

Enfermedades de alto costo en afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios de salud

Inés Milena David D.¹ • Ana María Medina P.² • Elkin Martínez L.³

Resumen

Introducción: las enfermedades de alto costo (EAC) representan un gran riesgo para el equilibrio financiero de las empresas de salud y pueden ser un factor determinante para su supervivencia en el mercado. Conocerlas mejor es esencial para prever su impacto en el sistema de prestación de servicios de salud. **Metodología:** se estudia toda la facturación relacionada con las EAC en los 8.347 afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios en salud durante un período de cinco años (1999-2003). **Resultados:** se registran 245 casos que generaron un costo de 3.520 millones de pesos durante el periodo estudiado. En el último año las EAC consumen 36% de los costos totales por servicios de salud. Tres enfermedades, las cardiovasculares, las neoplasias y la insuficiencia renal, consumen 65% de estos costos. El 30%

de los dineros por EAC se aplicaron a personas que fallecieron en el proceso de tratamiento. La edad y la cronicidad del padecimiento están asociadas a estas complicaciones. **Conclusiones:** las EAC representan una severa carga para el sistema de prestación del servicio de salud. La situación parece ser el resultado de acceder a los avances médicos con altas especificaciones técnicas, pero a un costo muy alto, y en una intervención muy tardía, cuando ya no puede obtenerse un beneficio significativo para la salud del paciente. Parece evidente que el camino de la prevención y la promoción de la salud se impone como alternativa inteligente, si no por razones humanas y sociales, al menos por razones económicas.

Palabras clave

Alto costo, enfermedades crónicas, inversión en salud

High cost diseases in users of a health insurance company

Summary

Introduction: high cost diseases (HCD) present an important risk for financial balance in companies providing health services and it could be a determinant factor for their survival in the market. **Materials and methods:** all bills and accounts related to HCD of 8,347 users of a health insurance company were reviewed (1999-2003). **Results:** up to 245 cases of HCD were reported with a cost of COP \$3,520,000,000. In the last year HCD consumed 36% of the total expenses of health services. Heart diseases, cancer and renal failure represented 65% of that cost. 30% of that budget was spent on people who

died while receiving attention. Age and chronicity are linked to death event. **Conclusions:** HCD really are a significant load for the health system. Patient care is technically impressive and expensive but often applied very late when benefits are rarely possible. It is evident that prevention and health promotion is the appropriate option, if not for human and social reasons at least for economic matters.

Key words

High cost, chronic diseases, health investment

1 Profesional en administración de servicios de salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

2 Profesional en administración de servicios de salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

3 MD, MPH, MSc., profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: elkmartz@guajiros.udea.edu.co

Introducción

Las personas no cuestan lo mismo en asuntos de salud. Algunas pueden pasar muchos años sin requerir siquiera una consulta médica o una prescripción farmacológica; otras por el contrario, pueden demandar atención médica de alta complejidad, la cual incluye consulta especializada, alta tecnología diagnóstica, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, intervenciones quirúrgicas mayores, terapias de larga duración o instrumentación sofisticada y costosa.

Las aseguradoras en salud aceptan el compromiso de garantizar un paquete de servicios por una cantidad fija de dinero; el asegurado, por su parte, apuesta a que algún día va a requerir servicios que justificarán la inversión; la aseguradora, en cambio, le apuesta a que las reclamaciones por salud podrán atenderse en una programación controlada capaz de generar utilidades. La aseguradora asume que el número de personas que reclamarán servicios será pequeño, comparado con quienes no reclamarán. El negocio estará en que los recaudos provenientes de quienes no demanden servicios ha de superar ampliamente el gasto realizado en quienes sí requieren atención. De esta manera, el balance financiero resultará supuestamente positivo.

No obstante, la presentación de casos de alta complejidad técnica y, por consiguiente, de alto costo, podrían alterar el beneficio previsto y generar un imbalance financiero para aquellas empresas que no estimen apropiadamente el riesgo económico y social que conlleva el contrato suscrito. La aparición de un número inusitado de reclamaciones o la aparición de requerimientos insostenibles, así sean unos pocos, puede ocurrir y con ello incluso acarrear una eventual situación de bancarota.

Con frecuencia, la ley, ante querellas (tutelas) planteadas por algunos usuarios con enfermedades de alta complejidad y en su espíritu de proteger al más débil, falla a favor de los pacientes y conmina a las instituciones de salud para que garanticen las coberturas de las pólizas, a cualquier costo, sin importar si el tratamiento garantiza o no la recuperación del paciente y sin importar el eventual desplome de la salud financiera de la institución.

Algunas instituciones prestadoras de servicios de salud reciben con cierta ligereza la carga de servicios para una población afiliada bajo la forma de *capitación*, es decir, asumiendo todos los riesgos de cada persona, por una cantidad inferior al monto neto del aseguramiento; no es de extrañar que ante una embestida inesperada de reclamaciones de alto costo, su estructura y equilibrio financiero llegue a sucumbir en forma estrepitosa.

Eventualmente, algunas empresas de salud, en su agonía financiera, podrían intentar estrategias de com-

pensación e incurrir en prácticas inadecuadas de atención, tales como restricción de servicios, dilaciones reiteradas, mayores copagos, reducción de la calidad en materiales o insumos, incumplimientos y, en general, un esfuerzo por desestimular la demanda de servicios. Por todas estas razones, resulta conveniente realizar una mirada más cuidadosa a las llamadas enfermedades de alta complejidad técnica, denominadas también como enfermedades ruinosas o de alto costo (EAC): ¿cuáles son?, ¿cuánto cuestan?, ¿qué tanto pesan en la factura total por servicios de salud?, ¿quienes las padecen?, ¿qué factores podrían ser determinantes en ellas?, etc.

Todo esto podría constituir información útil para pensar en formas de atención que apliquen inteligentemente los limitados recursos para bien de las personas y de las empresas que dedican su energía laboral y su talento humano al servicio de la salud.

Métodos

Se analizaron los registros y facturas por enfermedades de alta complejidad técnica en la población afiliada (cotizantes y beneficiarios) de la entidad aseguradora y asistencial (IPS Universitaria) de la Universidad de Antioquia, durante un periodo de 5 años (1999-2003). Los reportes corresponden básicamente a la facturación que por cada caso de alto costo se hace para una entidad financiera de reaseguramiento, con el fin de recuperar las altas erogaciones generadas en estos pacientes especiales.

Se revisaron también las facturas por servicios de salud en todos los afiliados durante el año 2003. Esta información se condensó en los registros individualizados de prestación de servicios (RIPS) y contenía los costos por actividades de diagnóstico, procedimientos, medicamentos, hospitalizaciones, urgencias y, en general, todos los costos que se aplican a la atención del paciente. Las bases se revisan cuidadosamente y se depuran para asegurar la más alta consistencia y precisión de los datos.

El estudio es primordialmente descriptivo y se concentra en identificar las enfermedades de alto costo, para lo cual se acude a la clasificación de cada uno de los casos con base en la agrupación de las 21 grandes causas. La clasificación implica la revisión del diagnóstico y de la historia clínica y se apoya en el criterio de médicos y epidemiólogos del área académica y asistencial.

El análisis univariado revisó las proporciones en el caso de las variables categóricas y los estadísticos descriptivos de posición y dispersión para las variables continuas.¹ Se calcularon las tasas de casos generales y específicos por tipo de enfermedad, para las nosologías más frecuentes y para la letalidad. Se describieron las

tendencias de los casos y los costos de las diversas enfermedades durante el periodo de 5 años (1999-2003).

Para calcular el peso que las EAC tienen sobre el costo total de los servicios de salud, se concentró el análisis en los datos del año 2003, que incluía la facturación total por RIPS para todos los afiliados, así como los reportes específicos por enfermedades de alto costo.

Las variables de conjunción entre las diferentes bases consolidadas de datos fueron: el número de la cédula y el nombre completo. La fecha de nacimiento se adicionó cuando se requirió alguna constatación especial.

Los programas de Access y Excel se utilizaron para el manejo de los datos; Epiinfo y SPSS, para el análisis estadístico; Word y PowerPoint, para informes y gráficas.

Resultados

La población afiliada está conformada por 8.347 personas, 46% cotizantes y 54% beneficiarios.

La variación en edad de los afiliados fue muy amplia: desde niños menores de un año hasta ancianos de 94 años (figura 1). La proporción por sexos favoreció ligeramente a los hombres con respecto a las mujeres (55 y 45% respectivamente).

Durante los cinco años de observación, se presentan 245 casos de EAC, lo cual representa un promedio de 49 casos por año y una tasa de 5 casos de alto costo por cada 1.000 afiliados. El promedio de edad de los casos fue de 62 años, valor mayor que el promedio poblacional de afiliados, que se sitúa en 53,2 años.

Las tres enfermedades que generan el más alto costo son las cardiovasculares, las neoplasias y la insuficiencia renal. Estas representan 65% de los costos totales durante el período estudiado (figura 2). Las enfermedades cardiovasculares ocasionan el mayor gasto durante el periodo (840 millones), lo cual representa la cuarta parte del gasto total (tabla 1). Los casos de alto costo por neoplasias fueron los más frecuentes (93 casos), seguidos por los casos de enfermedades cardiovasculares (figura 3).

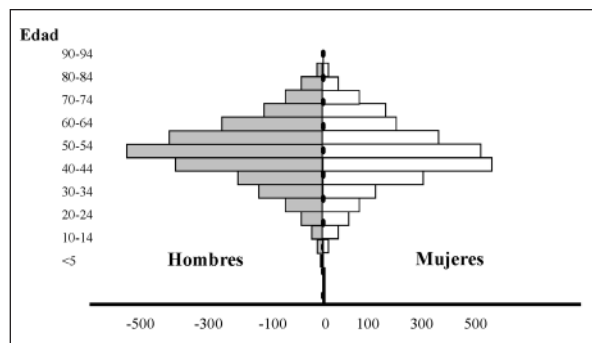


Figura 1. Pirámide poblacional de los afiliados a los servicios de salud de la Universidad de Antioquia

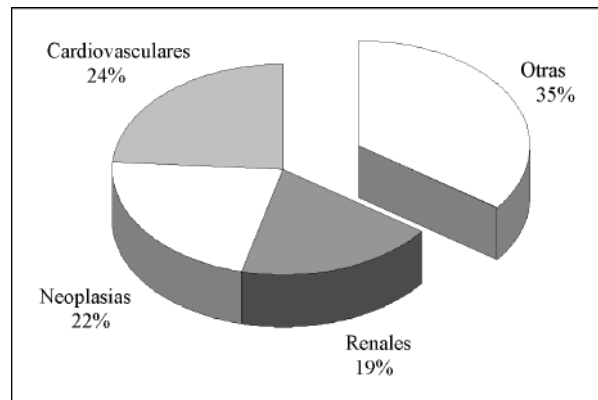


Figura 2. Costo de las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y las renales con relación al costo total de las enfermedades de alta complejidad técnica

Tabla 1. Costos de las enfermedades de alta complejidad técnica; servicios de salud, Universidad de Antioquia, 1999-2003

Clasificación	Costo (millones)	%
Cardiovasculares	840	24
Neoplasias	769	22
Renales	672	19
Neurológicas	381	11
Osteoarticulares	205	6
Externas	193	5
Transmisibles	173	5
Congénitas	142	4
Otras	77	2
Respiratorias	68	2
Total	3.520	100

El promedio del costo por paciente es más alto para las enfermedades neurológicas: 127 millones, seguido por la insuficiencia renal: 45 millones. El paciente cardiovascular representa en promedio un costo de 12,8 millones y excede en cerca de 50% el costo generado por un paciente con neoplasia (tabla 2).

En el período se presentaron 53 muertes, 94% de ellas correspondientes a personas mayores de 50 años. La letalidad general fue de 22%. La tasa de letalidad específica fue mayor en los pacientes con insuficiencia renal crónica: 47%. En neoplasias, la letalidad fue de 34% y en cardiovasculares, de 11%. Los casos de alto costo por enfermedades transmisibles y por causas externas no presentaron mortalidad alguna (tabla 3).

El costo de servicios en personas con EAC que fallecieron en el período fue de 1.023 millones, lo cual representa 30% de los dineros totales invertidos.

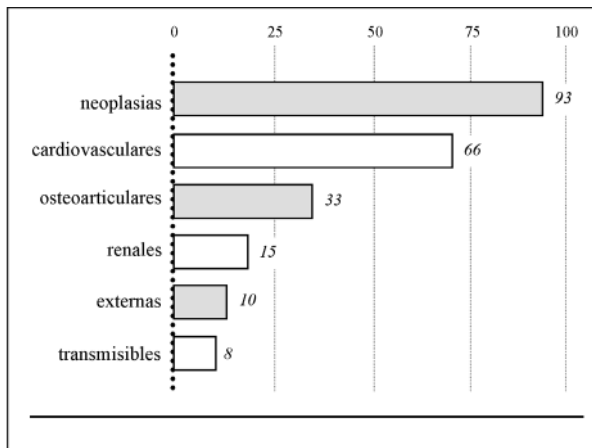


Figura 3. Número de casos de enfermedades de alto costo según tipo; servicios de salud, Universidad de Antioquia, 1999-2003

Tabla 2. Costo promedio por paciente con enfermedades de alta complejidad técnica; servicios de salud, Universidad de Antioquia, 1999-2003

Enfermedades	Costo promedio/paciente (millones)
Neurológicas	127,1
Renales	44,8
Congénitas	23,6
Respiratorias	22,5
Transmisibles	21,6
Causa externa	19,3
Cardiovasculares	12,7
Neoplasias	8,4
Osteoarticulares	6,3

Los costos reportados inicialmente para la atención de las EAC no constituyen el costo total, pues se refiere tan solo a las reclamaciones documentadas que la empresa prestadora de servicios hace a otras empresas reaseguradoras para recuperar el gasto. La facturación plena del servicio, libre de restricciones por topes mínimos y máximos, tal como se condensa en los registros individuales de prestación de servicios, es considerablemente mayor.

En el año 2003, el registro por reclamaciones de alto costo fue de 721 millones, en tanto que el valor total por EAC en los mismos pacientes ascendió realmente a 1.679 millones. La mayor parte del costo (57%) de las EAC quedó escondido y no logró obtenerse recuperación por este concepto (figura 4).

Tabla 3. Tasa de letalidad de la población con enfermedades de alto costo; servicios de Salud, Universidad de Antioquia, 1999-2003

Clasificación	muertes	enfermos (%)	letalidad
Renales	7	15	47
Neoplasias	32	93	34
Respiratorias	1	3	33
Neurológicas	1	3	33
Congénitas	1	6	17
Cardiovasculares	7	66	11
Osteoarticulares	2	33	6
Transmisibles	0	8	0
Externas	0	10	0
Totales	53	245	22

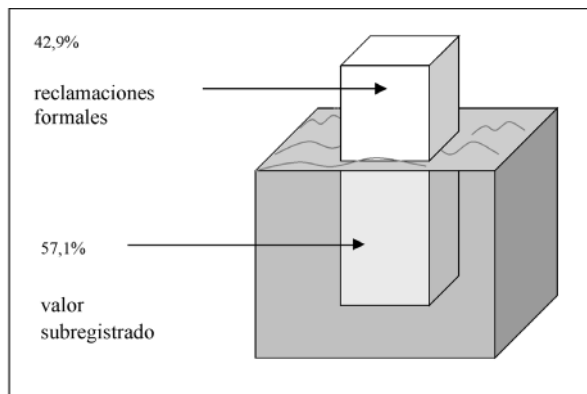


Figura 4. Proporción de los costos por enfermedades de alta complejidad técnica registrados y subregistrados

La factura total por servicios de salud en el año 2003 ascendió a 4.678 millones, de los cuales 1.679 se gastaron en la atención de las EAC, lo que representa 36% del gasto total. El costo promedio total de un paciente con EAC se calcula en 32,9 millones de pesos, incluidos los costos que no permiten una reclamación. En contraste, el costo promedio de un *usuario normal* no complicado es de 0,36 millones de pesos.

Discusión

Una mínima proporción (0,6%) de los afiliados consume más de un tercio del total del dinero aplicado a los servicios de salud. Esto significa que su consumo per cápita es casi 100 veces el del resto de afiliados. ¿Es esto equitativo? ¿Es acaso justo con relación a todos los

Tabla 4. Costos anuales por enfermedades de alta complejidad técnica; servicios de salud, Universidad de Antioquia, 1999-2003

<i>Clasificación</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Total</i>
Cardiovasculares	364	231	82	87	76	840
Neoplasias	116	183	152	151	167	769
Renales	106	116	133	160	157	672
Neurológicas	73	203	0	0	105	381
Osteoarticulares	21	51	55	31	47	205
Externas	22	16	55	4	96	193
Transmisibles	80	3	11	63	16	173
Congénitas	41	9	45	0	47	142
Otras	30	7	0	0	40	77
Respiratorias	0	8	39	22	0	68
Total	853	827	572	518	750	3.520

aportantes? La aceptabilidad que sostiene este arreglo tan desequilibrado se basa quizá en el principio de la solidaridad y en la presunción de que resultará admisible que el resto de la comunidad ayude con la carga de los altos costos a quienes han caído en el infortunio de una enfermedad grave o terminal. Se trata efectivamente de la presencia de enfermedades que en su mayoría resultan de una evolución patológica prolongada, con largo período de incubación, gran variabilidad clínica, etiología multifactorial y cuya naturaleza es esencialmente letal.²

De las EAC reportadas en este estudio, la mayoría pueden encasillarse en el grupo de enfermedades crónicas, ahora bien reconocidas como la epidemia de la época moderna.^{3,4} Las demandas de atención y de aplicación de recursos a estos casos críticos de salud son un hecho real y tangible de la vida cotidiana de los servicios de salud. ¿Pero qué hacer al respecto, si las enfermedades crónicas ya están aquí y parece que vinieron para quedarse?

Un primer punto en discusión es: ¿quién debe pagar por los requerimientos en atención que las EAC generan hoy en día? ¿Quizá la aseguradora, dado que es la entidad que recoge el dinero de los asegurados? ¿O el Estado?, que muchos presumen debería ser el garante de los derechos de los ciudadanos caídos en desgracia y, a su vez, el recaudador de las contribuciones (impuestos) de toda la comunidad. ¿O el mismo individuo?, como responsable también de su propio estado de salud, resultado en alguna medida de su experiencia de vida, al menos en parte autodeterminada. Quizá, en justicia, todos ellos deben pagar.

La aseguradora, responsable en primera instancia, debería respaldar el costo de la atención hasta un lími-

te razonablemente calculado con criterios de equidad y sana planificación financiera para proteger el recurso aportado por los demás afiliados. A partir de este punto, el Estado podría actuar como reasegurador de los ciudadanos para proveer una cantidad de cobertura económica adicional y también con un límite razonable, para captar la solidaridad aceptable de la comunidad general, pero sin menoscabar indebidamente las limitadas reservas del tesoro público.

En última instancia también el individuo habría de realizar aportes complementarios para afrontar una situación en la cual a él también le cabe alguna responsabilidad, si se acepta el papel causal que al menos parcialmente tiene el autocuidado o los distintos hábitos que conforman el estilo de vida. Si acaso resulta discutible esta concepción, podría admitirse que si bien las enfermedades crónicas aparecen incluso en personas que no han hecho nada por merecerlas, puede en cambio aceptarse, que se trata de la inevitable factura que la vida nos pasa, a manera de renta, por la utilización prolongada de los recursos de la naturaleza. Una especie de cobro por alojamiento en el espacio vital del universo. Serían entonces las personas que más han vivido quienes pagarían el precio de una utilización mayor de los sistemas orgánicos, los cuales mostrarían el desgaste acumulado por el paso ineludible de los años.

Resulta de todos modos esencial reflexionar sobre los hechos epidemiológicos recientes. Mientras que en Colombia y otros países en desarrollo las enfermedades crónicas aumentan, los indicadores de salud muestran que en otros países (Estados Unidos, Canadá) la incidencia de algunas de estas enfermedades va en descenso.^{5,6} Estos dos países registran una reducción

de 50% en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el transcurso de 20 años.^{7, 8} ¿Cómo lo han logrado? Se aducen diversas razones, pero una de ellas, al parecer, aventaja a las demás en materia de efectividad.

Se estima que cerca de 55% de las vidas salvadas de personas que habrían muerto por enfermedades cardiovasculares se preservaron gracias a dos medidas sencillas del estilo de vida: cesación del hábito de fumar y ajustes en la alimentación para reducir las grasas saturadas. En contraste, la costosa cirugía de revascularización solo parecía ser responsable de un discreto 3% de las vidas salvadas, valor 10 veces menor que el impacto atribuible solamente al factor nutricional (30%).⁹

En nuestros datos, se hace evidente que la letalidad en las EAC es alta y especialmente más alta en los casos de insuficiencia renal y cáncer, lo cual al parecer refleja la aplicación tardía de las intervenciones médicas cuando ya hay pocas posibilidades de recuperación, pues las enfermedades han progresado a estados muy avanzados, se hacen de alguna manera irreversibles y se tornan refractarias a toda clase de tratamientos. La cuantía de los dineros gastados en quienes de todas formas fallecen en el proceso de intervención médica agrega también elementos de reflexión a la polémica decisión de cómo invertir inteligentemente los recursos.

El presupuesto siempre es limitado, las necesidades son muchas y, sin embargo, una proporción importante de los recursos (30%) se invierte en unos pocos, sin que se obtenga en ellos el efecto fundamental de preservar sus vidas, dejando, además, la frustración por unos gastos fallidos y la innegable preocupación por las pérdidas sociales, humanas y económicas. Siempre quedará la inquietud sobre los eventuales beneficios que se habrían podido lograr si acaso se hubieran invertido los recursos en otras necesidades de salud de la comunidad que ofrecen un mejor balance de costo-efectividad.

La inversión en salud es preocupación ahora no solo de los profesionales del sector, sino especialmente de los gobiernos y de las entidades financieras internacionales. Los economistas sienten que algo del discernimiento económico que obliga a las empresas para mantenerse vitales debe trasladarse a las empresas de salud, para preservar su vigencia y, sobre todo, para hacer una utilización más racional de los recursos.¹⁰⁻¹²

En Estados Unidos se ha emprendido una campaña hacia la constitución de una comunidad más saludable para el año 2010, que es la continuación de "Healthy People 2000". En ella se plantea la implementación de metas en salud, apoyadas en un decidido esfuerzo preventivo para reducir los factores de riesgo.¹³

Aún más novedoso es el enfoque de promoción de la salud, que pretende exponer tempranamente a la población a factores de protección, tales como actividad física regular, nutrición saludable, recreación, educación, actitud mental positiva, convivencia armoniosa y ambientes saludables.^{14, 15} Para ellos, ya no es posible desatender la prevención y la promoción de la salud. En sus propias palabras, ya no pueden, a pesar de su solvencia, darse el lujo de seguir gastando todos sus recursos en acciones de alto costo y baja efectividad.¹³⁻¹⁵

Tal vez es hora, para nosotros, de aprender la lección que ya otros han entendido.

Conclusión

Las enfermedades de alto costo que requieren complejidad técnica para su tratamiento representan, sin duda, una severa carga para el sistema de salud. La situación parece ser el resultado de acceder a los avances médicos con altas especificaciones técnicas, pero a un costo muy alto y en una intervención muy tardía, cuando ya no puede obtenerse un significativo beneficio para la salud del paciente.

Parece evidente que el camino de la prevención y la promoción de la salud se impone como alternativa inteligente, si no por razones humanas y sociales, al menos por razones económicas.

Referencias

1. Norman G, Streiner D. Bioestadística. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
2. Hallgreen B. Diet and prevention of coronary heart disease and cancer. Estocolmo: Raven Dress; 1986.
3. Fung T, Willet W, Stamper M, *et al.* Dietary patterns and the risk of coronary heart disease in women. *Arch of Int Medicine* 2001;161(15):1857-1862.
4. Hu F, Stamper M, Manson J, *et al.* Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000;343(8):530-537.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Bogotá: El Ministerio; 2002.
6. OPS/OMS. La salud en las Américas. Washington D. C.: OPS/OMS; 2002. Publicación Científica: 587.
7. OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2002. Washington DC: OPS/OMS; 2002. p.1-12.
8. OPS/OMS. Análisis de la situación de salud de las Américas. *Boletín Epidemiológico OPS* 2000;2(4): 1-16.

9. Goldman R, Cook B. The decline in ischemic heart disease mortality rates. *An int Med* 1984;101:825.
10. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud. Washington: Banco Mundial;1993.
11. Fries J. Reducing Health care coast by reducing the need and demand for medical services. *The New England Journal of Medicine* 1993;329(5):321-325.
12. Cunningham S. An introduction to economic evaluation of health care. *British Orthodontic Society* Londres 2001;28(3):246-250.
13. Estados Unidos. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, D.C.: DHHS Pub N.º(PHS) 1999; 99-1256.
14. Del Bosque S, González M, Del Bosque M. *Manos a la Salud*. México: CIESS/OPS. Ed Piensa; 1998.
15. US Dept Of Health-CDC. *Promoting physical activity: A guide for community action*. Champaing: Human Kinetics; 2002.