que gran parte del trabajo del NHC, además de informar al público sobre los debates de priorización, se ha concentrado, desde los inicios, o en el desarrollo de *guías de práctica clínica* basadas en la evidencia para informar las decisiones clínicas o en la elaboración de herramientas explícitas que permitan hacer un ranking de las prioridades clínicas de los pacientes y su urgencia para cirugías electivas y otros procedimientos.



Tres concepciones básicas han estado a la base de los consejos sobre priorización dados por este comité

Hay que comenzar por determinar las prioridades con aquellos servicios que ya se estaban financiando en Nueva Zelanda con anterioridad a las reformas (ver cuadro). Por ejemplo, los servicios odontológicos para adultos o las gafas nunca habían sido financiados.

Segundo: una simple lista general de servicios (ver cuadro abajo) no es suficiente; por ejemplo, una lista que indica que se incluyen “servicios quirúrgicos” no determina si el reemplazo de cadera debe estar cubierto por el sistema de salud y mucho menos cuánto debe esperar el paciente para el procedimiento. Lo anterior era un llamado a introducir especificidad no sólo respecto a los servicios cubiertos (el *qué* se cubre?) sino también *cómo*, a quién y *en qué condiciones*. Como veremos más adelante, Chile, al indicar cómo debieran tratar las patologías cubiertas bajo el plan AUGE y con qué garantías de calidad (por ejemplo tiempo máximo de tiempo de esperas, claramente siguió este camino).

Tercero: una *lista* de exclusiones no es justa ni útil para ajustar los servicios de salud según las necesidades de los individuos. No toda la gente se beneficia de los servicios de la misma manera. Por ejemplo, aunque se acepta generalmente que las cirugías estéticas no debieran ser cubiertas con recursos públicos, se considera que ciertas condiciones desfigurantes como el labio leporino debieran cubrirse (Edgar W. 2000). Así las cosas, un servicio (por ejemplo cirugía cosmética) puede estar indicado para un paciente o una condición particular y no para otro.

### Box 2: Servicios financiados por el sistema de salud de Nueva Zelanda antes de 1992

- Servicios médicos de atención primaria, atención del embarazo, parto y recién nacido, atención odontológica en niños, servicios diagnósticos de soporte a la atención primaria.
- Servicios médicos secundarios y terciarios
- Servicios quirúrgicos secundarios y terciarios
- Servicios de salud mental

Edgar W. Rationing in Health care. A New Zealand Experience in an international dilemma. Bulletin des médecins suisses. 2000;81: Nr 4. Traducida por los autores.

En términos prácticos el comité ha evaluado intervenciones que involucran un número elevado de usuarios, son de alto costo, son consideradas importantes por el público, hay suficiente información para evaluarlas o tiene altas posibilidades para cambiar la práctica médica.

En 1996, el *Core Services Commite* paso a ser el *National Advisory Committee on Health and Disability*, al cual se refieren como el *National Health Commitee – NHC* (Comité Nacional de Salud). Desde entonces este comité se ha enfocado en el desarrollo de herramientas de priorización en los niveles *meso* y *micro*.

Un ejemplo de las actividades de priorización que ha realizado el NHC en los niveles meso y micro, han sido la definición de cuales cirugías electivas (no urgentes) son prioritarias para la asignación de recursos y el desarrollo un sistema de priorización de pacientes con criterios clínicos y sociales, los cuales se describen en el siguiente cuadro.

**Tabla 9: Metodología de priorización para el acceso a cirugías electivas en Nueva Zelanda**

Cirugías electivas priorizadas	Criterios utilizados
--------------------------------	----------------------



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

Extracción de catarata Reemplazo de cadera y de rodilla Bypass de la arteria coronaria con injerto (CABG) Prostatectomía para hiperplasia benigna Colectectomía Timpanostomía con tubos para otitis media supurativa	Criterios clínicos: severidad de la enfermedad, síntomas, discapacidad que genera, comorbilidad y otros criterios como dolor y deformidad (en el caso de los reemplazos articulares)  Criterios sociales: Edad (solo para bypass coronario), la condición genera limitantes para trabajar y dependencia para que otros cuiden del paciente.
Objetivos del sistema	Resultados de la implementación
Ofrecer cirugías programadas para las personas que lo requieran y tratarlas de forma justa y consistente sin importar su lugar de vivienda o que doctor lo este atendiendo.	Se ha implementado en todos los hospitales de Nueva Zelanda Ha facilitado la planeación y compra de insumos
Garantizar que todos los que puedan obtener el mayor beneficio del servicio lo obtengan primer dentro de un tiempo de espera razonable.	Apoyo gubernamental quien al encontrarlo eficiente ha asignado mas recursos para las cirugías electivas Ha disminuido los tiempos de espera para cirugías electivas Ha tenido buena aceptación de los pacientes
Implementar sistemas de reserva de fechas de cirugía para los pacientes que cumplen los criterios. Los que no los cumplan se referirán a su medico de atención primaria para monitoreo y revisión	Ha facilitado la discusión en el nivel político para la definición de prioridades y asignación de recursos

Adaptado de: Edgar W. Rationing in Health care. A New Zealand Experience in an international dilemma. Bulletin des médecins suisses. 2000;81: Nr 4 y Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview & Part 2: Coronary artery bypass graft surgery. Br Med J 1997;314:131-8

El mayor aporte del NHC comité ha sido el de lograr consenso entre los médicos sobre las preferencias en formas particulares de tratamiento y considerar en debate público para incluir factores sociales en la priorización de tratamientos como las cirugías electivas. (Klein 1995)

El gobierno de Nueva Zelanda ha seguido las recomendaciones del comité, este ha continuado su labor e implementa las recomendaciones en cooperación con los médicos y realiza informes periódicos sobre priorización en salud lo cual implica la revisión frecuente de los criterios y la exposición a la controversia y al debate publico (Klein R 1995, Edgar 2000, NHC Nueva Zelanda 2004)

En el nivel macro, se han realizado unos documentos estratégicos que guían la toma de decisiones en salud manteniendo los principios generales de priorización, pero sin hacerlo de forma muy explícita (NHC Nueva Zelanda 2004). Unas pocas exclusiones se han hecho para priorizar los servicios de salud a nivel macro (ejemplos?). Existe sin embargo una importante y notable excepción: la priorización de los medicamentos (véase NHC, p33-34) que tiene sus propios mecanismos y criterios. En efecto, en 1993 fue establecida una entidad independiente (la plena independencia se estableció a partir del año 2000) denominada Pharmac. Ésta entidad es la encargada de “secure for eligible people in need of pharmaceuticals the best health outcomes that are reasonably achievable from pharmaceutical treatment and from within the amount of funding provided... The role of the agency is therefore to determine what pharmaceuticals should receive public funding, the level of subsidy they receive and any guidelines or conditions relating to their prescription” (ibídem, p. 34). Pharmac utiliza el criterio de costo efectividad como principal criterio de priorización y hace referencia a los criterios de priorización del NHC mencionados anteriormente. Sin embargo, esta entidad reclama bastante discreción a la hora de utilizar



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

estos criterios y le asigna a cada criterio el peso que considera apropiado y no provee mucha evidencia al público sobre cómo lo hace. Según varios autores, Pharmac constituye una anomalía a nivel internacional en el sentido que sus decisiones no han generado muchos problemas o controversias. Entre 1993 y 2001, Pharmac ha adicionado 630 nuevos medicamentos, ha ampliado las condiciones de acceso para otras 137, restringido el acceso a 36 y eliminado 668. Resulta interesante notar que a diferencia de la mayoría de los países quienes han experimentado un crecimiento acelerado de su gasto en medicamentos, este gasto ha bajado en Nueva Zelanda desde el año 1998.

Finalmente cabe notar que Pharmac utiliza ante todo una metodología técnica a la hora de tomar sus decisiones y parece haberse influenciado poco por las tendencias recientes de poner un mayor énfasis en los aspectos institucionales de la priorización (NHC, p. 34). Por qué este éxito? Algunos autores buscan la explicación de este fenómeno en las diferencias de cantidad y calidad entre medicamentos y los demás insumos del sector de la salud a la hora de conseguir información sobre el costo y efectividad de las intervenciones. Cualquiera sea la explicación, pareciera que el proceso de priorización en medicamentos y de los demás servicios han seguido diferentes caminos, no sólo en Nueva Zelanda sino también en otros países como Holanda y...? Lo anterior es una invitación a reflexionar sobre la eventual necesidad de abordar el tema de ajuste del POS de medicamentos de otra manera que el resto de servicios.

### **I) Lecciones para Colombia:**

En primer lugar, la experiencia de Nueva Zelanda plantea un acercamiento completamente distinto al colombiano a la hora de definir qué servicios de salud financiar con recursos públicos: En vez de poner el énfasis en el establecimiento a nivel macro (gobierno central) de una lista positiva o negativa de intervenciones, concentra sus esfuerzos en dar lineamientos sobre la priorización a nivel micro respondiendo preguntas tales como: a qué tipo de pacientes se le debe dar un tratamiento dado?, Cuánto debiera esperar un paciente por un tratamiento y bajo qué circunstancias?, Qué servicios debiera incluir el tratamiento de un paciente dado?.

En Nueva Zelanda el rechazo de la priorización a nivel macro proviene del convencimiento de que al restringir los servicios financiados pueden perderse de vista las condiciones y necesidades específicas de cada paciente. Además, un listado per se no garantiza que se presten los servicios requeridos para cada condición. Esta orientación de la política neozelandesa nos invita a interrogarnos sobre los eventuales beneficios o potenciales peligros de que en Colombia sustituyéramos, o por lo menos, complementáramos, la actual "lista de mercados" del POS con una priorización que fuese más de nivel micro. Quizás la aparición de guías clínicas vinculadas al POS o en forma de recomendación o de obligatorio cumplimiento, indican que Colombia está orientándose en esta dirección.

Cada país debe definir a qué nivel (macro, meso o micro) quiere adelantar la priorización. En Nueva Zelanda decidieron no definir un listado de intervenciones priorizadas como un paquete básico de beneficios porque lo consideraron injusto y no responde a las necesidades individuales. En vez de esto consideraron más importante definir las circunstancias para brindar un servicio dentro del sistema público de salud, la selección de los pacientes que se mas se benefician y solucionar las listas de espera con criterios que acepten los médicos y los pacientes. Estos criterios podrían ser útiles para solucionar problemas como las listas de espera para cirugías de los pacientes afiliados al ISS en Colombia.

La experiencia de Nueva Zelanda muestra que no es suficiente con saber si una tecnología en salud (por ejemplo el reemplazo de cadera) es costo-efectiva o no para determinar si debe estar financiada por el sistema de salud. El comité Nacional para la salud de Nueva Zelanda (Nacional Health Comité) considera que en este tipo de decisiones se deben involucrar además los valores de la comunidad, la equidad y el beneficio que da al paciente individual.



Libertad y Orden

En Nueva Zelanda se estableció un sistema de priorización que tiene como principio primordial involucrar al público en las decisiones; se estableció una institución dedicada a esta actividad y se establecieron diferentes procesos para priorizar lo cual incluye la evaluación de tecnologías en salud y la realización de guías clínicas basadas en la evidencia. De todas formas se consideraron soluciones prácticas para determinar cuales tecnologías en salud deberían ser prioritarias: que involucren un número elevado de usuarios, sean de alto costo, sean consideradas importantes por el público, que exista suficiente información para evaluarlas o que tengan altas posibilidades para cambiar la práctica médica. Algunos de estos criterios (alto costo, alta prevalencia) han sido utilizados (aunque no de forma sistemática) para evaluar las inclusiones al POS en Colombia, pero por ejemplo no se ha determinado cuales servicios o tecnologías en salud son las más importantes para el público en Colombia para tener en cuenta estas preferencias en el estudio de la inclusión.

Para que la priorización de servicios de salud se lleve a la práctica es necesario que participen en la definición los profesionales de la salud y el público. De todas formas siempre será difícil que las personas acepten que los recursos para la salud son limitados, pero la participación facilita la aceptación y el entendimiento de un sistema de priorización.

## 1.5 El caso de México<sup>14</sup>

### (e) De un plan muy básico hacia la cobertura integral

En 1993, la Fundación Mexicana para la Salud, Funsalud, recomendó la adopción de una canasta básica de servicios de salud para toda la población basada en criterios de costo efectividad convirtiéndose Este esfuerzo pioneros en el mundo influyó en forma directa los esfuerzos de Colombia en este sentido durante la fase de diseño de la reforma colombiana de salud.<sup>15</sup> Esta propuesta fue acogida en 1996, cuando surgió el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), destinado inicialmente a brindar servicios de salud a poblaciones rurales dispersas. Dentro de este programa se propuso la cobertura de la población beneficiaria con una canasta muy básica de servicios que incluía 34 intervenciones en 13 categorías de servicios. Esta canasta básica empezó a hacer parte integral del programa de transferencias condicionadas, PROGRESA (ahora oportunidades similar a programa colombiano de Familias en Acción), de combate a la pobreza.

En 2001, México decidió empezar a implementar una estrategia de aseguramiento universal. Bajo este esquema implementó el programa piloto del así llamado Seguro Popular. Este seguro cubriría progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional<sup>16</sup> (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la

<sup>14</sup> Gran parte de esta sección se basa en González-Pier et al., 2006.

<sup>15</sup> Una propuesta inicial del POS presentada en el CNSSS en la primera mitad del año 1994 y basada en criterios de protección financiera y costo efectividad se alimentó en parte de información proveniente de este esfuerzo de Funsalud liderado por José Luis Bobadilla, principal autor del paquete básico de Funsalud, coautor del informe del Banco Mundial de 1993 Invertir en Salud y asesor técnico del Ministerio de Salud en Colombia en 1993 y 1994.

<sup>16</sup> Bajo este esquema los trabajadores públicos se afiliaban al ISSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales



economía y personas que están fuera del mercado laboral y las familias de éstos)<sup>1</sup> y que representan aproximadamente la mitad de la población. En el financiamiento de este seguro popular concurrirían los aportes fiscales de nivel central y local y los aportes de las familias calculados a partir de la capacidad de pago. Dentro de este contexto fue necesario definir la cobertura de servicios que se irían a prestar por el Seguro Popular. Se consideró que las 31 intervenciones cubiertas por el PAC y retomadas por PROGRESA no brindaban una cobertura suficiente. Por ello se crearon tres canastas de servicios, que en su conjunto, debieran ofrecer una cobertura integral en salud: i) un conjunto de intervenciones de salud pública y de servicios a la comunidad seleccionados con base en consideraciones de carga de la enfermedad, equidad y costo-efectividad ii) una canasta de servicios llamada CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) que abarcaría un conjunto de intervenciones de baja y mediana complejidad administrados por los estados y seleccionados con base en consideraciones de costo-efectividad pero sobre todo con base en la necesidad de incrementar y regular el acceso a la atención primaria y hospitalaria y , iii) un tercer paquete de intervenciones de atención médica de alta complejidad.

Es así como el número de intervenciones cubiertas y el valor anual per cápita pasaron de 9 intervenciones y un per cápita de menos de 1 dólar en la propuesta de Funsalud de 1994 a un conjunto de tres paquetes, de salud pública, de servicios esenciales de salud y de servicios de alta complejidad que, en su conjunto cubren 337 intervenciones y equivalen a un costo anual per cápita de unos 231 dólares. Como se desprende de la anterior descripción, el concepto inicial de una canasta básica de servicios basada esencialmente en criterios de costo efectividad fue sustituido por una visión más amplia donde los criterios de costo efectividad fueron complementados por criterios de de protección financiera y equidad en el acceso. Los servicios cubiertos se contratan en su mayor parte con prestadores públicos que forman parte de las 32 secretarías de salud (Frenk, González Pier et al, 2007). En el año 2006 el Seguro Popular cubría alrededor de 4.5 millones de familias mexicanas sobre una población total de aproximadamente de 100 millones de los cuales cerca del 40% son considerados como pobres.<sup>17</sup>

Lo restante de esta sección sobre México profundiza en algunas de las características más relevantes para Colombia de la experiencia mexicana en la construcción y ajuste de sus planes de beneficios a saber: i) su financiación, ii) el contenido de los paquetes y, iii) los mecanismos para su actualización y la iv) la evaluación mediante el concepto de cobertura efectiva.

#### **m) Criterios y configuración de los paquetes de servicios**

En esta sección se describe la configuración y alcance de las tres canastas de servicios ofrecidos a los afiliados al Seguro Popular. Las intervenciones de salud pública y a la comunidad cubiertas por CASSCO fueron heredadas del programa de vacunación y del PAC descritos anteriormente. Incluye los servicios costo-efectivos que han dominado el diseño de paquetes básicos de servicios en otros países y en las recomendaciones internacionales. CASSCO incluye un total de 71 intervenciones con un costo anual estimado de 41 dólares per cápita.

**Tabla 10: El plan de salud pública (CASSCO)**

I. Salud municipal y participación comunitaria
Impulso y fortalecimiento de la participación municipal
Organización comunitaria para la salud
Prevención y atención de urgencias epidemiológicas y desastres

de los Trabajadores del Estado) y los trabajadores formales del sector privado se afiliaban al IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social).

<sup>17</sup> [http://www.cidac.org/cidac\\_nuke/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=1000018](http://www.cidac.org/cidac_nuke/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=1000018).



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia  
Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

I. Salud municipal y participación comunitaria

Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector

Vacunación antirrábica de animales domésticos

Estabilización de la población canina

Atención de focos rábicos

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores

Establecimiento de redes sociales en apoyo a la atención de la mujer embarazada y los menores de dos años de edad

II. Promoción e información

Promoción e información sobre el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable

Información, educación y comunicación sobre la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida

Promoción y difusión de las Cartillas Nacionales de Salud

Información, educación y comunicación sobre temas básicos de salud entre la población escolar

Promoción y difusión de una vida sin violencia familiar, sexual y contra las mujeres

Información, educación y comunicación a la población migrante en el origen, tránsito y destino

III. Vigilancia epidemiológica

Vigilancia epidemiológica de las adicciones

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad

Vigilancia epidemiológica de los posibles riesgos a la salud

IV. Servicios comunitarios de salud

Aplicación del esquema básico y complementario de vacunación en menores de cinco años

Aplicación de vacuna anti-influenza en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad

Aplicación del esquema complementario de vacunación en niños de 6 años de edad (SRP)

Aplicación del esquema de vacunación para adolescentes

Aplicación del esquema básico de vacunación para adultos mayores

Distribución de suplemento vitamínico entre niñas y niños de cuatro a 23 meses de edad

Desparasitación a niños y niñas de 2 a 14 años de edad

Suministro de vitamina A en niños de 6 meses a 4 años de edad

Suministro de micronutrientes en mujeres embarazadas

Suministro de micronutrientes en adolescentes

Prevención de enfermedades bucales

V. Detección oportuna de enfermedades

Detección oportuna de defectos al nacimiento en recién nacidos

Detección gruesa de problemas de salud entre la población escolar

Detección y diagnóstico de deficiencias visuales, deficiencias auditivas y/o defectos posturales entre la población escolar

Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (papanicolaou) y detección de Virus de Papiloma Humano)

Detección oportuna de cáncer mamario (exploración clínica)

Prevención y detección oportuna de osteoporosis

Tamizaje y consejería en adicciones

Detección oportuna de tuberculosis en la comunidad (búsqueda activa)

Detección y diagnóstico de tuberculosis en áreas y grupos de riesgo

Tamizaje para la detección y referencia de personas que viven en situación de violencia familiar o sexual

Detección y diagnóstico temprano de obesidad, hipertensión arterial y diabetes en población de 20 años y más

Detección de hiperplasia y cáncer prostático en población masculina de 45 años y más

Prevención y detección oportuna de VIH

VI. Consejería y otros servicios preventivos

Prevención y atención de enfermedades diarreicas y cólera



Libertad y Orden

## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

### I. Salud municipal y participación comunitaria

Capacitación a madres en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y de nutrición en menores de cinco años

Capacitación y educación a la población civil y a profesionales en la atención inmediata de urgencias médicas

Atención integral a la salud durante la línea de vida

Identificación de signos de alarma en el neurodesarrollo de niñas y niños menores de cinco años y aplicación de pautas de estimulación temprana

Vigilancia del estado nutricional de menores de cinco años

Prevención de caries: profilaxis, odontosis y esquema básico

Consejería médica en planificación familiar

Consejería para la prevención y control de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus

Consejería y diagnóstico en climaterio y menopausia

Evaluación de riesgo y consejería para la atención de la violencia familiar

Prevención de daños asociados al consumo de drogas inyectadas

Prevención primaria del cáncer cérvico uterino

Quimioprofilaxis a los contactos de enfermos de tuberculosis

Nota: si bien los esquemas de vacunación están incluidos en el CAUSES, éstos son aplicados a toda la población sin importar su condición de afiliación al SPSS en virtud de las externalidades positivas que generan.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud

Diversos estudios indicaban que las mayores brechas de equidad en el acceso en salud se daban respecto a intervenciones de básica y mediana complejidad. Así mismo se observó que la mayor concentración del gasto de bolsillo y carga financiera para el hogar se daba respecto a éstos servicios. En respuesta CAUSES fue diseñado como un paquete que tiene en cuenta tanto consideraciones de costo-efectividad como el objetivo de reducir el gasto de bolsillo de la población objetivo (en su mayoría pobre). El CAUSES cubre actualmente 249 intervenciones (por ejemplo diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto o vacuna pentavalente) agrupados alrededor de 9 aglomerados de servicios de salud (por ejemplo detección, medicina ambulatoria, salud reproductiva etc.). El costo anual per capita es de aproximadamente 14 dólares. La Tabla 11 muestra, a manera de ejemplo un extracto de este catálogo. Como se desprende ahí, se indica para cada intervención una descripción, el código CIE 9 y MC, los medicamentos asociados cubiertos y la normatividad relativa vigente. La priorización se hizo con base en criterios de costo-efectividad, *continuidad en la atención*, cumplimiento con las normas ético-médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. La metodología utilizada para estimar los costos involucrados en la prestación de estos servicios toma como punto de partida las guías clínico-terapéuticas de cada intervención. Indica al respecto la secretaría:

“La metodología utilizada para estimar los costos involucrados en la prestación de los servicios esenciales toma como punto de partida las *guías clínico-terapéuticas de cada intervención*. Las guías clínico-terapéuticas establecen un protocolo de procedimientos que permiten conocer con detalle las actividades a seguir en términos de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para atender un padecimiento determinado (Secretaría de Salud, 2006, p. 48). Y “Las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento se sustentan en guías diagnóstico terapéuticas y protocolos clínicos para que el personal de salud tenga lineamiento concretos, que en combinación con su criterio profesional le permita tomar las mejores decisiones para la atención de sus pacientes.” (Secretaría de Salud, 2002)<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Secretaría de Salud, 2002, Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME ahora CAUSES). Documento disponible en la página internet de la Secretaría de Salud. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

Como se desprende de la anterior descripción, la *formulación de los beneficios entorno a intervenciones y guías clínico terapéuticas* asociadas a éstas permite no sólo avanzar en la integralidad de la atención brindada sino que sirve de modelo de atención y constituye una forma organizada de costear los servicios cubiertos. Esta forma de organizar los servicios cubiertos en México contrasta con el desorden que existe en la formulación de los beneficios en el POS colombiano mediante el MAPIPOS pero se asemeja a lo que originalmente se buscó en la propuesta de un POS basado en criterios de costo-efectividad y protección financiera planteado por Maria Luisa Escobar y su equipo de trabajo al principio de la reforma. (REF198 Tomo 1).

DOCUMENTO BORRADOR



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

**Tabla 11: Configuración de CAUSES (canasta de servicios de primer y segundo nivel de atención): Extracto a manera de ejemplo<sup>19</sup>**

Conglomerados (9)	Intervención (ejemplo de 1 intervención en cada conglomerado)	Descripción	Medicamentos asociados y normatividad
Detección y Prevención	Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib (Contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infección invasiva por H. Influenzae b)	Se aplica a los 2, 4 y 6 meses de edad y dos dosis de refuerzo con DPT a los 2 y 4 años de edad. Deben registrarse las acciones en la Cartilla Nacional de Vacunación. CIE - 9 - MC 99.391 Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, Hib)	Medicamentos 3823 Vacuna pentavalente unidosis, dos frascos ampula: uno contiene la vacuna contra Haemophilus influenzae b en forma liofilizada, el otro es una suspensión de 0.5 ml de la vacuna DPT y de antígeno de superficie recombinante del virus de la hepatitis B. Normatividad NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
Medicina Ambulatoria	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.	Es la reacción cutánea que resulta de poner en contacto una sustancia determinada con la piel de un paciente sensible. El diagnóstico se basa en la exploración física de las lesiones y los antecedentes. No se incluyen apoyos de laboratorio. El tratamiento incluye una consulta de control. CIE - 10 L23 Dermatitis alérgica de contacto	0804 Óxido de zinc. Pasta de lassar, tubo 30g 0408 Clorfeniramina. Jarabe 0.5 mg, frasco 120 ml 0872 Clloquinol. Crema, envase 60 g 2144 Loratadina. Tabletas 10 mg, c/20 2145 Loratadina. Suspensión c/60 ml 0472 Prednisona. Tabletas de 5 mg, c/30
Odontología	Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)	Incluye odontoxesis, que es el pulido y limpieza de los dientes por medio de procedimientos mecánicos, que se realizan en el consultorio dental eliminando cálculo (sarro), manchas extrínsecas y placa dentobacteriana. Después de ello, para la aplicación tópica de flúor, se utiliza fluoruro de sodio al 2%, fluoruro estañoso al 8% o fluoruro de fosfato acidulado con 1.23% de fluoruro. Se lleva a cabo dos veces por año para reducir el deterioro dental hasta en un 40%. Las acciones deben registrarse en las Cartillas Nacionales de Salud de acuerdo a la edad y género de la persona. CIE 10 Z012 Examen odontológico	Normatividad NOM-013-SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales
Salud Reproductiva	112. Métodos	Descripción	Medicamentos

<sup>19</sup> Esta tabla contiene sólo un extracto pequeño de las intervenciones cubiertas. El catálogo completo vigente en el año 2006 puede ser consultado en el Anexo 1 del Documento Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, Financiero y Operativos, Secretaría de Salud de México. Fondo de Cultura Económica, Segunda Edición, 2006.



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

	temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales	Control de la fertilidad a parejas jóvenes mediante métodos temporales, incluye una consulta trimestral para control y medicación de anticonceptivos hormonales orales o inyectados. Esta intervención también contempla la anticoncepción de emergencia. CIE 10 Z304 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	3508 Desogestrel y etinilestradiol. 28 tabletas 0.15 mg/0.03 mg 3507 Levonorgestrel y etinilestradiol. 28 Grageas 0.15 mg/0.03 mg 3509 Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol. Susp inyec. 25 mg/5 mg 2210 Levonorgestrel. Tabletas 0.750 mg 3503 Noretisterona. Solución inyectable 200 mg/ml 3506 Noretisterona y etinilestradiol. Envase con 21 tabletas. Norma Oficial: NOM-005-SS2-1993, de los servicios de planificación familiar
Parto y Recién Nacido	Atención del embarazo normal (atención prenatal) (No. 119) Atención del parto normal (No. 120)	Incluye la atención del parto desde su llegada a la sala de labor para su preparación, trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento por vía vaginal. Incluye todos los insumos de una sala de expulsión. CIE - 9 –MC 73.5 Parto asistido manualmente CIE – 10 O80.9 Parto espontáneo	Medicamentos 3412 Indometacina. 6 ó 15 Supositorios de 100 mg 3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30 3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20 1544 Ergometrín (ergonovina) Solución inyectable, 0.2 mg/ ml, 50 amp con 1 ml Auxiliares de diagnóstico Grupo sanguíneo y Rh Biometría hemática Química sanguínea de 3 elementos Tiempo de protombina Tiempo de tromboplastina parcial Normatividad : NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
Rehabilitación	Rehabilitación de fracturas	Descripción Para fracturas no complicadas comprende en promedio 10 sesiones de una hora, tratamiento analgésico y una radiografía para control. CIE - 9 - MC 93.1 Fisioterapia	Medicamentos: 3407 Naproxeno Tabletas 250 mg, c/30 3417 Diclofenaco. Tabletas 75 mg, c/20 Auxiliares de diagnóstico: Rx simple
Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación alimentaria aguda	Descripción Es secundaria al consumo de alimentos contaminados. El diagnóstico se basa en los antecedentes y en el cuadro clínico que depende de las toxinas del agente causal: Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens, Clostridium botulinum, Salmonella sp, Shigella sp o Escherichia coli. El diagnóstico se basa en los antecedentes y el cuadro clínico. Incluye atención en consulta externa o en urgencias. Se incluyen auxiliares de diagnóstico generales. Pueden emplearse biometría hemática, química sanguínea y examen general de	Medicamentos 2242 Carbón activado. Polvo. Envase con 1 kg. Auxiliares de diagnóstico Biometría hemática Química sanguínea Examen general de orina



## Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

		<p>orina. Debido a que la enfermedad no es una infección no se emplean antibióticos.</p> <p>CIE – 10 A05 Intoxicación alimentaria bacteriana A050 Intoxicación alimentaria estafilocócica</p>	
Hospitalización	<p>Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis (No. 163)</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A (No. 176)</p>	<p>En el caso de pielonefritis se puede requerir hospitalización hasta por 48 horas para manejo parenteral con antibióticos. Posteriormente se continúa con tratamiento vía oral de 14 a 21 días. Se realiza urocultivo después de tratamiento para el seguimiento. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre mayor a 39° C, escalofríos, náuseas, vómito, hipertonia muscular generalizada, malestar general y dolor en fosa lumbar. Generalmente existen infecciones previas en vías urinarias inferiores. El diagnóstico puede apoyarse con urografía excretora, ultrasonido renal y urocultivo.</p> <p>CIE – 10 N10 Pielonefritis aguda</p>	<p>Medicamentos</p> <p>1903 Trimetoprim /sulfametoxazol. Tabletas 80 mg, c/30 1904 Trimetoprim /sulfametoxazol. Suspensión 120 ml, (40mg/5 ml) 1911 Nitrofurantoína. Furadantina tabletas 100 mg, c/40 1939 Cefalexina. Tabletas 500 mg, c/20 1954 Gentamicina. Solución inyectable de 80 mg 1955 Gentamicina. Solución inyectable de 20 mg 1956 Amikacina. Ampolleta 500 mg 4255 Ciprofloxacina. Tabletas 250 mg, c/8</p> <p>Auxiliares de diagnóstico Biometría hemática Urocultivo Examen general de orina Urografía excretora Ultrasonido renal</p>
Cirugía	<p>Diagnóstico y tratamiento de infarto y rotura esplénicos</p>	<p>Descripción</p> <p>Incluye manejo inicial en urgencias, estudios preoperatorios, un promedio de una hora y media de procedimiento quirúrgico (esplenectomía), un día cama en terapia intensiva y dos días de hospitalización. También se incluyen medicamentos analgésicos en caso necesario.</p> <p>CIE – 10 S360 Traumatismo del bazo D735 Infarto del bazo</p>	<p>Medicamentos</p> <p>3417 Diclofenaco. 20 tabletas de 75 mg 0109 Metamizol sódico. Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampolletas) 1234 Ranitidina. Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5 1935 Cefotaxima. Ampolleta 1 g/4 ml.</p> <p>Auxiliares de diagnóstico Biometría hemática Química sanguínea Examen general de orina Tiempo de protombina Tiempo de tromboplastina parcial Grupo sanguíneo y RH Rx abdominal simple (de pie o decúbite) Rx de tórax Ultrasonido abdominal Electrocardiograma (ECG) TAC de abdomen superior</p>

Fuente: <http://www.sesa-qro.gob.mx/sp/beneficios3.htm> y lista de servicios esenciales facilitada por el Seguro Popular.



Para el reembolso de las atenciones de alta complejidad se diseñó un fondo central. El paquete fue definido inicialmente en términos de categorías muy gruesas (véase Tabla 12). Sin embargo, el reembolso requirió Las intervenciones de muy alta especialidad, que son lo que generalmente genera gastos catastróficos a la población, y la ley crea también un fondo separado que se llama fondo de protección contra gastos catastróficos. Ésta es nuevamente la primera vez, que se hace un fondo especial a nivel nacional, para ir pagando y cubriéndole a las familias aquellos servicios de salud de muy alto costo, está formado por nueve categorías de intervenciones; el tratamiento del SIDA, el cáncer, los problemas cardiovasculares, los problemas neurológicos complejos, los trasplantes, el tratamiento de las lesiones graves incluyendo las quemaduras, la rehabilitación de largo plazo, los cuidados intensivos neonatales; son las categorías que van siendo cubiertas por este fondo de protección de gastos catastróficos. No entiendo muy bien lo que cubre en cada caso. Atención integral? Desde prevención y detección?

**Tabla 12: Categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos**

Categorías
1. Diagnóstico y tratamiento del cáncer
2. Problemas cardiovasculares
3. Enfermedades cerebro-vasculares
4. VIH/SIDA
5. Lesiones graves
6. Rehabilitación de largo plazo
7. Cuidados intensivos neonatales
8. Trasplantes
9. Diálisis

Fuente: González Pier et al. 2006.

#### **n) Financiación de los planes de beneficios**

En México tienen tres planes de beneficios; uno muy básico dirigido a la comunidad, uno segundo nivel llamado CAUSES y una lista corta de enfermedades catastróficas cubiertas. Estos planes fueron establecidos técnicamente y con base en una mezcla de criterios relacionados con la importancia de los problemas salud identificados a partir de los registros de egresos hospitalarios, el perfil epidemiológico, los costos de los servicios, la efectividad y la protección financiera. México contó con bastantes recursos para tomar las decisiones con base en estudios técnicos. En resumen: existen tres paquetes bastante bien especificados pero los únicos que pueden prestar estos servicios (en especial los de CAUSES) son la red pública y a esta le siguen llegando los recursos vía oferta. Les da absolutamente lo mismo atender a alguien que está afiliado al seguro popular (son 5 millones de familias en este momento) o a otra persona. No existen, por lo tanto, incentivos para priorizar al nivel de la prestación del servicio. Esto hace referencia a uno de los mensajes centrales del presente documento: la priorización por sí sola no implica la priorización. Entre otras, ésta tiene que venir acompañada de flujos financieros que crean incentivos para prestar los servicios priorizados.

#### **o) Criterios y actores**

Qué porcentaje de los recursos públicos? Inicialmente operación y estimación del costo del seguro popular por el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que establecía el servicio para 78 intervenciones diferentes seleccionadas con base en su importancia epidemiológica, la demanda de atención y la capacidad instalada. En el 2004 fue sustituido por el CASES que incrementó a 91 intervenciones el servicio médico. En el 2005 CASES aumentó número de intervenciones a 154. En el caso de medicamentos aumentó de 255 a 285 entre 2004 y 2006. Qué tan diferentes son los paquetes en términos de contenido?



## 1.6 El caso de Holanda

### (f) Introducción:

La constitución holandesa establece que el gobierno es el responsable de proveer los servicios para mejorar y proteger la salud pública. En consecuencia, el 80% del gasto en salud proviene de fondos públicos principalmente a través de la seguridad social y el resto se financia mediante seguros privados y gasto de bolsillo. (Stolk E. Rutten F. 2005)

El sistema de seguridad social en salud en Holanda, está organizado en *tres niveles de aseguramiento* o “compartimentos”: seguro para gastos excepcionales o atenciones de largo plazo, seguro para gasto medico normal y seguro suplementario.

En el seguro para gastos excepcionales o catastróficos (AWBZ por sus iniciales en holandés) están afiliados todos los habitantes de la nación y deben contribuir todas las personas que pagan impuesto a la renta hagan o no uso de los beneficios. Este seguro contempla la cobertura del gasto asociado a tratamientos de alto costo o cuidados de largo plazo (crónicos) y la atención en salud mental. La mayoría de la población atendida por este seguro son personas mayores de 50 años. Este seguro representa el 40% del gasto total en salud.

La segunda categoría, seguro para el gasto médico normal (ZFW por sus iniciales en holandés), está cubierto por una variedad de seguros, el más importante de los cuales corresponde al aseguramiento en salud obligatorio para todos los que perciben un ingreso inferior al fijado por ley (64% de la población). Además, existe un sistema especial para los funcionarios públicos (5% de la población) y uno voluntario para los que no quedan cubiertos por los anteriormente mencionados (31% de la población). El aseguramiento de esta categoría se hace a través de unos 20 fondos de salud. Este sistema ofrece un paquete de beneficios único a una prima calculada como función del ingreso. Este seguro representa el 37% del gasto total en salud

Los trabajadores que no quedan cubiertos por el seguro obligatorio por percibir un ingreso superior al límite fijado anualmente, pueden, voluntariamente, contratar un seguro con una compañía privada, en donde tienen una amplia gama de pólizas a elección, con primas ajustadas por riesgo, que contemplan deducibles, copagos y coseguros. Este seguro representa el 15% del gasto total en salud. En este último grupo, las personas consideradas de alto riesgo (que no son aceptadas por las aseguradoras), tienen acceso a un paquete de beneficios “estándar” que es similar al ZFW pero que representa otro plan de beneficios distinto creado desde 1998 con una legislación especial para mejorar el acceso a los servicios de salud (WTZ). Este ajuste fue necesario porque el grupo poblacional correspondiente no tenía acceso al aseguramiento.

La tercera categoría, seguro suplementario, está destinada a cubrir atenciones de salud consideradas como menos necesarias y que no han sido incluidas en las categorías anteriores o a cubrir las necesidades de la población que, por sus ingresos, no está obligada a asegurarse a la segunda categoría de seguros.

**Tabla 13: Planes de beneficios en Holanda**

<b>Planes de beneficios en Holanda</b>
--



<b>AWBZ</b> tratamientos de largo plazo, incluye atención en salud mental, terapias (física, del lenguaje, ocupacional) y cuidado en casa de pacientes crónicos. También maneja la vacunación para niños y adultos
<b>ZFW:</b> Plan del aseguramiento obligatorio en salud. Incluye atención primaria medicina, odontología y remisiones a segundo y tercer nivel. Atención hospitalaria, médicos especialistas, medicamentos, dispositivos, insumos.
<b>WTZ:</b> plan para los que no son elegibles para el ZFW (seguridad social) y para los que no son recibidos por los aseguradores privados por alto riesgo.
<b>Planes complementarios con Seguros Privados:</b> para las personas con capacidad de pago

Adaptado de: Stolk E. Rutten F. 2005, The Health Benefit Basket in the Netherlands. Eur J Health Econom Suppl 1.6:53-57

En el marco del proyecto “Beneficios en salud y costo de los servicios en Europa – Health Basket” financiado por la Comisión Europea (Schreyögg J, Stargardt T, et al., 2005), el Instituto de Evaluación de Tecnologías Médicas (Institute for Medical Technology Assessment) de Holanda realizó la descripción de los beneficios, actores y toma de decisiones en el sector salud Holandés. (Stolk E. Rutten F. 2005 a y b).

La Seguridad Social en salud se estableció en Holanda desde 1964 con la legislación sobre seguridad social (Health Insurance Act) y en 1967 se promulgó la legislación sobre gastos médicos excepcionales. Con el tiempo, la seguridad social tomó el esquema de competencia regulada ya que desde 1987, con el Dekker plan, se introdujeron una serie de reformas para hacer a las aseguradoras más responsables de la gestión del riesgo y de la contención de costos, con la idea de que la regulación del sistema no sea una carga para el gobierno. Como se muestra a continuación, el esquema de aseguramiento Holandés resulta muy semejante al colombiano:

En Holanda el gobierno promueve la competencia permitiendo la libre elección de asegurador y desde 1998 estableció una agencia que regula la competencia controlando el monopolio. Al igual que en Colombia, es el gobierno quien define los Planes de Beneficios pero son las aseguradoras las que manejan el plan y contratan con los prestadores de servicios de salud.

En 2006 se estableció una nueva legislación en seguridad social en salud que integra los planes voluntarios y obligatorios en un único plan obligatorio que cubre a toda la población. También se estimula la competencia por calidad y precio entre prestadores. Se espera que este nuevo plan único y obligatorio se oriente hacia la atención de las necesidades de los usuarios y extienda la seguridad social hacia la cobertura universal. Los resultados de esta última reforma no se han evaluado y/o publicado en inglés hasta el momento.

Por lo anterior, en esta descripción de la experiencia de Holanda nos centraremos en el seguro para el gasto médico normal o ZFW ya que en este se concentran las prestaciones en salud individuales usuales, lo cual se asemeja al POS colombiano. Además el ZFW es el plan que se está expandiendo por las últimas reformas en salud en Holanda y los demás se están modificando.

#### **p) Actores y procesos de Priorización:**

En Holanda, la priorización de los servicios de salud empezó a ser tema de discusión desde la mitad de los años ochenta cuando el Consejo de los Fondos de la Salud se enfrentó a pacientes que pedían que se les reembolsara el costo de los trasplantes de corazón e hígado. Como consecuencia, este consejo escribió un documento llamado “Límites a la Expansión del



Paquete de Beneficios” (1983) donde se estipulaba que la inclusión de nuevas tecnologías al paquete de beneficios no podía ser automática. Luego en 1985, el consejo determinó que cualquier tecnología *nueva* debería someterse a un proceso de evaluación de su eficacia y costo-efectividad. Esto es interesante en la medida en que el proceso explícito de priorización comenzó en Holanda a aplicarse sobre el margen (sobre las nuevas tecnologías) y no sobre el paquete ya existente. A pesar de que en ese momento Holanda no contaba con mucha experiencia en el tema de la evaluación de tecnologías, se evaluaron los trasplantes de corazón e hígado por su efectividad y se llegó a la conclusión de que esos sólo se iban a financiar en unas *condiciones* muy específicas. Además, se concluyó que la evaluación de las tecnologías debía hacerse dentro de una metodología más estándar y que debían formalizarse procesos para aplicarla. Cabe notar en este contexto que quizás Colombia ha llegado a este punto donde el análisis aislado de algunos candidatos a la inclusión al POS ya no es satisfactoria y donde necesitamos un proceso mucho más sistemático para tomar decisiones de ajuste del plan de beneficios.

Con base en lo anterior, se estableció en 1988 el “National Fund for Investigational Medicine” con un presupuesto anual de 20 millones de US\$ (aprox. 0.13% del gasto total en salud).<sup>20</sup> Este fondo financia proyectos para evaluar la tecnología existente o nueva en términos de su efectividad, costo-efectividad, implicaciones sociales, legales y éticas. En la práctica, los proyectos se han concentrado en la evaluación de *nuevas* tecnologías en vez de revisar las tecnologías ya existentes. Inicialmente, las propuestas de candidatos a la inclusión fueron hechas por las facultades de medicina (eso se ha venido llamando un acercamiento “bottom up” o “de abajo hacia arriba”), pero muy pronto se mostró que estas propuestas no se centraban en *problemas de salud prioritarios*. Posteriormente, muchas de las propuestas de candidatos a inclusión son sugeridos por entidades de gobierno involucrados en la política de salud (“topdown approach”). Varios estudios al respecto concluyen que los resultados de estas evaluaciones han tenido un impacto importante sobre la política de cobertura en Holanda, quizás a diferencia de lo que podría decirse del Comité de Medicamentos colombiano. Luego en 1990, el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes Holandés nombró una comisión presidida por el Profesor Dunning, a fin de estudiar cómo poner límites a la nueva tecnología y cómo enfrentar los problemas relacionados con la limitación de la asignación de recursos.

La comisión discutió la necesidad de establecer límites en salud basándose en; aspectos relacionados con el desarrollo tecnológico, la tecnificación de la medicina, el envejecimiento de la población etc., partiendo del siguiente supuesto: “El que necesite asistencia debe proveérsele pues es un bien de la comunidad pero no puede depender de la demanda sino de la necesidad”. El principio de necesidad se refiere a que los recursos en salud en Holanda deben estar orientados a resolver los problemas de salud de quien más lo necesite, lo cual se puede interpretar de acuerdo con la severidad de la enfermedad y a la vulnerabilidad de las personas que necesiten atención en salud.(Ham C.1997)

La comisión Dunning se le dio gran importancia a la necesidad de tomar decisiones explícitas para proteger a los disminuidos mentales, a los ancianos y aquellos otros grupos que no pueden valerse por sí mismos

La comisión elaboró finalmente, una serie de recomendaciones para la distribución de los recursos de salud, entre las cuales se definieron cuatro filtros/criterios para la inclusión de un servicio al paquete de beneficios (véase Figura 2): Para poder incluir una nueva tecnología había que i) asegurar que esta fuera necesaria para asegurar el funcionamiento normal del individuo y la sociedad y para proteger la vida, teniendo en cuenta la severidad y la prevalencia de la enfermedad ii) que tuviera un nivel de efectividad confirmada, iii) que existiera evidencia acerca

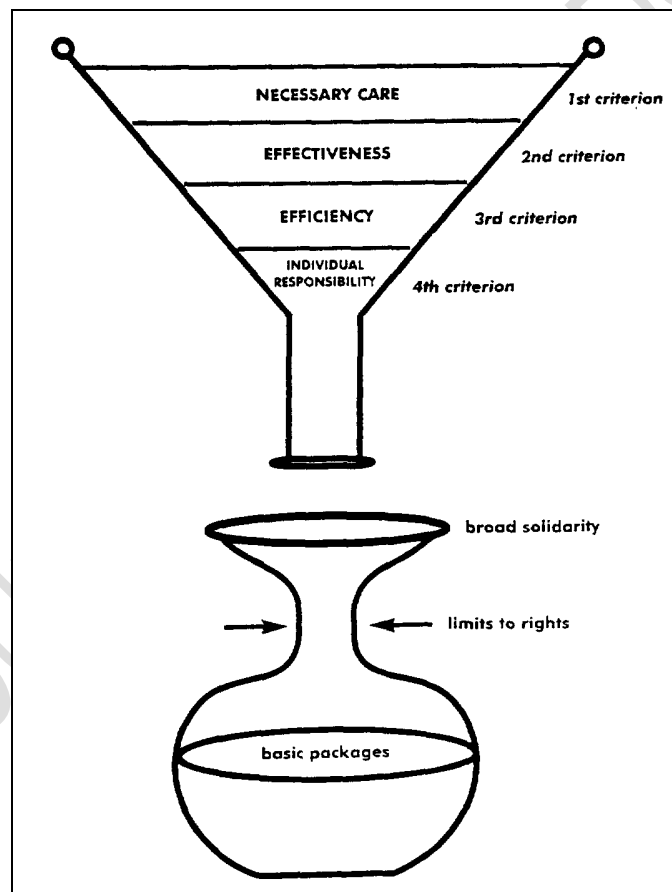
---

<sup>20</sup> Figures of total expenditure in the Netherlands in 1988 are taken from Rublee, Schneider, Health Affairs, Fall 1991. P. 191.

de su costo efectividad y que los beneficios derivados de ella fueran razonables en comparación a su costo y, vi) que el costo de la tecnología no podía ser asumido por el paciente.

Estos filtros de servicios se consideraron con la idea de expandir la solidaridad y limitar los derechos. Aquellos servicios que pasaron los diferentes filtros fueron incluidos en el paquete básico de beneficios el cual era un conjunto de prestaciones no estaba bien definido como una lista positiva, solo estaban claras las exclusiones. Al respecto, el comité concluyó por ejemplo que la fertilización in vitro y la medicina homeopática podrían ser dejadas a cargo del individuo. (Klein R 1995)

Figura 2: Los filtros para priorizar servicios de salud



Ham C. 1997. Priority setting in health care: learning from international experience.

Según varias evaluaciones los anteriores criterios nunca han podido ser aplicados a cabalidad por las razones que se explican a continuación. (Banta et al. 2002)

- Primero, como lo indicó el mismo informe Dunning, muchas veces se carece de información acerca de la efectividad y costo-efectividad de una tecnología.



- Segundo, la política de cobertura de servicios dentro de un plan de beneficios es una política macro que tiene un impacto limitado sobre las prácticas del médico. Otras políticas tienen que ser desarrolladas para influenciar en el comportamiento de los médicos tales como guías clínicas o protocolos.
- Es necesario definir no solo si se incluye o no una tecnología sino que se requiere especificar las circunstancias en que debe ser utilizada pero el gobierno carece de la capacidad para asumir esa tarea para cada uno de los servicios incluidos en el paquete de beneficios. En Holanda, los protocolos clínicos o guías clínicas sólo se implementaron inicialmente para la inclusión de algunos medicamentos muy costosos.
- Existen miles de tecnologías de salud y no existe la capacidad para evaluarlas todas. Es por ello que nunca se pudo hacer una evaluación integral de todas las tecnologías que conforman el paquete de beneficios. Este punto así como el anterior apuntan a la necesidad de priorizar el esfuerzo de priorización. Será importante recordar esta lección de Holanda a la hora de repensar la forma de priorizar los servicios incluidos en el POS.

En vista de los anteriores problemas, el Sickness Fund Council y el Ministerio de Salud decidieron seguir una política pragmática en la que clasificaron las tecnologías antes de que se proceda a su evaluación con el fin de concentrar sus esfuerzos en aquellos temas considerados prioritarios. El proceso de evaluación varía acorde con la tecnología considerada:

- *Tecnologías consideradas como “cuidados médicos avanzados”* o servicios de salud de alto costo (“advanced medical care”) son tratados de manera especial. Estas tecnologías se evalúan en forma prospectiva mediante experimentos clínicos aleatorizados controlados. Mientras que termina la evaluación se emite un “certificado de necesidad” y con base en ello se puede prohibir temporalmente la tecnología o autorizarlo según se considere conveniente.
- Los *medicamentos* son evaluados en forma más integral. Para éstos existe una lista positiva y un sistema de referencia de precios. Se aplican automáticamente copagos cuando se incluye un medicamento que tiene un sustituto más barato en la canasta de beneficios. Además, existen procesos institucionalizados para generar indicaciones acerca del uso apropiado de cada uno de estos. Cabe notar que Holanda tiene el gasto en medicamentos más bajo de toda la UE.
- Las *tecnologías de medicina preventiva* son también evaluadas en forma sistemática. Varias organizaciones están encargadas de identificar aquellos problemas de salud considerados como prioritarios con base en información de carga de enfermedad y la disponibilidad de intervenciones efectivas y aceptables. Muchos de los programas de prevención son monitoreados permanentemente por su costo-efectividad.
- Las *tecnologías preexistentes* han sido evaluadas de una manera mucho menos rigurosa. Un estudio Delphi fue llevado a cabo en el cual cientos de médicos informaron acerca de las tecnologías que ellos consideraban inefectivas u obsoletas. Esta información generó una lista de 1,000 potenciales candidatos para evaluación. De éstas, los médicos escogieron 126 para evaluación. Actualmente estas 126 tecnologías son evaluadas con base en la literatura existente evaluando su efectividad, costo efectividad. Si hay suficiente evidencia de que la tecnología bajo escrutinio



tiene una efectividad o costo efectividad limitada entonces es *excluida* del paquete de beneficios (lista negativa). Cuando no existe suficiente evidencia, entonces se evalúa la tecnología con un estudio prospectivo.

• Los actores que participan en la toma de decisiones de los paquetes de beneficios en Holanda son:

- Parlamento holandés: define las normas generales en salud: Leyes, Actos en Salud,
- Ministerio de salud, bienestar y deportes: Toma decisiones frente a los contenidos del plan de beneficios con base en la asesoría del consejo de aseguramiento y sus comités. Es el regulador del sistema de salud. Emite Decretos, Actas. Define de forma general los contenidos de los planes de beneficios.
- Consejo de Aseguramiento en el cuidado de la salud (Health care insurance board): espacio que analiza los estudios y solicitudes de inclusión de tecnologías en salud para los planes de beneficios y emite recomendaciones para el ministerio de salud. Tiene los siguientes comités.
  - Comité farmacéutico: (Pharmaceutical Care Comité CFH): emite recomendaciones sobre medicamentos.
  - Comité para la resolución de conflictos en los servicios de salud: oportunidad para apelar la no cobertura generalmente de dispositivos médicos.
- Consejo Nacional de investigación médica (National Medical Research Council)
- Autoridad Nacional de Tarifas: Hace monitoreo de tarifas entre aseguradores y prestadores y las publica periódicamente.

#### q) Contenidos del Plan de salud ZFW de Holanda

Como en el POS colombiano existen unas reglas generales para la prestación de servicios de salud: El plan ofrece cobertura médica, quirúrgica y obstétrica mediante atención domiciliaria, consulta externa y hospitalización. La puerta de entrada a los servicios de salud es el médico general o la partera en el caso de obstetricia. Se debe prestar el cuidado “usual” en condiciones medias de hotelería y se debe brindar atención eficiente y de calidad. Si un paciente requiere hospitalización o atención de largo plazo en una institución por más de un año, ésta prestación será cubierta por el plan de salud de largo plazo AWBZ.

Los planes de beneficios de los seguros AWBZ y ZFW están definidos mediante una lista general de categorías funcionales de servicios de salud a los que tienen derecho los afiliados. Por ejemplo están definidos como servicios farmacéuticos, hospitalización, atención primaria y rehabilitación. Los detalles de los contenidos de los planes de beneficios son definidos mediante normas expedidas por el gobierno central y el Ministerio de Salud, Bienestar y deportes y sus cuerpos asesores. Esta normatividad especifica los contenidos y la extensión de los beneficios, las condiciones y las responsabilidades.

Como se explicó previamente, el plan de beneficios ZFW es considerado como un paquete grande e inespecífico donde existe una lista explícita de exclusiones o lista negativa en la cual las tecnologías nuevas se van evaluando de forma explícita para su inclusión o no en el plan.

##### a. Servicios hospitalarios y de Médicos especialistas

La puerta de entrada al sistema de salud holandés es el médico de atención primaria.

Mediante un decreto ministerial sobre regulaciones de la atención por especialistas del 2000 se especifica el plan de beneficios en prestaciones para medicina especializada. Se



excluyen: algunos trasplantes, fertilización in vitro (la primera, porque si ésta es fallida la segunda se cubre), cirugía para ronquido, esterilización quirúrgica, recanalización luego de esterilización quirúrgica y circuncisión. En términos generales se excluyen los procedimientos de cirugía plástica (excepto en casos especiales) y específicamente se excluyen las plastias de párpados y orejas y la lipoescultura.

Las terapias (ocupacional, física, del lenguaje, psicoterapia) tienen un número limitado de acuerdo a la efectividad demostrada y a estadísticas nacionales

Los catálogos de los beneficios pueden ser definidos como un listado positivo o negativo de procedimientos e intervenciones cubiertas (el caso del MAPIPOS o lista de mercado) o indirectamente mediante un agrupamiento utilizado como mecanismo de pago de los servicios cubiertos (Schreyögg et al. 2005, p. 6). Holanda utilizó hasta hace poco el primer sistema (lista negativa) pero, desde algunos años utiliza la segunda opción para establecer las coberturas hospitalarias. En efecto, en el año 2005 se introdujeron las *Diagnose Behandelings Combinaties* (DBC) una especie de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRG por sus siglas en inglés Diagnosis Related Groups) que describen todos los productos diagnósticos y terapéuticos que se ofrecen en los hospitales y en especialidades médicas desde la primera consulta, el proceso diagnóstico y el tratamiento hospitalario o ambulatorio si este es hecho por especialistas médicos. Cada DBC tiene un código y se describe información del diagnóstico en CIE-10 y el tratamiento. Con este sistema se especifica claramente cuales DBC no están cubiertos por el plan de beneficios lo cual se ha denominado la “lista roja” con base en el tratamiento “usual” y en las exclusiones explícitas. También han creado una “lista naranja” en la cual se encuentran los DBC que se cubren solo para casos específicos.

El sistema DBC facilita la negociación entre los aseguradores y los hospitales en precios y también provee un catálogo de servicios médicos. Las tarifas las fija la Autoridad Nacional de Tarifas. Los DBC se organizan en grupos homogéneos de especialidades médicas para facilitar la asignación de tarifas ya que sería muy complicado definir una tarifa para cada DBC.

Una especialidad que no esta en DBC es psiquiatría ya que salud mental está cubierta por el plan de atenciones a largo plazo AWRZ incluso para el primer año de tratamiento. La razón por la cual se incluye en el plan de beneficios AWRZ es porque la sicoterapia es un tratamiento usualmente largo e intensivo. Las sesiones de psicoterapia están limitadas a 25 sesiones en general y 50 sesiones en caso de trastornos de personalidad. Los beneficios del plan AWRZ son: tratamiento con medicamento y con psicoterapia, orientación y acomodación. Sin embargo, las reformas de la última legislación en salud pretenden cambiar salud mental al plan de beneficios ZFW para que entre en un esquema competitivo para lo cual se están adelantando los DBC en ésta área.

- **b. Atención primaria en medicina, odontología y otras terapias.**
  - La atención primaria en salud esta cubierta en el plan ZFW lo cual incluye consultas, visitas domiciliarias, prescripción de medicamentos, referencia a especialistas y cirugías menores. Los contenidos de este nivel de atención han sido definidos de forma implícita ya que se permite cualquier tipo y cantidad de atenciones consistentes con las normas profesionales.
  - La atención por odontología esta definida de forma explicita. Para esto hay una regulación ministerial especifica la cual determina que la atención por odontología esta limitada para los menores de 18 años. Esta atención incluye 14 tipos de servicios como consultas de seguimiento periódicas, aplicación de fluor, sellantes y tratamiento periodontal. Para los



adultos solo se cubren atenciones para circunstancias específicas y en caso de discapacidades físicas y mentales.

- Las terapias física, del lenguaje y ocupacional están parcialmente cubiertas, las primeras nueve terapias no son sujetas de reembolso y las subsiguientes si se reembolsan para el tratamiento de enfermedades crónicas definidas en la “Regulación de la Provisión de la Asistencia Paramédica”.

- **c. Medicamentos y otros elementos médicos**

- El Ministerio de salud emitió una regulación especial en 1996 para la provisión de medicamentos, suplementos dietarios de uso medico y vendajes de uso ambulatorio en el plan ZFW. Según esta norma, se define una *lista positiva* de los medicamentos sujetos a reembolso. Así mismo, se define que los medicamentos de venta libre y tratamientos homeopáticos están por fuera de la lista ya que se considera que pueden ser pagados por los pacientes como gasto de bolsillo. En 2005 se definieron excepciones a esta exclusión para pacientes que requieran su uso crónico (por mas de 6 meses) para laxantes, calcio en tabletas, antialérgicos, antieméticos y antidiarreicos.

- La administración de medicamentos en el sistema de seguridad social en salud holandés está regulada por el Medicine Reimbursement System (GVS) desde 1991. Este sistema define mecanismos de reembolso según los resultados de la evaluación de costo-efectividad y la existencia de medicamentos semejantes pero con mayor precio (me-too drugs). Este sistema define una lista positiva de los medicamentos sujetos de reembolso sin limitaciones (Schedule 1B) que serian medicamentos esenciales. También se define una lista para medicamentos con limite de recobros por las que solo se paga un porcentaje o sujetas a copago, para medicamentos mee-too (Schedule 1A). Adicionalmente existe una lista que define medicamentos que son cubiertos bajo ciertas limitaciones como a grupos especiales de pacientes o que solo pueden ser prescritos por médicos especialistas (Schedule 2). Como las decisiones de reembolso se toman mensualmente, las listas se actualizan de forma mensual, tienen fuerza de ley y por lo tanto se publican oficialmente en una pagina web especial para medicamentos <http://www.medicijnkosten.nl>.

- El GVS se basa en la clasificación ATC/DDD, que es una combinación de la clasificación anatómica terapéutica (ATC) y le agregan la medida de la dosis de mantenimiento promedio diaria para un medicamento usado en su indicacion principal en adultos. (Defined Daily Doses -DDD). Definen con esta clasificación unos clusters o subgrupos dentro de cada lista.

- Las listas se actualizan periódicamente mediante estudios fármaco-económicos. La entrega y reembolso de medicamentos ambulatorios en las farmacias comunitarias es regulada a nivel central, mientras que los medicamentos de uso hospitalario la política es liberal y ha llevado a que la disponibilidad de ciertos medicamentos costosos sea variable y que los pacientes con patologías de alto costo se remitan a centros especializados. Esta situación esta cambiando con las reformas que se están adelantando en financiación hospitalaria y la implementación de los DBC's.

- **d. Dispositivos, insumos**

- Existe una legislación especial para los servicios para las personas discapacitadas emitida en 1996 que asigna responsabilidades a las



municipalidades para la adaptación de casas, transporte y uso de sillas de ruedas para las personas discapacitadas. La mayoría de dispositivos de uso crónico están cubiertos por el plan AWBZ para los pacientes en instituciones de cuidados de largo plazo o de rehabilitación y en casa. Cada institución decide cuando el paciente se le puede alquilar o asignar definitivamente un dispositivo médico con el criterio de utilizar el más barato del mercado.

- El plan ZFW incluye dispositivos de uso en casa como materiales de cuidado personal o insumos (como productos para la incontinencia y tirillas de glucometría) y dispositivos especiales como audífonos y zapatos ortopédicos. Estos dispositivos e insumos están regulados en una legislación especial que se emitió por primera vez en 1996 y se actualizó en 2002. Se incluyen elementos como gafas, elementos ortopédicos y audífonos y también otras tecnologías como prótesis de mama y elementos para el cuidado de estomas. La legislación incluye limitaciones y copagos para ciertos casos. La lista de dispositivos e insumos no se estudia ni se actualiza con tanta frecuencia como la de medicamentos.

#### r) Criterios de Priorización

Como se describió anteriormente, en Holanda se han utilizado los siguientes criterios de priorización para los planes de beneficios: costo-efectividad, severidad de la enfermedad, efectividad clínica (guías de práctica clínica), responsabilidad individual y colectiva, capacidad individual para asumir los gastos (affordability), y la probabilidad de uso por fuera del grupo diana (leakage)

Los procedimientos para limitar los paquetes de beneficios, utilizando los anteriores criterios, han sido los siguientes: definición de listas positivas y negativas, copagos, la definición de diagnósticos o condiciones de salud que se cubren o se excluyen y la promoción de la efectividad y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Recientemente se han orientado en la generación de incentivos para la eficiencia. Por ejemplo, se introdujo un sistema para la no reclamación de servicios de salud (no-claim system) en el cual si un asegurado al sistema ZFW no genera gastos, recibe un bono de 255 euros de su asegurador o la diferencia si tiene un gasto menor de 255 euros.

El Ministerio de Salud y el Consejo de Aseguramiento en el cuidado de la salud (Health care insurance board) han utilizado Evaluaciones integrales de Tecnologías en salud e información sobre costo-efectividad desde mediados de los 80's como herramienta para la toma de decisiones de programas nacionales de salud pública (por ejemplo programas de tamizaje de cáncer) y en la adición a los paquetes de beneficios de tratamientos curativos costosos (ejemplo trasplantes).

Específicamente en medicamentos de uso ambulatorio, el criterio más fuerte para autorizar los reembolsos ha sido el de costo-efectividad. Por ejemplo si un productor de medicamentos puede demostrar que un medicamento tiene una efectividad mayor que otro ya existente en la lista y quiere un precio adicional, debe remitir un estudio fármaco económico y cifras para que el consejo de aseguramiento tome la decisión de incluir o no ese medicamento.

En relación a los resultados de evaluaciones de tecnologías en salud han sido útiles para definir los planes de beneficios frente a nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos o para el desarrollo de guías clínicas en temas prioritarios, aunque este proceso no es exigido por las leyes holandesas.



Un ejemplo de la aplicación del criterio de severidad de la enfermedad fue la decisión de financiar el trasplante de pulmón aunque se demostró que tiene una alta razón de costo-efectividad. (Van Enkevort PJ et al. 1998)

Las guías de práctica clínica (GPC) han sido una forma importante de influenciar la provisión de servicios de salud, por lo cual se han desarrollado guías para atención primaria y secundaria, algunas de las cuales también tienen evaluación económica. Entre 1998 y 2002 el gobierno impulsó el desarrollo de GPC lo cual resultó en 31 guías de consenso para 23 diagnósticos o condiciones de salud, relacionados con 7 grupos de enfermedades, de acuerdo con la CIE. Un ejemplo es la guía para el uso de medicamentos para la reducción del colesterol en prevención primaria y secundaria.

En relación al impacto financiero, fue un factor decisivo para no financiar medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil como el Sildenafil (viagra).

En cuanto a la responsabilidad individual y la capacidad de pago, son los criterios más importantes para restringir el reembolso de medicamentos para enfermedades o molestias menores y para odontología en adultos.

Stolk y Rutten consideran que en Holanda no se siguen esfuerzos sistemáticos desde el nivel central para usar criterios comunes para priorizar los paquetes de beneficios. Sin embargo, manifiestan que las decisiones efectivamente se guían por un grupo homogéneo de consideraciones (criterios y procesos) como las ya descritas. (Stolk y Rutten, 2005 b)

#### **s) Lecciones aplicables para Colombia.**

La experiencia de Holanda muestra los siguientes puntos relevantes para Colombia:

- La construcción de un proceso estándar de priorización requiere de muchos recursos y de mucho tiempo y no puede “inventarse” de un día para otro. En Holanda no se ha evaluado aún la totalidad de las tecnologías incluidas en el paquete de beneficios.
- Segundo, es muy difícil desarrollar y actualizar un paquete de beneficios únicamente con base en criterios de costo efectividad dado la falta de información sobre costos y efectividad, la capacidad requerida para hacer una evaluación sólida y para especificar las condiciones específicas en las que la tecnología debiera ser utilizada.
- Tercero, no basta con evaluar si una tecnología debiera o no ser incluida en un paquete de beneficios. Resulta importante complementar estas decisiones con otras que realmente pueden impactar en la práctica médica tales como protocolos clínicos y guías clínicas.
- Cuarto, un acercamiento pragmático debe ser adoptado para la evaluación de candidatos a inclusión. Conciente de la imposibilidad de evaluar todas y cada una de las tecnologías existentes y nuevas, Holanda optó por implementar procesos de evaluación de tecnologías de diferente grado de rigurosidad según el tipo de tecnología considerada. En otras palabras, Holanda, priorizó el esfuerzo para priorizar.

Holanda Introduce la idea de priorización vía filtros consecutivos y utiliza diferentes criterios (el embudo de la figura) pero al parecer su aplicación no fue continua y rigurosa, quizás por ser poco práctica. Mas bien se orientaron a seguir diferentes criterios que se aplican según la tecnología a evaluar y su impacto frente al paciente o al sistema de salud.



Al igual que Oregon utiliza precios de referencia lo cual ha evolucionado hacia los Grupos Relacionados por el Diagnóstico para la atención hospitalaria en el que hay unas tarifas que monitoriza una institución especial para facilitar la regulación del mercado.

El énfasis de la evaluación de las tecnologías está en las nuevas, las viejas son tratadas con menos rigurosidad y se acepta que no es posible evaluarlas a todas.

Utilizan los copagos como mecanismo de priorización para medicamentos, dispositivos e insumos médicos.

Pone un especial énfasis en promoción y prevención desde la atención primaria en salud, como puerta de entrada y como forma de orientar eficientemente el uso de recursos en salud.

El plan de beneficios de la seguridad social se complementa de forma organizada con otros planes como el de atenciones de largo plazo, el de salud ocupacional y los servicios de prevención y salud pública, los cuales están regulados por legislaciones específicas pero complementarias. En Colombia es necesario buscar mecanismos de regulación para facilitar la complementareidad entre planes, aumentar la claridad de las coberturas para que se disminuyan barreras de acceso a atenciones en salud.

#### ○ **Medicare**

Medicare es el programa federal de seguros de salud más grande de los Estados Unidos. Es, además, el pagador de servicios de salud más grande del mundo. Este programa atiende a más de 41 millones de personas de 65 años o más de edad, algunas personas menores de 65 años con incapacidades, y a personas con condiciones renales en etapa terminal.

Cuando nació Medicare en 1965, el Congreso de Estados Unidos algunas categorías amplias de cobertura para servicios hospitalarios y ambulatorios, limitó el acceso a algunos servicios (por ejemplo servicios odontológicos y cuidados quiroprácticos), excluyó algunas categorías de servicios tales como la cirugía estética.<sup>21</sup> El Congreso no estableció una lista exhaustiva de servicios y estableció que no se cubrirían “servicios e insumos que no fueran razonables o necesarias para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o accidente o para mejorar el funcionamiento de una malformación”.<sup>22</sup> Esta norma dejó mucha discrecionalidad a los gerentes locales de Medicare para decidir acerca de qué incluir o no en la cobertura de sus planes. Por muchos años, lo “razonable y necesario” fue entendido como todos aquellos servicios que la comunidad médica considerara como tal sin que existieran ni criterios formales y ni estándares para la inclusión de nuevas tecnologías. El Secretario de Health and Human Services es, en principio, el encargado de decidir qué se cubre pero esta responsabilidad ha sido delegada históricamente al administrador de Medicare (hoy CMS). En la práctica, la mayoría de las decisiones sobre coberturas son hechas por los administradores locales de Medicare y por los compañías que procas y pagan los Medicare claims. Sólo se toman las decisiones a nivel nacional cuando alguien (organizaciones profesionales, empresas, grupos de interés) solicita directamente a Medicare la inclusión de una nueva tecnología o cuando Medicare considera que alguna tecnología candidata a la inclusión es de importancia crítica ó por su impacto en la salud o por su costo.<sup>23</sup>

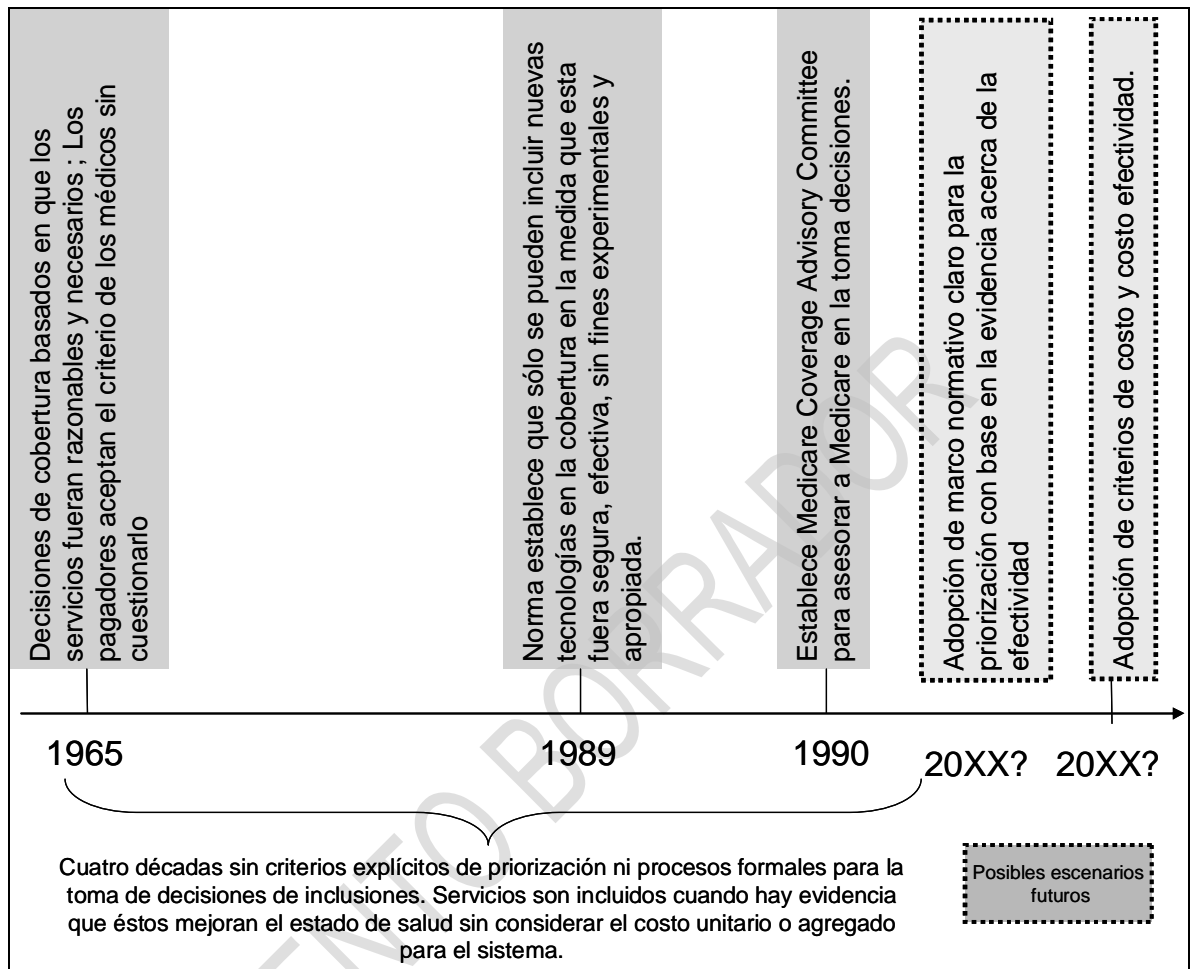
---

<sup>21</sup> Susan Bartlett Foote, Why Medicare Cannot Promulgate a National Coverage Rule: A Case of Regula Mortis. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 27, No. 5, October 2002.

<sup>22</sup> Social Security Amendments, Sec 1862, 1965. Traducción del autor.

<sup>23</sup> Gillick, Medicare Coverage for Technological Innovations, Time for New Criteria? New England Journal of Medicine, May 20, 2004. 350:21

Figura 3: Impacto...



Fuente: Los autores

La falta de transparencia en el proceso de ajuste de las coberturas de Medicare llevó a que el público cuestionara cada vez más la validez de las decisiones de inclusiones al paquete de beneficios. Finalmente, en 1989, Medicare adoptó una norma según la cual se establecía que sólo se iban a incluir nuevas tecnologías en la cobertura en la medida que estas fueran aceptadas por la comunidad de los médicos como segura, efectiva, sin fines experimentales y apropiada. Con ello se avanzó en la interpretación de lo que se entendía por “razonable y necesario”. Se quiso incluir además un criterio de costo efectividad pero esta propuesta fue rechazada y finalmente abandonada. El proceso de inclusiones siguió siendo sometido a fuertes críticas y se clamó por el establecimiento de un proceso formal para la inclusión de nuevas tecnologías en los paquetes de beneficios para los mayores de 65 años. Así, un año más tarde, la administración de Medicare creó el MCAC (Medicare Coverage Advisory Committee o Comité Asesor de Medicare para Asuntos de Cobertura). Como su nombre lo indica, este comité no toma las decisiones acerca de las inclusiones sino que asesora la administración de Medicare a la hora de decidir acerca de las inclusiones. Medicare no tiene la obligación de solicitar la opinión del MCAC y de hecho, parece remitir sólo los temas más difíciles y delicados a este. La administración de Medicare tiene sus propios expertos médicos y algunas veces solicita una evaluación formal de tecnología de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). En 1999, Medicare buscó formalizar más el proceso para la toma de decisiones de cobertura de



orden nacional<sup>24</sup> para ajustar que es el paquete de beneficios de salud y estableció un proceso formal de revisión de solicitudes de inclusión (véase Figura 4). Igualmente, el proceso de NCD (National Coverage Decisions) se ha vuelto mucho más transparente en los últimos años: tanto ACMAC como Medicare llevan a cabo discusiones públicas para cada evaluación de inclusión, todas las decisiones son ampliamente documentadas y la información está disponible para el público y cada decisión conlleva una descripción de la evidencia científica, las opiniones de los expertos y cualquier otra información que hubiera sido importante a la hora de decidir. Se han creado igualmente unos lineamientos generales para que la ACMAC evaluara las tecnologías sujeto a una decisión de Medicare.<sup>25</sup> A pesar de lo anterior, no existen a la fecha criterios explícitos de priorización para la adopción de nuevas tecnologías.<sup>26</sup> Un profesor de la Universidad John Hopkins opinó al respecto: *“It’s a huge issue. We cannot pay for everything, but, unlike many advanced industrial countries, the United States hasn’t any explicit process to analyze the cost and value of medical services.”*<sup>27,28</sup>

La evaluación hecha por varios autores que analizan los procesos de NCD arroja resultados que pueden ser interesantes para Colombia.

- La consecución de evidencia sólida es una tarea muy difícil y las NCD se basan muchas veces en información escasa y poco sólida. En efecto, un artículo reciente de Health Affairs<sup>29</sup> evalúa las NCD entre 1998 y 2003 y encuentra que: i) sólo en 16% de los casos Medicare se basó en evidencia sólida y que en 33% de los casos la evidencia era pobre, ii) en 61% de los casos la inclusión al paquete de beneficios fue atada al cumplimiento de ciertas condiciones (severidad de la condición, resultado de terapias anteriores etc.) y, iii) las tecnologías que mostraban evidencia más sólida fueron incluidas al paquete con mayor probabilidad que aquellos que no contaban con información.
- El resultado de la evaluación de la evidencia trasciende ampliamente un simple “sí” o “no”. Ha llevado por lo general a evaluaciones más sutiles donde se estipula cuando la cobertura es apropiada para cual paciente, bajo qué condiciones y en que entorno clínico.<sup>30</sup>
- La producción de evidencia acerca de la efectividad de las tecnologías es sesgada hacia las tecnologías con mayores perspectivas de ganancia hacia el futuro. Ello porque la producción de evidencia de efectividad y seguridad de las nuevas tecnologías es algo muy costoso. Las evaluaciones de la seguridad y efectividad de las tecnologías en humanos absorbe más recursos relacionados con el desarrollo de nuevos medicamentos que la relacionada

<sup>24</sup> Estas decisiones son llamadas National Coverage Decisions o NCDs.

<sup>25</sup> Véase [www.cms.hhs.gov/center/coverage.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/coverage.asp) La Coverage Center Page provides a broad overview of Medicare coverage, and detailed information on Medicare's coverage process, covering over 41 million of the nation's disabled and elderly Medicare beneficiaries.

<sup>26</sup> El anterior párrafo está basado en: Neumann et. Al, 2005, Medicare’s National Coverage Decisions, 1999-2003: Quality of Evidence And Review Times. Health Affairs, Vol. 24, Number 1. January/February 2005.

<sup>27</sup> Esta opinion surgió en el contexto de las discusiones dadas acerca la posible inclusión del Viagra y otros medicamentos similares al plan de beneficios de Medicare.

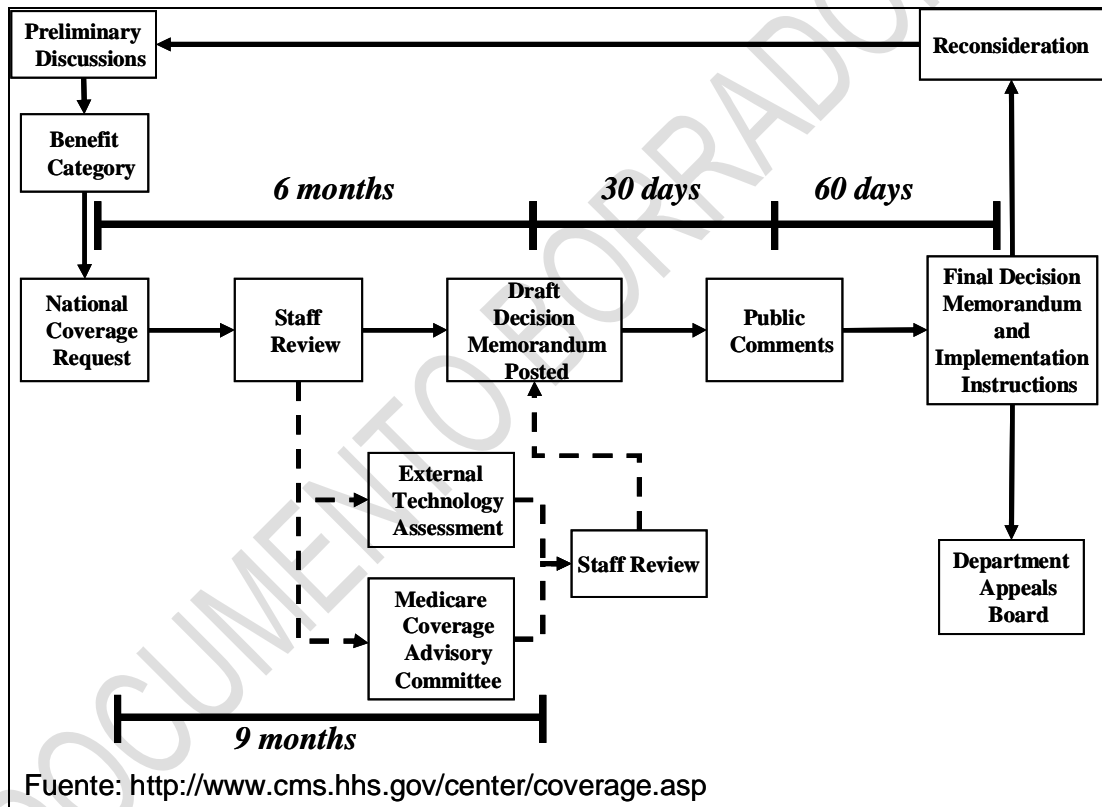
<sup>28</sup> Citado en: Companies fight to ensure coverage for erectile drugs. Robert Pear, The New York Times, February 21<sup>st</sup>, 2005.

<sup>29</sup> Neumann, 2005. Op.Cit.

<sup>30</sup> Neumann op.cit.

con la investigación base para el descubrimiento de nuevos medicamentos.<sup>31</sup> No es de sorprenderse entonces que las tecnologías con importantes perspectivas de ganancia económica, cuentan por lo general con evidencia más sólida. Por lo tanto, procesos basados en la evidencia, que deberían construirse sobre criterios explícitos de efectividad, están supeditados a que alguien haya hecho un estudio convincente de la efectividad de una tecnología. Ahora, como las ganancias derivadas de un monopolio son muchas veces el incentivo central para financiar investigación, los estándares de evidencia tiende a favorecer productos monopolios sobre otros tal como el un uso novedoso de un medicamentos genérico, una mejor estrategia diagnóstico.

Figura 4: Proceso de Inclusión de Nuevas Tecnologías en la Cobertura de Medicare



Fuente: <http://www.cms.hhs.gov/center/coverage.asp>

La anterior descripción muestra cómo, el proceso de toma decisiones de ajuste de coberturas del paquete de beneficios de salud de Medicare se volvió más transparente en el tiempo sin que por el momento se hayan hecho explícitos los criterios de priorización y sin que el tema de costo y costo efectividad se hayan convertido en un criterio explícito a la hora de tomar las decisiones.

Pero, por qué en Estados Unidos no se han logrado definir criterios explícitos para la priorización? Porqué las decisiones siguen siendo basadas en el criterio amplio de lo “razonable

<sup>31</sup> Véase Garber et al. 2005. Cost-Effectiveness and evidence evaluation as criteria for coverage policy. Health Affairs, Vol. 24, Number 1. January/February 2005.



y necesario” que se estipuló en los inicios de Medicare? Un análisis de Tunis ofrece algunas explicaciones interesantes al respecto;<sup>32</sup> La razón fundamental es que no se ha logrado consenso alrededor de lo que significa una tecnología “razonable y necesaria”. Pero detrás de ello habría razones más fundamentales:

- Los actores claves y el público en general no han tenido confianza en el proceso que marcaba las decisiones de las inclusiones al paquete de beneficios de Medicare. En estas circunstancias, los actores no estaban dispuestos a definir criterios que iban a ser aplicados por esta misma entidad.
- Existe una tensión perpetua entre lo que es lo “razonable y necesario” desde el punto de vista del paciente/medico tratante y desde el punto de vista del grupo.
- Dado que Medicare paga la salud de más de 41 millones de americanos, cualquier decisión de inclusión/exclusión impacta en forma importante los mercados farmacéuticos y de utensilios médicos. Estos grupos pueden sentirse amenazados por la adopción de criterios de costo efectividad que no serían siempre favorables a ellos. Así por ejemplo, en 1980, la HCFA (hoy día CMS) elaboró un borrador que propuso la adopción de criterios basados en las implicaciones económicas, de seguridad, éticas y otras. Según inciders de Washington, la propuesta fue abandonada debido, por lo menos en parte, por las presiones de la industria de insumos médicos.<sup>33</sup>

¿Porqué los criterios de efectividad en el tratamiento no han sido acompañados por criterios de costo y costo efectividad en la toma decisiones? Tunis sostiene que los modelos económicos son inherentemente más complejos y menos transparentes que estudios de efectividad clínica. Además, resulta mucho más fácil negar un servicio porque los riesgos exceden los beneficios esperados que por razones de costos demasiado altos en comparación con los beneficios.

Para terminar vale la pena notar que el tema del costo y de la costo efectividad vuelven a estar en forma prominente en las discusiones públicas sobre Medicare en Estados Unidos.<sup>34</sup> Este renovado interés refleja la preocupación por un gasto en salud que está creciendo sin tregua, la perspectiva de una población beneficiaria cada vez más numerosa a medida que envejece la estructura poblacional y la reciente decisión de Estados Unidos de ampliar la cobertura de medicamentos en Medicare.<sup>35</sup>

## 1.7 Lecciones de la experiencia internacional en priorización en salud y planes de beneficios.

La experiencia internacional ofrece varias lecciones que son muy relevantes para Colombia:

---

<sup>32</sup> Gillick M., Medicare Coverage for Technological Innovations, Time for New Criteria? New England Journal of Medicine, May 20, 2004. 350;21

<sup>33</sup> Gillick M, op.cit.

<sup>34</sup> Véase por ejemplo: Alan M. Garber. Cost-Effectiveness and Evidence Evaluation as Criteria for Coverage Policy. Health Affairs, Vol. 24, Number 1. January/February 2005, y Gillick, Medicare Coverage for Technological Innovations, Time for New Criteria? New England Journal of Medicine, May 20, 2004. 350;21.

<sup>35</sup> A partir del 1 de enero de 2006, Medicare ofrece la nueva cobertura de recetas médicas a todos los beneficiarios, independientemente de sus ingresos, estado de salud o del modo en que pagan actualmente por sus medicamentos recetados.



1. La experiencia internacional indica que es posible establecer un proceso estandarizado para la inclusión/exclusión de servicios de un PB como el POS. Aunque no existe el método perfecto, hay ejemplos en todas partes
2. Pareciera que no existe un camino único ni criterios únicos para incluir/excluir servicios de un PB. Así por ejemplo queda claro que el uso de la costo-efectividad como criterio de priorización es sino uno de muchos criterios posibles.
3. La definición de criterios explícitos de priorización contribuye a la construcción de un proceso transparente y legítimo de ajuste de un paquete de servicios.
4. En el proceso de armar y ajustar un paquete básico de servicios de salud es importante ir más allá de lo que tradicionalmente puede llamarse enfoques e información técnica. Es esencial comenzar el proceso de búsqueda de apoyo y de señales políticas y sociales en etapas muy preliminares y no una vez que el paquete está completo. La construcción de consenso y los valores de la comunidad deben incorporarse a lo largo de todo el proceso. Puede que ésta no sea la tarea más fácil en el mundo; de hecho, no hay un modelo claro para solicitar el compromiso de todos los segmentos de la población y asegurar que se obtenga una muestra representativa. Sin embargo, si bien la búsqueda de una amplia participación y opinión social no garantizará el éxito de una política en particular, es bastante probable que no buscar e incorporar esta información garantice su fracaso.
5. La definición e implementación de un proceso explícito de priorización donde se definen actores, metodologías, marcos temporales etc. debe ser parte integral de una metodología estándar de inclusión de servicios al POS. etc. El estudio de Chris Ham muestra cómo, a nivel internacional, el abordaje de la priorización de servicios ha evolucionado de la definición de unos criterios explícitos de priorización (CEA, carga de enfermedad etc.) a una visión más general donde se insiste en la necesidad no sólo de criterios de priorización, sino de instituciones y procesos estandarizados y donde se rinde cuenta de la razonabilidad de las decisiones tomadas. y habla en efecto de tres fases en la racionalización: La fase 1, racionalización explícita al nivel macro.
6. La priorización no debe ser un ejercicio dicotómico donde se decide acerca de la inclusión/exclusión de un servicio. La experiencia internacional muestra que la priorización implica decidir no sólo acerca de qué incluir sino también a quien, cómo o en qué condiciones y cuánto. Daniels propone una metodología donde se traduce esa multidimensionalidad en la priorización en un proceso jerárquico en varias etapas donde se decide en primer lugar qué cubrir y se especifica luego entre otras, la marca, las indicaciones médicas, y la cantidad a entregar.
7. No basta que la fundamentación de las decisiones de inclusión/exclusión sean técnicamente válidas. Para que estas sean legítimas se requiere lo que Daniels llama una fundamentación explícita de las decisiones recurriendo a principios éticos compartidos por todos (abordar problemas importantes de salud pero no desperdiciar recursos) y utilizando para ello criterios de estado de salud, efectividad, costo.
8. La consolidación de un proceso de priorización requiere de aprendizaje de todas las partes involucradas. El aprendizaje sólo se da en la medida en que existe un proceso estandarizado cuya aplicación se repite en el tiempo. La



toma de decisiones ad hoc va en contravía de la aceptación de un proceso de priorización. Tenemos que aprender. El caso de Israel muestra como a través del tiempo se aprendió. La idea de Daniels es que podemos apoyar el proceso de aprendizaje. Es un marco para poder organizar las razones de cubrir o no hacerlo que la gente puede aceptar como relevante para usar bien los recursos escasos disponibles. A medida que se va repitiendo el proceso de priorización siguiendo unos lineamientos explícitos se van consolidando los criterios de priorización (por ejemplo puede llegarse a un consenso a través del tiempo que no se incluyen life style drugs).

9. Muchas de las formas tradicionales de racionamiento siguen siendo utilizados: retraso y falta de oportunidad en el acceso, negación y dilución del servicio (por ejemplo reemplazar personal experimentado con otro recién egresado).
10. No sólo en Colombia sino a nivel mundial se evidencia la necesidad de mejor información y herramientas, instituciones y procesos para la priorización.
11. Priorizar siempre será un acto de balancear las necesidades de un individuo frente a las necesidades de las comunidades. Muchas veces habrá controversia cuando la priorización implica decisiones que pueden ser trágicas para algunos. En estas circunstancias es aún más importante que los tomadores de decisiones muestren que sus decisiones se hayan tomado siguiendo unos procesos técnicos, rigurosos y justos.
12. Para que la priorización sea considerada por la sociedad como razonable y justa se requiere que esta sea pública, basado en criterios relevantes y aceptados y que sea revisable. Respecto a lo último, es recomendable que se deje espacio para la revisión. Eso también pone en una nueva luz la selección de criterios. Tenemos que seleccionar criterios que son razonables por los tomadores de decisiones y el público más amplio en general. La evidencia en sí es sesgada y cambia en el tiempo. Hay que dejar abierto la puerta para revisiones futuras.
13. Algunos autores afirman que la priorización implícita tiene ventajas, especialmente en el nivel macro y cualquiera que sean sus debilidades son preferibles a la carrera infructuosa por una solución técnica. La desilusión con los resultados de los intentos sistemáticos para establecer prioridades de forma explícita se usa para justificar la situación y para prevenirse en contra de soluciones más racionales. Mechanic argumenta que la toma de decisiones implícita ofrece una flexibilidad mayor en circunstancias en las cuales los juicios sobre los tratamientos están rodeados de incertidumbre y las necesidades de los pacientes son diversas. Mechanic reconoce que el racionamiento explícito tiene un lugar que jugar en los niveles macro y meso pero él mantiene que estos enfoques son susceptibles para la manipulación política y no son suficientemente flexibles para responder al cambio. (Ham y Coulter 2001) Este enfoque puede explicar algunos de los hechos de ajuste del POS colombiano en el cual predomina la priorización implícita a pesar de que la normatividad y el contexto histórico estén orientados hacia la priorización explícita.
14. No basta con definir un paquete de beneficios para que la priorización de servicios se dé en la práctica. Si los planes realmente quieren priorizar ciertas atenciones, entonces el lenguaje en el que se formulan los beneficios se vuelve muy importante. Según algunos, la racionalización sólo puede alcanzarse con un lenguaje altamente preciso. (Eddy D 1996) Se requiere que



el lenguaje no sólo sea legalmente preciso sino comprensible para todos los actores. Esto tiene varias implicaciones. Una de las implicaciones más inmediatas es que palabras como “necesario” o “adecuado” no funcionan. El lenguaje de los “beneficios” debería incluir criterios específicos y, probablemente, requerir ilustrar los criterios con ejemplos específicos. Otra implicación de eso es que el lenguaje debiera ser lo más sencillo posible buscan claridad en el mensaje. Aún otra implicación de eso es que cuando hay ambigüedad, se debiera explicitar las inclusiones y exclusiones.

15. Con la revisión de las experiencias internacionales de priorización en salud y dentro de ella las experiencias de desarrollo de planes de beneficios en salud, se evidencia la necesidad de desarrollar un sistema de priorización en salud en Colombia en el cual se discutan los diferentes valores de la sociedad, se determinen cuales son los criterios que deben guiar la toma de decisiones, se fijen procesos organizados y transparentes para la toma de decisiones y se realice una continua revisión de las prioridades determinadas de acuerdo con los cambios en los sistemas de salud, la sociedad y las nuevas tecnologías en salud. El desarrollo de este sistema requiere un proceso de aprendizaje por parte de los diferentes actores involucrados y una serie de cambios institucionales y políticos en el SGSSS.
16. En la literatura internacional se discute la necesidad de priorizar independientemente del nivel de desarrollo del país o de la organización de su sistema de salud, pero no se discute si es un proceso que es posible realizar una vez este asegurada la forma como se financian los servicios de salud o si es necesario que se den condiciones específicas de democracia, seguridad social y desarrollo para adelantar procesos de priorización justos.
17. El ejercicio de la priorización en salud es un proceso político desordenado y complejo, en el cual confluyen diversos grupos de interés y en el cual es difícil establecer reglas del juego claras y procesos justos. Estas características se repiten en diversos países como Israel o Chile pero existen algunas experiencias internacionales que evidencian que es posible organizar sistemas de priorización que se consideren transparentes y justos.
18. Por todo lo anterior lo ideal sería implementar un sistema de priorización en Colombia que incluya criterios y procesos transparentes y justos, pero surge la pregunta si es factible la implementación de este sistema dado las complejidades y limitaciones de las instituciones del SGSSS colombiano.
19. Muchos países como Holanda y Nueva Zelanda han desarrollado guías de práctica clínica basadas en la evidencia para definir más claramente los contenidos de su plan de beneficios y garantizar que los servicios se presten de forma apropiada. Las guías tienen ventajas y limitaciones, algunos autores argumentan que las guías son una forma de delegarle a los aseguradores o a los proveedores de servicios de salud la responsabilidad de definir quien esta cubierto y hasta donde para que la responsabilidad no recaiga en el nivel macro en los tomadores de decisiones de políticas de salud. De todas formas las guías son considerados instrumentos útiles que agregan discrecionalidad a los tratamientos y que deben ser desarrollados en procesos abiertos y “justos” para que sean aceptadas por los diferentes actores involucrados y para defender que la exclusión de un tratamiento se hace con criterios defendibles. (Ham y Coulter 2001) Lo anterior aplicado para Colombia hace reflexionar sobre la importancia y las limitaciones del uso de guías clínicas para el ajuste



**Ministerio de la Protección Social**

República de Colombia

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS

del POS-C y POS-S, además de la necesidad de garantizar un proceso transparente, bien fundamentado y participativo.

DOCUMENTO BORRADOR