

# ¿Se avecina una nueva crisis en salud?

## Is a new health crisis looming?

JOSÉ JAVIER ARANGO-ÁLVAREZ • ARMENIA (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2765>

*Carlos Andrés es un paciente imaginario quien el 6 de diciembre 1989, a la edad de 45 años, le diagnostican “enfermedad renal terminal” secundaria a su padecimiento de diabetes mellitus de más de cinco años de evolución; en esos días donde vivíamos como sociedad en un país convulsionado (1); Carlos acude al servicio de urgencias de un hospital en horas de la tarde.*

*– “Carlos tus riñones no sirven y debemos hacerte diálisis”: le manifestó el médico.*

*– Dr.: “No tengo dinero para cancelar la diálisis”; fue la última conversación que tuvo Carlos con su médico, antes de morir cuatro días después por un síndrome urémico.*

La descripción anterior era la situación que vivíamos en aquella época en Colombia, producto de un sistema de salud hasta ese momento no planificado, con un cubrimiento de solo 22%, y con un gasto de bolsillo de 59% aproximadamente (2). En los mejores casos, cerca de 47% (calculado con el cubrimiento actual del régimen subsidiado) de la población a quienes les diagnosticaban necesidad de diálisis por enfermedad renal, debían fallecer sin obtener la posibilidad de la misma (3); o, si tenían la fortuna de no fallecer porque su función renal mejoraba, pero tenían que padecer el suplicio de conseguir medicamentos demasiado básicos y con altos efectos secundarios sin la oportunidad de acceder a medicamentos de nuevas generación que podrían retrasar incluso la progresión de la enfermedad (4).

Fue después de procesos de democratización como la Constitución de 1991 (5) y las posteriores leyes 100 de 1993 y 1751 del 2015 entre otras (6, 7), que estructuramos nuestro pacto social basado en derechos y por ende los futuros ‘Carlos’ y todos los colombianos como sociedad, pudimos obtener acceso a una mejor salud, que incluyera, medicamentos y tecnología que mejorasen nuestra calidad de vida.

Algunos datos de aquella época, comparados con el día de hoy y unas recomendaciones sobre qué hacer para el inmediato futuro, trataré de exponer a continuación: en 1991 en Colombia teníamos 1115 pacientes en diálisis (34 pacientes por millón de habitantes) (8), en ese momento quienes accedían a esta terapia era solo 22% de la población con enfermedad renal terminal.

Hoy tenemos alrededor de 34 511 pacientes (678 por millón de habitantes) (9), con un aumento del cubrimiento a 97.78% (3) y una disminución del gasto de bolsillo desde 59.6 en 1990 al 15.1% actual (10). El 47% de los pacientes en diálisis pertenecen al régimen subsidiado (3); en 1991 estos pacientes no tenían acceso a la terapia.

Hemos aumentado nuestro gasto público en salud como porcentaje del PIB (producto interno bruto) en más de 10 veces desde 0.5 en 1991 (2) a más de 7% actual (11) y terminaremos con 9% en 2022; este gasto se ve reflejado en la atención de muchas patologías; hoy contamos con otros medicamentos o tecnologías no sólo en el caso de la enfermedad renal crónica, sino también en enfermedades precursoras de la misma como la diabetes y la hipertensión arterial y que decir de las comorbilidades como la enfermedad coronaria (12).

Dr. José Javier Arango-Álvarez: FACP, MBA. Especialista en Medicina Interna, Nefrología y Administración Financiera. Presidente ACMI 2022-2024.

Correspondencia: Dr. José Javier Arango-Álvarez, Armenia (Colombia).

E-Mail: [jj.arango@uniandes.edu.co](mailto:jj.arango@uniandes.edu.co)

Recibido: 31/X/2022 Aceptado: 1/XI/ 2022

Aumentamos nuestra expectativa de vida como sociedad desde 69.5 años en 1989 a 77 años en 2021 (13). Esta expectativa de vida también se ha trasladado a los pacientes en diálisis, quienes hoy viven dos veces más de lo que vivían en 1990, con un promedio de vida de los pacientes diabéticos de 75.4 años (9).

En 2008, de todo nuestro presupuesto en salud gastábamos 12.5% en diálisis, hoy ese costo es inferior a 5%; sin embargo, existen aseguradores que gastan hasta el 19% (14), principalmente aquellas que tienen oportunidad de mejora a la hora de tratar enfermedades precursoras como diabetes e hipertensión, aproximándose a lo que llamo ‘río arriba’ (prevención) evitando desenlaces cardiovasculares y renales (9).

Ahora algunos datos de hoy: 16 aseguradores manejan 75% del cubrimiento en el país, cada uno con más de un millón de afiliados, hemos crecido según el último informe público de la Cuenta de Alto Costo en 10% en pacientes diabéticos; algunos aseguradores tienen una incidencia de 15.9 por 1000 habitantes y otras del 0.01 por los mismos 1000 habitantes. Acá vemos que la estrategia de diagnóstico es muy importante, ya que justo las aseguradoras que tienen mayor diagnóstico de diabetes y mejor control de la misma, tienen en términos generales programas de prevención que son traducidas en menor porcentaje de pacientes con enfermedades catastróficas por 100 habitantes, menor mortalidad y por ende menor costo en cualquier escenario (ir ‘río arriba’) (9).

El 35% de todos los pacientes con enfermedad renal crónica tienen como comorbilidad o enfermedad precursora diabetes mellitus, esta estadística es mayor que Europa donde de cada 100 pacientes renales, 24 son diabéticos (15); como si fuera poco, gastamos en Colombia tres veces más en las complicaciones por diabetes que en los medicamentos dados para controlar la enfermedad (16).

Hoy de cada 100 pacientes que fallecen en todos los estados de enfermedad renal, 38 son diabéticos, y en estado I este porcentaje es de hasta 46%, lo que puede reflejar menor acceso a salud (programas de prevención) en este grupo poblacional (9).

Podemos seguir mejorando; de cada cuatro diabéticos solo a dos le tomamos hemoglobina glicosilada cada seis meses, y solo a uno de ellos lo llevamos a meta menor a 7%. Adicionalmente, 23% de los pacientes con enfermedad renal crónica tienen una pérdida acelerada de hasta más de 5 ml/min de tasa de filtración glomerular; sin embargo, hay aseguradores donde uno de cada dos pacientes tienen esta pérdida acelerada de función renal (9), incluso a pesar de que en el 2018 la cuarta molécula más formulada no cargada a la unidad de pago por capitación (UPC) fue un medicamento antidiabético sin protección de daño de órgano blanco (17) y en 2019 la tercera molécula más formulada en miles de millones de pesos en el país, es un análogo de insulina, solo superado por dos medicamentos biológicos (18). He aquí otra gran oportunidad.

Al cruzar los informes financieros de 2020 y 2021, más de ocho aseguradores tienen EBITDA negativo (0 flujo de caja) lo que les limita la contratación, más de 10 tienen patrimonio negativo que suma más de tres billones de pesos (19); ahora bien, son estos aseguradores los que tienen mayor gasto en salud en enfermedad renal crónica y enfermedades de alto costo y curiosamente menor incidencia de diagnóstico de diabetes (9); así, el paciente toca las puertas de sus sistemas de salud con patologías catastróficas. Los mejores aseguradores en solvencia económica tienen un camino recorrido haciendo la tarea de diagnóstico y manejo de la diabetes; al cruzar la información tienen una incidencia y prevalencia controlada con menor mortalidad (9); y me pregunto ¿por qué los debemos castigar?

Permítanme ‘Volver al Futuro’ como en la ya clásica película de Michael J. Fox: si ‘Carlos Andrés’ hoy (noviembre de 2022) tocara las puertas del mismo hospital con los mismos síntomas, muy pobremente tendría una posibilidad de ingreso a diálisis del 98% y no hubiese fallecido a los cuatro días; además, dependiendo del asegurador asignado tendría una expectativa de vida de 5-25 años (9); pero lo mejor de todo es que gracias a las políticas de salud que hemos construido como sociedad y que no debemos desconocer ninguno de los actores del sistema, se diagnosticarían en etapas tempranas las enfermedades crónicas; además, tendría acceso a medicamentos y tecnologías incluidos en nuestro sistema de salud, que controlarían su enfermedad y detendrían el “daño de órgano blanco” evitándole complicaciones como falla cardíaca, eventos vasculares cerebrales, diálisis y muerte (20-22).

Recientemente acudí a un foro en salud y surgió como conversación el tema de llegar donde el sistema de salud no ha llegado en estos casi 30 años; los defensores de dicha política con razón muestran estadísticas diferentes de indicadores en salud en lo que el gobierno llama “Colombia Profunda”; dichos indicadores van desde mayor mortalidad materno infantil hasta menor expectativa de vida global; sin embargo, el acceso a salud en enfermedades como las que por obvio sesgo conozco como la ‘enfermedad renal crónica’, incluso en aquella parte de la población ha mejorado en más de un 200%; lo anterior, me hizo reflexionar y recordar a los economistas clásicos y recientes; así mismo, pensar: ¿cómo llegamos en salud a aquellos lugares donde la mano invisible del mercado no ha llegado? Y creo que la respuesta sin destruir lo creado es: ‘con la mano visible del Estado’, mejorando los condicionantes en salud.

Nos resta a todos los actores del sistema: empresas prestadoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de salud (IPS), gobierno, pacientes, agremiaciones médicas y en general la sociedad, articularnos para ‘crear valor compartido’ (23) y así seguir avanzando en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes haciendo uso de las tecnologías en salud disponibles en los segmentos que se benefician de ella; garantizando control de metas, adherencia y menor daño de órgano blanco. Lo anterior

se traduciría en lo que llamaríamos estudios de evolución económica en salud: modelos costo-efectivos (24-27).

Thomas Piketty, en ‘Una breve historia de la igualdad’, describe los mecanismos institucionales que permiten ‘Riquezas Reales a las Naciones’; dentro de los seis mecanismos que plantea quiero resaltar: ‘Seguro de Enfermedad Universal’; en este punto como sociedad, definitivamente hemos avanzado y debemos construir sobre ese avance, sin destruir lo ya ganado (28).

“La brújula señalará el norte verdadero desde donde te encuentres, pero no avisa sobre los desiertos, ciénagas y desfiladeros que encontrarás por el camino. Si, en la búsqueda de tu destino, te lanzas hacia él sin atender a los obstáculos, no consigues otra cosa que hundirte en una ciénaga...” (29).

## Referencias

1. <https://www.semana.com/nacion/articulo/la-colombia-de-los-90/13845-3>
2. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/Incidencia%20del%20gasto%20p%C3%ABblico%20en%20salud%201990-1999.pdf>.
3. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
4. <http://www.oitopsmexico99.org.pe>
5. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/constitucion-1991.pdf>
6. Guerrero R, Gallego A II, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011; **53** (supl 2):144-155
7. *Salud Pública de México* 2015; **57** (5), septiembre-octubre
8. *Acta Médica Colombiana* 1991; **16** (5), septiembre-octubre
9. <https://cuentadealtocosto.org/site/erc/>
10. <http://www.andi.com.co/Home/Noticia/17183-colombia-entre-los-paises-de-latinoamer>.
11. Eduardo Lora. Economía Esencial de Colombia. Las raíces de las Crisis. Segunda Edición, octubre 2021.
12. <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>.
13. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&location=CO&start=1960&view=map&year=1990>
14. *Rev Gerenc Polit salud*, Bogotá (Colombia), 2016; 15 (30), enero- junio: 212-223
15. *Rev Panam Salud Pública* 2018: 42.
16. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n1/55-63/>.
17. <https://www.portafolio.co/economia/los-cinco-medicamentos-mas-prescritos-en-2018-532183>.
18. <https://www.sic.gov.co/sites/default/files/documentos/032021/ES-Sector-Farmaceutico-en-Colombia.pdf>.
19. <https://www.semana.com/economia/macroeconomia/articulo/sector-salud-la-crisis-de-las-eps-se-agravo-por-cuenta-de-la-pandemia/202116/>.
20. [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1607141?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori:rid:crossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1607141?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov).
21. [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213-8587\(20\)30369-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213-8587(20)30369-7).
22. *Nefrol Latinam* 2017; **14** (19): 12-21
23. <https://www.iarse.org/uploads/Shared%20Value%20in%20Spanish.pdf>. Front
24. *Pharmacol* 2021; Jul 12 (12): 634561. doi: 10.3389/fphar.2021.634561. eCollection 2021.
25. Levy et al. *Deabetology and Metabolic Syndrome* 2010; (2):16
26. *Diabetes Ter* 2021; **12**: 1901-1914.
27. *Frontiers in Pharmacology* 2012; May, (12).
28. Piketty Thomas. Una Breve Historia de la Igualdad. Ariel. 2021
29. IMDb, Lincon (2012), citas.

