

La oferta de servicios de prevención de enfermedades cardiovasculares en el sistema de salud en Bogotá

Blanca A. Llorente Carreño¹

Resumen

A partir de encuestas semi-estructuradas con EPS que accedieron a participar en el estudio se realiza una exploración de las características de la oferta de servicios de prevención de enfermedades cardiovasculares (EC) en el régimen contributivo en la ciudad de Bogotá y se plantean hipótesis de trabajo. Utilizando para el análisis elementos de la Nueva Economía Institucional se identifican fallas en la organización de los servicios de prevención que están asociadas con diversas causas. Entre ellas debe abordarse el tema de los sistemas de contratación, monitoreo de los contratos y los efectos en costos de transacción derivados de una limitación a la integración vertical. También se destaca la necesidad de discutir la conveniencia de generar mecanismos de coordinación de las intervenciones preventivas debido a la rotación de los afiliados en las EPS y la evidencia proveniente de estudios de salud pública recomendando un mayor énfasis en intervenciones poblacionales frente a estrategias de prevención enfocadas a grupos de alto riesgo.

Abstract

This is an exploratory study about the supply of cardiovascular disease prevention services in Bogotá. Evidence gathered through semi-structured interviews with EPS (Health Maintenance Organizations) leads to suggest a number of working hypotheses. The New Institutional Economics approach provides the tools to understand elements of supply structure and potential sources of market failure. Results show that contract design, appropriate monitoring and coordination among EPS are fundamental challenges to improve service. The health care system has a strong emphasis on high risk strategies, which may require adjustment according to recent public health literature pointing at a more important role of population interventions. Evidence suggests there is more need to understand the magnitude of transaction costs associated with different supply structures. This will inform current reform discussion about vertical integration restrictions, which has disregarded the possible negative consequences on preventive services.

Palabras clave: Economía de la Salud, prevención de enfermedades crónicas, sistemas de salud.

¹ Docente Investigadora de la Escuela de Economía de la Universidad Sergio Arboleda.

Introducción

Una de las más ambiciosas y controvertidas reformas de comienzos de la década pasada fue la Ley 100 de 1993. A pesar de los avances a partir de este marco regulatorio, hay un debate permanente en torno a los impactos logrados. “Las buenas intenciones se vieron frustradas por los malos incentivos”, afirma Gaviria² en su revisión de los resultados de las reformas sociales de los 90, resumiendo en una frase el efecto que nuestra sociedad percibe después de más de diez años de la puesta en marcha de estos cambios y el reto planteado para quienes diseñan política de corregir sus fallas.

Con el ánimo de contribuir a la construcción de manera sistemática y objetiva de un cuerpo de evidencia acerca del comportamiento del sistema de salud bajo el esquema regulatorio vigente, derivado de la Ley 100, este artículo tiene como objeto analizar el tema de la prevención de EC y a partir del estudio de este servicio aporta elementos para describir las condiciones de la oferta de servicios de prevención de enfermedades crónicas. Abordar el problema de la prevención de estas enfermedades en el país es pertinente porque Colombia atraviesa por una etapa de transición epidemiológica que se caracteriza por una creciente carga generada por este grupo de enfermedades, al tiempo que se mantiene la carga de las enfermedades infecciosas.

² Gaviria, Alejandro, Del romanticismo al realismo social: Lecciones de la década de 1990, Dirección de Estudios Económicos, DNP, Archivos de Economía, No. 252, abril de 2004: p. 2.

Este documento es producto de un proyecto de investigación más amplio de la Escuela de Economía de la Universidad Sergio Arboleda acerca de evaluación económica de las políticas de prevención de EC³. El proyecto tiene como objetivo encontrar evidencia acerca de la forma como está operando el sistema de salud colombiano en el área de prevención e identificar si esa estructura resulta en una utilización, en la cantidad y combinación adecuada, de estrategias costo-efectivas para reducir los factores de riesgo asociados a EC⁴.

La primera etapa del proyecto se concentró en el análisis de la oferta de servicios de prevención. Debido a que se trata de un estudio exploratorio se utilizó un método cualitativo, la entrevista semi-estructurada, que permite capturar un amplio espectro de información y a partir de allí generar hipótesis de trabajo. El artículo presenta en primer lugar una breve descripción de la regulación vigente que afecta directa o indirectamente la organización de los servicios de prevención. A continuación, enuncia los conceptos básicos de la Nueva Economía Institucional que permiten identificar las fallas de mercado y sus consecuencias en el caso de los servicios de prevención de EC. La tercera sección explica la metodología del estudio y las fuentes de información. Los resultados de las entrevistas son descritos en la cuarta parte. La última parte discute los resultados y plantea los temas de trabajo que se anticipan en el futuro.

El marco regulatorio de los servicios de prevención

³ Línea de investigación: Evaluación de políticas públicas.

⁴ Llorente, Blanca (2006), Evaluación Económica de las Políticas de Prevención en el Sistema de Seguridad Social en Salud. El caso de las enfermedades cardiovasculares en Bogotá, documento de trabajo, Universidad Sergio Arboleda, abril de 2006.

La Ley 100 de 1993 formuló como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la prestación de un servicio de salud que no tuviera un enfoque predominantemente curativo, sino que le diera importancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La prevención era uno de los elementos contemplados cuando se adoptó la “protección integral”, como uno de los fundamentos del sistema y también cuando se estableció el alcance de los beneficios ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud (POS) al que tienen derecho los afiliados al sistema⁵.

Las normas que se desarrollaron a partir del marco de la Ley 100 determinan los incentivos para los aseguradores y prestadores de salud, quienes en respuesta a estas señales desarrollan un conjunto determinado de intervenciones preventivas en el régimen contributivo⁶. El diagrama resume la estructura de la regulación vigente. Un aspecto que se observa inmediatamente es que no toda la responsabilidad de la organización de la prevención recae sobre los aseguradores. Como se observa en el esquema, las actividades que ellos realizan coexisten con intervenciones de las autoridades locales de salud, a quienes se ha delegado la responsabilidad de realizar intervenciones poblacionales de prevención y promoción.

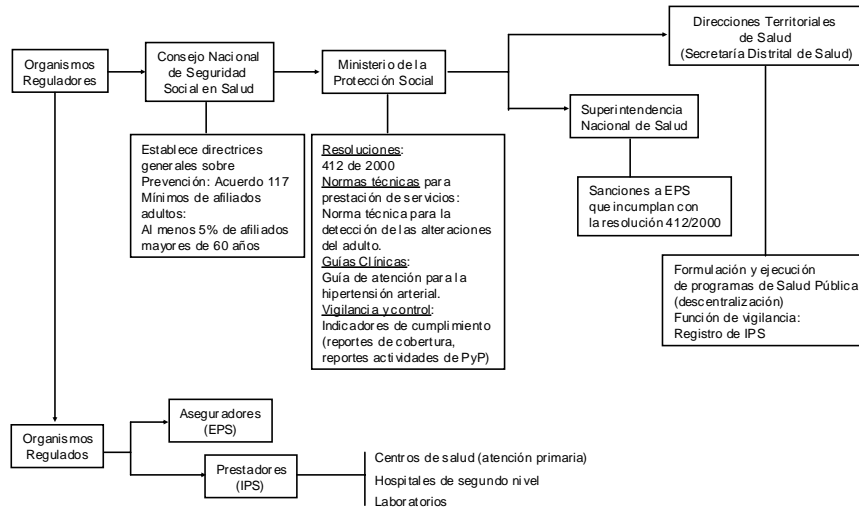
La eficacia de estas normas depende de la forma como se encuentran diseñadas y de los mecanismos de monitoreo para velar por su cumplimiento. Este artículo presentará alguna

⁵ Art. 153 y 162, Libro Segundo, Ley 100 de 1993.

⁶ Para una introducción a la regulación del sistema de salud en Colombia ver Restrepo, Jairo Humberto y Sandra Rodríguez Acosta, Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia, Borradores del CIE, Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Economía, Universidad de Antioquia, No. 11, marzo de 2004: p. 32-33, quienes describen las instituciones y organismos del sistema.

evidencia cualitativa acerca del tipo de comportamientos que esta regulación está incentivando en los agentes del sistema de salud.

Esquema de la regulación del mercado de servicios de prevención de enfermedades crónicas en el régimen contributivo



Fuente: formato del esquema adaptado de Restrepo y Rodríguez, 2004

La resolución 412 de 2000 definió las obligaciones de las EPS en cuanto a prevención de EC y de otras enfermedades. Esta resolución establece las actividades que deben realizarse para la “detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años” y apunta a un enfoque de alto riesgo. Adicionalmente a esta norma, el sistema de salud también prevé unas actividades adicionales por parte de las autoridades locales, quienes deberían adoptar el enfoque poblacional.

Refiriéndose a las características del sistema, Restrepo⁷ opina que la reforma de 1993 generó “... la fragmentación de los planes de beneficios y la dilución de responsabilidades

⁷ Restrepo, Jairo Humberto, “¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?”, en Espacio Abierto, Revista de Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana, julio de 2004, No. 6: p.18, 23.

entre varios agentes, con incentivos poco claros para el suministro o la producción de acciones de salud pública.” Es posible que esta afirmación sobre el sistema en general, también pueda aplicarse al caso particular de las actividades de prevención como se verá más adelante. La misma autoridad de salud conoce la necesidad de mejorar el marco regulatorio. De hecho el Ministerio de la Protección Social ha contemplado una modificación a la resolución 412, que podría concretarse durante 2006.

Otros autores critican tanto los lineamientos como algunos de los resultados de la ley 100 en materia de prevención. Londoño et al.⁸ concluyen que después de la reforma los hospitales dejaron de tomar las variables epidemiológicas como instrumento para definir sus intervenciones, lo que a su vez condujo a un descuido en los programas preventivos (entre estos, probablemente los de detección precoz de EC). Otras áreas que causan preocupación por parte de los observadores son la asignación de recursos a “programas de salud pública de bajo impacto”⁹, la falta de claridad acerca de las responsabilidades de las instituciones encargadas de desarrollar programas de prevención, las limitaciones en la información reportada sobre estas actividades y la consiguiente dificultad para monitorearlas por parte de los entes de control.

Sojo¹⁰ identifica un serio problema de vacíos regulatorios, en cuanto a aspectos específicos como la función de vigilancia respecto a las condiciones de competencia, la creación de

⁸ Londoño et al., 1999, citado por Sojo, Ana, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, CEPAL, Serie Políticas sociales, No. 39, 2000: p 29-49.

⁹ El Pulso (2004), “La sustancia del Consejo” (Editorial), Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, octubre de 2004: p. 4.

¹⁰ Sojo, Ana, op. cit.

incentivos para un desempeño eficiente y para el logro de resultados equitativos. De la mano de la vigilancia está la capacidad de sanción, en donde también se detectan debilidades. Según la autora, un problema regulatorio que es pertinente para todo el sector, pero que puede aplicarse también al caso de las actividades de prevención es que “no existen sólidos lineamientos y mínimos que respalden criterios a escala nacional para desarrollar contrataciones, normas de calidad de la información o gestión financiera”. Aunque durante esta década el sistema ha avanzado en algunos de estos frentes, en las formas de contratación persisten dificultades como la poca innovación en las formas de contratación y serias debilidades en la definición de indicadores de desempeño en los contratos. Esto parece corroborarse con la evidencia encontrada en las entrevistas con las EPS.

Existen otras normas que tienen impacto sobre factores de riesgo, y cuyo objetivo no es regular la forma como opera el sistema de salud. No obstante, su aplicación (o su ausencia) genera efectos sobre la salud de la población asegurada y en consecuencia, tienen un impacto indirecto sobre el sistema. Esto justifica dedicar al menos un breve comentario acerca de estas normas.

En primer lugar, se identificó una norma de carácter multilateral, la Convención Marco sobre el Control del Tabaco de la OMS, que entró en vigencia en febrero de 2005, y que al momento de la redacción de este documento no había sido firmada por Colombia. La iniciativa es el primer intento de la OMS para promover un tratado de alcance global sobre

salud pública y contempla promover compromisos tales como mayores restricciones a la publicidad y aumento a los impuestos sobre el cigarrillo¹¹.

En segundo lugar se contemplaron las normas que podrían tener aplicación en el ámbito nacional. Entre ellas cabe mencionar las restricciones al contenido de sal de los alimentos procesados, que es una de las estrategias adoptadas en algunos países desarrollados y considerada exitosa¹². En Colombia, el INVIMA no contempla una restricción en este sentido y no se conoce ninguna discusión en este momento sobre la conveniencia de iniciar algún tipo de control al contenido de sal, por ejemplo, por medio de acuerdos voluntarios con el sector manufacturero. Habría dos argumentos que debilitarían una propuesta para adoptar estas medidas: a) la información proveniente de encuestas del ICBF indica que el consumo de sal en Colombia se mantiene en niveles relativamente bajos (10 gr/día) y b) el fomento del consumo de sal con adición de flúor y yodo es otra estrategia de salud pública. El Ministerio de Protección Social ha optado por el diseño de “Guías Alimentarias”, que contienen recomendaciones para reducir el consumo de sal en la preparación casera de alimentos¹³.

La oferta de servicios de prevención desde la perspectiva neo-institucional

¹¹ Lee, Kelley y Jeff Collin, *Global Change and Health*, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2005: p. 120-121.

¹² OMS, *The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, 2002: p 8-29.

¹³ Rozo, A., comunicación personal.

El marco conceptual proveniente de los modelos de racionalidad limitada (*bounded rationality*), cuyo origen se remonta a Simon¹⁴, y de la Nueva Economía Institucional (NEI), es útil para entender la oferta de servicios de salud y en particular de los de prevención, debido a que estos presentan fallas de mercado y por tanto se dan en condiciones distintas a las de un mercado perfecto. Entre los economistas que han contribuido al avance de la NEI cabe mencionar a Coase, Williamson, Arrow, Dixit y Tirole, entre otros¹⁵.

En el caso que nos ocupa los temas relevantes son los costos de transacción y las jerarquías. Estos dos conceptos están asociados. Los costos de transacción corresponden a aquellos costos generados por diversas actividades que son necesarias en un sistema de mercado para completar una compra/venta: la búsqueda de información sobre productos o agentes con quienes realizar intercambios, la utilización de mecanismos para definir acuerdos (contratos) y los instrumentos para asegurarse de que los acuerdos se cumplan (monitoreo y control). Por su parte, las jerarquías comprenden las formas organizacionales al interior de la firma que reemplazan a las operaciones de mercado, que se expresan en tendencias a la integración vertical u horizontal. Una de las causas para que las firmas prefieran organizar jerarquías es la presencia de elevados costos de transacción. Williamson¹⁶ identifica varias condiciones que contribuyen a que esta situación ocurra:

¹⁴ Simon, Herbert, "Rational decision making in business organizations", en: *American Economic Review*, 69, No. 4, septiembre de 1979: p. 493-513.

¹⁵ Para una síntesis de las ideas neo-institucionalistas ver por ejemplo Williamson, Oliver, *Empirical Macroeconomics: another perspective*, 2000, consultado en abril de 2006: <http://groups.haas.berkeley.edu/bpp/oew/emap14edw.pdf>.

¹⁶ Citado por McGuire, Alistair, John Henderson y Gavin Mooney, *The Economics of Health Care*, Routledge, UK, 1988: p.74-128.

- Racionalidad limitada.
- Incertidumbre o un alto grado de complejidad en las decisiones
- Un numero reducido de participantes en las transacciones
- La posibilidad de oportunismo gracias a la falta de transparencia en las transacciones.
- El impacto de la información sobre el modelo de organización de las transacciones (*information impactedness*).
- El entorno.

Detengámonos por un momento a describir la forma en que estas condiciones se podrían ver reflejadas en la provisión de actividades de prevención. Más adelante se presentará la evidencia encontrada para el caso de Bogotá a partir de entrevistas realizadas a las EPS. La primera es la racionalidad limitada, que se refiere a las restricciones de información a las que están sujetos los agentes, en este caso las EPS, acerca de la efectividad de las prácticas de prevención, acerca del estado de salud de sus afiliados y acerca de la ejecución de las actividades por parte de los proveedores. Las restricciones pueden explicarse porque la información puede ser costosa de obtener o porque simplemente no está disponible.

La incertidumbre y complejidad en el caso de la prevención de EC son características que provienen de diversas fuentes: el horizonte de tiempo para el que se planean las actividades o para el que se esperan resultados, que suele ser de largo plazo; la multiplicidad de los factores de riesgo y la existencia de variables fuera del control de las EPS que alteran el

resultado de las intervenciones preventivas, entre ellas, la influencia de las actitudes de los profesionales de la salud y de los pacientes¹⁷.

En cuanto al número de participantes, a primera vista el grupo de aseguradores tiende a ser pequeño frente al número de proveedores. Sin embargo, en el trabajo de campo puede encontrarse que el número de proveedores sea más limitado de lo que las estadísticas del sector indican, si las EPS utilizan “filtros” para contratar.

La posibilidad de que ocurra un comportamiento oportunista es clara en estas actividades. Esto se origina en las asimetrías de información entre los agentes que participan en las transacciones, lo cual a su vez tiene implicaciones sobre la forma como se distribuye el riesgo entre IPS y EPS. Desde el punto de vista de las EPS, éstas podrían seleccionar aquellos pacientes más sanos y con una menor prevalencia de factores de riesgo para ser atendidos por sus propias redes y contratar los servicios de atención básica para los demás afiliados con IPS por fuera de su red. Una vez los pacientes de alto riesgo estén controlados, las EPS podrían incorporarlos a su red propia y redefinir la cohorte de afiliados atendidos por la red externa en el siguiente período de contratación. Por otro lado, las IPS también pueden aprovechar la falta de transparencia en las transacciones en su beneficio, dependiendo del esquema de pagos que se haya acordado. Un ejemplo sería la reducción en la calidad del servicio (proveerlo restringiendo excesivamente el tiempo de atención o con personal poco calificado, etc) cuando el contrato establece un pago fijo.

¹⁷ Una discusión del entorno de las intervenciones preventivas de EC se encuentra en Llorente, Blanca, Evaluación Económica de las Políticas de Prevención en el Sistema de Seguridad Social en Salud. El caso de las enfermedades cardiovasculares en Bogotá, documento de trabajo, Universidad Sergio Arboleda, abril de 2006: p. 14-21.

Asociada con el oportunismo está la siguiente condición; el “impacto de la información”. Williamson se refiere con este término al efecto que genera la asimetría de información en las decisiones de las firmas acerca del tipo de organización seleccionado para desarrollar una actividad. Frecuentemente, frente a estas diferencias en la información relevante que poseen los compradores y vendedores, se establecen relaciones tipo agente-principal o se opta por un esquema de “producción interna”, en lugar de la contratación.

Por último, están las características del entorno como determinantes de los costos de transacción. En esta categoría se encuentran la importancia otorgada a la reputación o las relaciones de lealtad, que también pueden influenciar el comportamiento de IPS hacia las EPS.

Una caracterización general de la estructura del sistema de salud colombiano utilizando las categorías de la NEI se encuentra en Gorbaneff et al.¹⁸, quienes a partir de estudios de caso identificaron las formas de organización y las relaciones y procesos en la cadena de prestación de servicios del régimen contributivo. Entre sus resultados, hay tres aspectos de particular interés para nosotros. Primero, los autores encuentran que los elevados costos de transacción asociados con la interacción entre EPS e IPS (y sobretodo aquellas en el primer y segundo nivel de atención) han estimulado una organización basada en las alianzas y en la integración vertical, sustituyendo al mercado. En segundo lugar, encuentran que cuando se opera con el mecanismo de mercado, la forma de contratación predominante es la

¹⁸ Gorbaneff, Yuri, Sergio Torres, Nelson Contreras, Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo, Dirección de Estudios Económicos, DNP, Archivos de Economía, No. 259, junio de 2004: p 9-21, 25-27.

capitación. Por último, los autores identifican como un obstáculo para la planeación y ejecución de actividades de prevención la frecuencia de los traslados de afiliados entre EPS, que incrementa la incertidumbre en cuanto a la demanda que cada aseguradora enfrentará en el futuro y reduce los posibles incentivos de ahorro en costos de tratamiento, dado que no pueden garantizar la retención de la población beneficiaria de programas de prevención.

Entre los determinantes de la provisión de servicios de prevención, desde el punto de vista de la oferta podríamos identificar los que provienen de las organizaciones profesionales (por ejemplo el enfoque de los programas de formación en las universidades y las actividades de educación continuada a través de las asociaciones médicas), los organizacionales (estrategias de las IPS y EPS, tiempos de consulta, frecuencia de las consultas, estructura de los servicios en los centros de atención), los financieros (monto de recursos y forma de pago) y el marco regulatorio. La información recopilada en esta etapa del proyecto permite abordar algunos aspectos organizacionales, los provenientes de las EPS, y del marco regulatorio. Otros diseños futuros podrán contribuir a comprender otros de los citados determinantes.

La descentralización que se inició en la década de los 80 es un ejemplo de la influencia del marco regulatorio en la organización de los servicios de prevención. Jaramillo¹⁹, en su evaluación sobre los avances de la descentralización en el sector de la salud afirma que uno de los objetivos de devolver la responsabilidad a los municipios era la profundización de las actividades de prevención y promoción. Entre 1992 y 1993 se observó un estancamiento en

¹⁹ Jaramillo, Iván, Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, Archivos de Economía, No. 170, diciembre de 2001: p 16, 30-33.

este aspecto, pero en el período siguiente, hasta 1999 se dio un mayor dinamismo, incluso en los años de mayor crisis económica. El estudio no establece la orientación de dichas actividades de prevención, excepto que las distingue de las actividades de vacunación, de manera que no puede inferirse nada acerca de cómo podrían estar influenciando los factores asociados con EC. Tampoco puede concluirse si en el caso particular de Bogotá se presentó esta tendencia.

Hay otra información previa sobre la organización del sistema de salud que, aunque se refiere a los servicios agregados del POS, sirve como punto de referencia para la discusión sobre servicios de prevención. Restrepo²⁰ menciona los resultados de una encuesta que indican que el 42% de los servicios de las EPS se prestan directamente y que un 15% de las actividades de prevención y promoción se desarrollan por medio de alianzas. El mismo autor señala como evidencia del poder de negociación de las EPS su capacidad para definir la forma de pago y la predominancia de la modalidad de capitación. La encuesta indica que 55% de las EPS utilizan la capitación en el caso de actividades de prevención.

Aspectos de interés que anticipábamos como áreas de discusión a partir de los resultados de las entrevistas que se comentan más adelante son:

- ¿La organización del sistema permite garantizar la detección de casos? Esto está asociado con las oportunidades de medición, así como la forma en que la medición se realiza, en cuanto a seguimiento de las guías, estado del equipo. Por ejemplo, en

²⁰ Restrepo, Jairo Humberto, op. cit.: p. 23.

Estados Unidos, Trilling y Froom²¹ reportan un estudio que indica un rango de 21-58% tensiómetros produciendo medidas incorrectas para una muestra de hospitales y consultorios. Siguiendo los lineamientos de programas de atención para hipertensos en Estados Unidos²², algunos indicadores de proceso que señalarían un esfuerzo para garantizar la detección de casos podrían incluir programas regulares de información a pacientes y de entrenamiento e información sobre el programa a proveedores del servicio, descentralización (para reducir las barreras de acceso), por ejemplo con la utilización de enfermeras

- El tiempo de consulta es un factor que se ha asociado con el tipo de resultados obtenido. En Estados Unidos la evidencia indica que “médicos con tasas de consulta de 3.8 pacientes/hora desarrollan menos medicina preventiva, registran menos datos psico-sociales y refieren más pacientes al especialista”²³. ¿Es este un aspecto del servicio que se evalúa por parte de las EPS?
- ¿Reciben los médicos suficiente apoyo institucional e incentivos para realizar actividades de prevención?
- ¿Se están midiendo los resultados de las actividades de prevención? Un posible indicador de los resultados de las campañas de educación son los niveles de conocimiento entre la población acerca de los principales factores de riesgo y su percepción acerca del riesgo de sufrir EC. La medición a través de encuestas puede ser un instrumento para recopilar información. En Estados Unidos la evidencia

²¹ Trilling, Jeffrey y Jack Froom, “The Urgent Need to Improve Hypertension Care”, en: ARCHFAMMED, Vol. 9, Sep-Oct 2000, American Medical Association, www.archfammed.com: p. 794-801.

²² Christianson JB, Pietz L, Taylor R, Woolley A, Knutson DJ, “Implementing programs for chronic illness management: the case of hypertension services”, en: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Nov. 1997, 23 (11): p. 596-601.

²³ Camasso y Camasso, citado por Trilling y Froom, op. cit.

citada por Benjamín et al.²⁴ y la AHA²⁵ muestra un bajo nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo y de sus consecuencias e incluso la persistencia de mitos, como el de que las mujeres no sufren de EC.

Caracterización de la oferta en Bogotá: Metodología

Para determinar las características de la oferta de servicios de prevención y promoción, haciendo énfasis en aquellos enfocados a prevenir EC se adoptó un enfoque frecuente en la rama de investigación de servicios de salud y que suele ser el adecuado para una exploración inicial del problema, como es el de entrevistas semi-estructuradas. Se diseñó un cuestionario dividido en cuatro áreas: la primera para recolectar información básica sobre la estructura organizacional e identificar la forma como se distribuyen las responsabilidades y se adoptan decisiones en el tema de promoción y prevención al interior de la EPS. La segunda, para identificar las actividades de prevención organizadas, realizadas o incentivadas - en particular aquellas con impacto en EC- y el tipo de información disponible sobre la población afiliada utilizada para tomar decisiones sobre las intervenciones. La tercera para identificar los esquemas de contratación con las IPS u otras formas de organización del servicio de prevención, los mecanismos de pago a las IPS, y los procesos establecidos para el monitoreo, seguimiento y acompañamiento de las actividades. La última parte identifica las IPS de la red de atención básica que realizan actividades de

²⁴ Benjamin, Emelia J., Sidney C. Smith, Jr, Richard S. Cooper, Martha N. Hill y Russell V. Luepker, “Task Force #1—magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges”, *Journal of the American College of Cardiology*, 40, 2002: p. 588-603.

²⁵ American Heart Association (2006), *Circulation*, AHA Statistical Update, disponible en www.circulationaha.org

prevención. El instrumento permite identificar las características de la cadena de producción del servicio de prevención, desde el punto de vista de las EPS. Es necesario en próximas etapas complementar esta perspectiva con la información recolectada en IPS que presten servicios de prevención.

A partir de la información publicada por la Superintendencia de Salud, se encontraron 20 EPS autorizadas en Colombia en 2004. Se pudo establecer contacto telefónico con 18 de ellas y en ese momento se excluyeron dos EPS del grupo objetivo, porque manifestaron no tener afiliados en Bogotá. A las restantes 16 se les solicitó concretar una entrevista, informando el propósito y alcance del estudio así como de la reserva que se mantendría sobre el nombre de las EPS participantes. Durante los meses de junio y julio de 2005 se realizaron 12 entrevistas a 11 EPS que accedieron a participar. En todos los casos se entrevistó a la persona responsable del área de promoción y prevención dentro de cada organización y en una de ellas se realizó, además, una segunda entrevista con el encargado de esta área en la región de Bogotá. La duración de la mayoría de ellas fue de alrededor de una hora. Dos entrevistas fueron muy breves (menos de 15 minutos) por distintas razones: en un caso se encontró que la organización sólo tenía afiliados al régimen subsidiado en la ciudad y en el otro, la EPS informó que contaba con un número pequeño de afiliados en Bogotá y prestaba el servicio a través de otra EPS. Sólo se incluyeron EPS privadas en el grupo entrevistado. Las nueve que contestaron en forma extensa acumulan alrededor del 43%²⁶ de la población afiliada al régimen contributivo en Bogotá.

²⁶ Este es un dato estimado tomando las estadísticas de compensados publicadas por el FOSYGA, que a la fecha de elaboración de este estudio no se encontraban disponibles por mes. Se reportan datos acumulados de compensados para un periodo de varios meses y por tanto, las cifras en términos absolutos no revelan el tamaño real de la población en el régimen contributivo (puesto que el mismo individuo puede estar

Las entrevistas fueron realizadas por dos personas del grupo de investigación, una de ellas con experiencia previa en la metodología. El segundo entrevistador, perteneciente al semillero de investigadores, participó en el proceso de diseño del cuestionario, tuvo una sesión de entrenamiento previo y acompañó al primer entrevistador como observador durante las primeras entrevistas antes de realizar alguna directamente.

Estas entrevistas se utilizan como instrumento para plantear hipótesis acerca de los determinantes de la integración vertical en las EPS; por ejemplo, si es importante la especificidad de los activos, o el oportunismo. También se busca identificar las estrategias adoptadas por las organizaciones para enfrentar las imperfecciones del sistema. Una vez establecidos los posibles determinantes y las estrategias, se discute si de acuerdo con las discusiones teóricas los resultados son eficientes, es decir, si se están corrigiendo las consecuencias de las fallas del mercado.

Resultados

Una discusión más amplia de los resultados de las entrevistas se encuentra en Llorente²⁷. Por razones de espacio aquí se presentan aspectos seleccionados de la evidencia que ilustran suficientemente las características de la organización de la oferta.

La complejidad de la estructura organizacional en las EPS para abordar el tema de P y P es diversa. Un aspecto determinante es el grado de dispersión de sus afiliados en el territorio

contabilizado múltiples veces durante el período). Sin embargo, para efectos de la participación relativa que es indicador de interés para mostrar la representatividad del grupo de EPS entrevistado, consideramos que es una aproximación razonable.

²⁷ Llorente, Blanca, op.cit.: p. 31.

nacional, lo que hace que algunas de ellas tengan dos niveles: uno nacional y otro regional.

En los casos en que Bogotá depende de una oficina regional, esta suele ser de mayor tamaño, porque el número de afiliados lo justifica. El nivel dentro de la organización del departamento de P y P no sigue un patrón común. El encargado del área puede tener la categoría de una gerencia alta o media, pero también se observó un caso en el que era un cargo de relativo bajo perfil, el equivalente a un cuarto nivel en la jerarquía organizacional.

Otro aspecto es la distribución de las responsabilidades y la intervención de otras áreas de la EPS en este tema. Uno de los entrevistados comentó que “aquí se trabaja de manera transversal”. Esto resulta en un mayor nivel de complejidad en los equipos de trabajo y en mayor interdisciplinariedad, ya que se incluyen epidemiólogos, internistas, especialistas en el área cardiovascular, enfermeras y economistas. En otras EPS la organización es mucho más simple e incluye enfermeras y promotores de salud, reportando a niveles administrativos más altos, tales como una gerencia médica. El nivel de coordinación con otras áreas es bastante alto en un caso, pero también se encuentra otro extremo en el que si bien existe una epidemióloga de planta, que cuenta con la información de RIPS para obtener un perfil de los afiliados, no hay un proceso establecido para garantizar una comunicación permanente con la coordinación de P y P.

El número de personas trabajando en el área de prevención al interior de las EPS también varía. El tamaño de las direcciones dedicadas a p y p es en general pequeño, pero este se amplía en los casos en que se incluye personal de otros departamentos. En un caso se mencionaron 24 promotores de salud, dependientes de una estructura administrativa muy

pequeña, mientras que en otros se identificaron equipos de profesionales de entre 6 a 10 personas.

En cuanto al tipo de tareas según el perfil profesional, las tareas operativas, de supervisión de ejecución de las actividades en las IPS, recopilación de estadísticas para preparar los informes internos y externos, para entidades como el Ministerio de Protección y las visitas a los proveedores corresponden usualmente a enfermeras. No obstante, en un caso al indagar sobre el perfil profesional de los miembros del departamento, el entrevistado comentó: “idealmente deberían ser enfermeros profesionales, pero no siempre es posible”.

Sobre la forma de organización y el tipo de actividades que se diseñan o se promueven hay un número de alternativas. En cuanto al proceso, se encuentra que una EPS introdujo un cambio reciente al realizar muchas de las actividades de prevención conjuntamente para los afiliados del régimen subsidiado y los del contributivo, pero esto parece ser una excepción. Usualmente las actividades se organizan en forma separada.

La disponibilidad de programas o guías de prevención propias es común, sin embargo, una entidad informó disponer de una estrategia para el régimen subsidiado, a cuyos afiliados les habían dado prioridad, y que se encontraban en el proceso de diseñar un programa de prevención para el régimen contributivo. Otras en cambio, describen intervenciones como los “clubes” o “clínicas”, en las que pueden abordar múltiples factores de riesgo o morbilidades con factores comunes. La siguiente es una descripción de un programa diseñado para pacientes de alto riesgo:

“Se hace una cita mensual sin cuota moderadora con médico general. Se complementa con talleres educativos sobre nutrición, ejercicio. Se controla la tensión. Si se observa reducción se espacian los controles cada dos meses. De lo contrario se remite a especialista.”

Aunque la primera respuesta al interrogar sobre el tipo de actividades de prevención es una referencia a la resolución 412, algunas EPS indican que realizan actividades que van más allá de la exigencia del Ministerio: por ejemplo, la realización de tamizaje para detectar hipertensión a partir de los 30 años y no de los 45 como lo establece la norma. La justificación de este mayor alcance para algunos es la supervivencia de la EPS: “No más por rentabilidad debería ser más amplia”.

Asociado con la existencia de guías y programas definidos por la EPS está el grado de autonomía otorgado a las IPS en la organización de actividades. A un lado del espectro se tiene el caso en que “la organización de estas actividades depende de las IPS. No hay un programa para identificar riesgos en los afiliados. En las IPS, por iniciativa propia se han realizado talleres educativos y el club de hipertensos.” Una EPS indica que su esquema es descentralizado, delega responsabilidades en la red de IPS. Otro funcionario, en esta misma línea, afirma que quisiera “que ellos (los proveedores) sientan que estamos entregando la responsabilidad de la salud de un grupo de afiliados”. En cambio, en otra entrevista se destaca la necesidad de mantener un esquema centralizado: “La EPS tiene un equipo multidisciplinario, para desarrollar guías, talleres, estudios de mercadeo social, que se ejecutan en las sucursales de acuerdo con unos cronogramas”. Y refiriéndose a las IPS que

no pertenecen a la organización y tienen un vínculo de contratación...” Hacen lo mismo que nosotros”.

En cuanto a la especificidad de los activos, este es un elemento que promueve relaciones estables y la preferencia por la integración en las EPS. El desarrollo o adquisición de sistemas de información propios que deben ser compartidos con las IPS para establecer esquemas de facturación y control, así como para el seguimiento de los afiliados es frecuente. Nuevamente se detectan grandes diferencias entre las EPS. Algunas cuentan con sistemas de información confiables, unificados que proveen información a tiempo para las tareas de planeación y control. Sin embargo, en otros casos los sistemas de información son muy pobres.

Discusión y conclusiones

En general se percibe una heterogeneidad en los aspectos discutidos en las entrevistas. Las estructuras organizacionales muestran distintos tamaños y nivel de jerarquía, las estrategias para organizar y diseñar programas y actividades de prevención van desde las estrechamente controladas por la EPS, otras de estilo “orientador” o por incentivos, hasta alguna que adopta una actitud mucho más pasiva frente a las IPS.

Los comentarios recogidos revelan una gran dispersión en los mensajes de los programas y en las estrategias de prevención. Se encuentran coincidencias en la preocupación por el nivel de rotación de los afiliados, que unido a las diferencias en el nivel de información acerca de los pacientes y la carencia de un sistema de evaluación de los resultados de las

intervenciones, permiten plantear la hipótesis de que los afiliados al régimen contributivo no pueden recibir el seguimiento adecuado para que las actividades de prevención, aún aquellas que la evidencia señala como efectivas, generen los beneficios esperados.

La mayoría de los entrevistados se refiere a sus propias guías y programas. En ninguna de las entrevistas se hizo mención de las guías desarrolladas por el Ministerio de la Protección. Sería conveniente explorar el nivel de conocimiento y aceptación de estas guías entre las IPS. Este podría ser un punto de partida para generar una mayor coordinación en las intervenciones preventivas.

En donde hay un mayor grado de coincidencia es en el sistema de pago y en el período de contratación. Predomina la capitación como modalidad de pago y los plazos de los contratos son a un año. Vale la pena destacar en todo caso el esquema mixto que está utilizando recientemente una de las EPS entrevistadas, aunque aún no se conocen los efectos que puede generar. Existen antecedentes en otros países que alertan sobre las posibles dificultades de utilizar un esquema de incentivos sin acompañarlo de otras estrategias de control.

Por ejemplo, en el sistema inglés se encuentra una contratación mixta en atención primaria, con un esquema de pago por servicio para las actividades de prevención y capitación para otras actividades²⁸, pero este no está exento de peligros, como se verá a continuación.

²⁸ Mills, Anne y Johnathan Broomberg, “Experiences of Contracting Health Services: an Overview of the Literature”, working paper, Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1998: p.12.

Florin²⁹ relata cómo los médicos generales pusieron en marcha por iniciativa propia actividades de prevención enfocadas al paciente individual desde los años 70. La contratación formal de servicios de promoción y prevención con los médicos generales se adoptó a partir de 1990, con una reforma en 1993. El servicio contratado – en cuanto a promoción se refiere, porque el contrato abarcaba otros aspectos también – inicialmente consistía en la realización de consultas cada tres años para tamizaje y “clínicas de promoción”, que abarcaban la prevención de EC entre otras áreas. Hasta este punto el sistema presenta similitudes con el planteado por la regulación colombiana, aunque la frecuencia en nuestro caso es menor. La diferencia más importante es que en el caso inglés la mayoría de las actividades eran realizadas por enfermeras.

La puesta en marcha de este programa reservaba sorpresas que finalmente generaron una nueva reforma. Florin advierte que en la reforma de 1993 se adoptó un sistema distinto, que buscaba por una parte resolver las objeciones de los médicos al contrato de 1990 y además, poner freno a un rápido incremento en costos creado por el esquema de pagos que incentivó un gran aumento en las “clínicas de promoción”. Como consecuencia “para 1992 el gobierno había tenido que pagar costos no anticipados por 203 millones de libras” y se esperaba un crecimiento exponencial de este rubro. El nuevo contrato contemplaba un pago por la recolección de información sobre factores de riesgo y un giro en el tipo de consulta, que en lugar de hacerse de forma especializada en clínicas de promoción, se estableció con una estrategia “oportunist” de actividades de prevención realizadas durante las consultas de rutina. No obstante, este nuevo enfoque tampoco fue bien recibido y para 1996 se había

²⁹ Florin, Dominique, “Scientific uncertainty and the role of expert advice: the case of health checks for coronary heart disease prevention by general practitioners in the UK”, en *Social Science & Medicine*, Oxford, Nov 1999. Tomo 49, No. 9, 1999; p. 1269-1283.

adoptado un esquema simplificado de recolección de información y se dio autonomía a los comités locales, controlados por los médicos generales, para tomar decisiones en cuanto a las actividades de promoción. La experiencia en Inglaterra alerta acerca de las consecuencias de soluciones simplistas en los esquemas de pago, que con la intención de mejorar las condiciones de servicio pueden generar un desequilibrio aún mayor en las finanzas del sistema.

Otra dificultad en la organización del servicio es que existe la posibilidad de selección adversa/riesgo moral por parte de las aseguradoras en el momento de negociar con IPS por fuera de su red la prestación de servicios. Esto ocurre debido a la presencia de asimetría en la información acerca del estado de salud de los afiliados que se asignan a la IPS para ser atendidos. Es importante establecer en el futuro hasta qué punto las IPS están asumiendo un riesgo desproporcionado y si están generando mecanismos para protegerse de este riesgo, cómo afecta esto al paciente.

No solo el tipo de pago sino otras características del contrato pueden afectar la distribución del riesgo entre las partes y la eficiencia en la prestación del servicio. La encuesta realizada permite identificar algunas características del proceso de contratación. No obstante, parece que las EPS valoran la estabilidad de las relaciones con las IPS por encima de los atractivos de la contratación competitiva. No obstante, la señal que envían a las IPS es ambigua, debido a que los contratos se negocian con plazos de un año. Además siempre existe una competencia potencial de un gran número de IPS en el nivel de atención primaria.

Es posible que los contratos no sean completos, es decir, que dejen espacio para que acuerdos informales establezcan la forma en que deben desarrollarse. Esto podría alinearse en la categoría que McNeil³⁰ denomina “relational contracts”. Sin embargo este tipo de contratos está acompañado de relaciones de cooperación y de confianza sobre las cuales no se encontró una evidencia fuerte en las entrevistas. De hecho, los entrevistados manifiestan la necesidad de hacer los contratos más claros y precisos.

A pesar de la importancia que puede tener el tema de contratación, en realidad la alternativa de organización preferida es la integración vertical o esquemas que producen efectos similares. Para las EPS esta es una opción atractiva, puesto que permite solucionar el problema que plantea la existencia de “activos específicos” y reduce el riesgo de comportamiento oportunista. Se están sacrificando unas potenciales ganancias en eficiencia generadas en un esquema de competencia, pero a cambio se obtienen beneficios porque se evitan algunas de las fallas de mercado. Es decir, esta es la solución que generó el sistema para reducir los costos de transacción. No obstante, hay razones para pensar que esta no es una solución completa. Aún persisten problemas serios de información que pueden afectar el desempeño de las EPS en el largo plazo y que en últimas se verán reflejadas en unas ganancias en salud menores a las que habrían podido lograrse de contar hoy con los datos necesarios acerca del perfil epidemiológico de los pacientes y con las intervenciones adecuadas.

Es indispensable continuar estudiando el tema de los costos de transacción asociados a distintas estructuras de la oferta intentando cuantificar los impactos en términos de costos

³⁰ Citado por Mills y Broomberg, op. cit.: p.22

para los distintos agentes (EPS, IPS, gobierno y pacientes). En el momento en que se redactaba este artículo, se discutía la reforma a la Ley 100 en el Congreso de la República. El proyecto se hundió, pero sirvió para plantear una propuesta que puede resurgir más adelante acerca de las limitaciones a la integración vertical por parte de las EPS. A la luz de la discusión aquí expuesta, no es posible afirmar que la adopción de restricciones a la integración sea ventajosa desde el punto de vista de los objetivos de prevención. Lo que sí puede anticiparse es que las EPS deberán ajustar, en caso de que esta restricción tenga lugar, sus estrategias para reducir los costos de transacción.

Finalmente, hay un aspecto acerca del contenido y enfoque de los programas de prevención que no fue mencionado por los entrevistados pero que surge como uno de los puntos de referencia en el debate en torno a la organización de los servicios y los criterios que deben adoptarse en la asignación de recursos. Nos referimos al énfasis dado a la identificación y tratamiento de los afiliados de alto riesgo, frente a las estrategias de reducir la incidencia de factores de riesgo en la población, es decir, el balance entre los enfoques de alto riesgo y los poblacionales. Emberson et al.³¹ comentan que en muchos países europeos predomina el enfoque de alto riesgo. En el Reino Unido, por ejemplo “se da énfasis a la identificación y manejo de individuos con riesgo a 10 años de 30% o más en enfermedad coronaria”. Los autores concluyen que el enfoque de alto riesgo debería ser más amplio y que debe darse más importancia a intervenciones poblacionales para lograr reducciones en la incidencia de

³¹ Emberson, J., P. Whincup, R. Morris, M. Walker, S. Ebrahim (2004), “Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease”, en: *European Heart Journal*, 25, European Society of Cardiology.

EC. Este es sólo un ejemplo de la literatura sobre el tema, que se presenta con más detalle en Llorente³².

El debate tiene implicaciones prácticas muy concretas. Si se privilegia el enfoque de alto riesgo, esto debería estar acompañado de un fortalecimiento de los fondos destinados a P y P administrados por las EPS, acompañados de reformas a los sistemas de contratación y de monitoreo. Por el contrario, una preferencia por el enfoque poblacional no podría estar apoyada eficazmente por las actividades de las EPS. Esta apuntaría a una asignación de recursos adicionales o una redistribución hacia las autoridades de salud locales. En ninguno de los dos casos los resultados están asegurados simplemente con la reasignación o el aumento de los recursos. Todos los demás elementos de la estructura de la oferta que aquí se han identificado como posibles barreras a la eficiencia deberían estar contemplados por los estudios que propongan recomendaciones de política en torno a las intervenciones de prevención y en cualquier reforma planteada en el futuro.

Referencias

American Heart Association (2006), Circulation, AHA Statistical Update, disponible en www.circulationaha.org.

Benjamin, Emelia J., Sidney C. Smith, Jr, Richard S. Cooper, Martha N. Hill y Russell V. Luepker (2002), “Task Force #1—magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges”, Journal of the American College of Cardiology, 40: p. 588-603.

Christianson JB, Pietz L, Taylor R, Woolley A, Knutson DJ (1997), “Implementing programs for chronic illness management: the case of hypertension services”, en: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Nov. 1997, 23 (11): p. 596-601.

³² Llorente, Blanca, op. cit.: p. 14-21.

octubre de 2004: p. 4.

Emberson, J., P. Whincup, R. Morris, M. Walker, S. Ebrahim (2004), “Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease”, en: *European Heart Journal*, 25, European Society of Cardiology.

Florin, Dominique (1999), “Scientific uncertainty and the role of expert advice: the case of health checks for coronary heart disease prevention by general practitioners in the UK”, en *Social Science & Medicine*, Oxford, Nov 1999. Tomo 49, No. 9; p. 1269-1283.

Gaviria, Alejandro (2004), *Del romanticismo al realismo social: Lecciones de la década de 1990*, Dirección de Estudios Económicos, DNP, Archivos de Economía, No. 252, abril de 2004: p. 2.

Gorbaneff, Yuri, Sergio Torres, Nelson Contreras (2004), *Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo*, Dirección de Estudios Económicos, DNP, Archivos de Economía, No. 259, junio de 2004: p 9-21, 25-27.

Jaramillo, Iván (2001), *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*, Dirección de Desarrollo Territorial, DNP, Archivos de Economía, No. 170, diciembre de 2001: p 16, 30-33.

Llorente, Blanca (2006), *Evaluación Económica de las Políticas de Prevención en el Sistema de Seguridad Social en Salud. El caso de las enfermedades cardiovasculares en Bogotá*, documento de trabajo, Universidad Sergio Arboleda, abril de 2006.

Lee, Kelley y Jeff Collin (2005), *Global Change and Health*, Open University Press, McGraw-Hill Education: p. 120-121.

McGuire, Alistair, John Henderson y Gavin Mooney (1988), *The Economics of Health Care*, Routledge, UK: p.74-128.

Mills, Anne y Johnathan Broomberg (1998), “Experiences of Contracting Health Services: an Overview of the Literature”, working paper, Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine: p.12, 22

OMS (2002), *The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*: p 8-29, 85-92.

Espacio Abierto, Revista de Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana, julio de 2004, No.

6: p.18, 23.

Restrepo, Jairo Humberto y Sandra Rodríguez Acosta (2004), Diseño y experiencia de la regulación en salud

en Colombia, Borradores del CIE, Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Economía,

Universidad de Antioquia, No. 11, marzo de 2004: p. 32-33.

Simon, Herbert (1979), “Rational decision making in business organizations”, en: American Economic

Review, 69, No. 4, septiembre de 1979: p. 493-513.

Sojo, Ana (2000), Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia,

Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, CEPAL, Serie Políticas sociales, No. 39: p 29-49.

Trilling, Jeffrey y Jack Fromm (2000), “The Urgent Need to Improve Hypertension Care”, en:

ARCHFAMMED, Vol. 9, Sep-Oct 2000, American Medical Association, www.archfammed.com: p.

794-801.

Williamson, Oliver (2000), Empirical Macroeconomics: another perspective, consultado en:

+6<http://groups.haas.berkeley.edu/bpp/oew/emap14edw.pdf>, abril 2006.