

# Racionamiento en salud en Colombia: una decisión ineludible

Diana Pinto Masís

*Limitar el acceso a servicios de salud es, en muchos casos, una decisión de vida o muerte para el paciente. Sin embargo, el racionamiento es fundamental para garantizar el éxito y la sostenibilidad de los sistemas de salud. Diana Pinto reflexiona sobre la necesidad de proteger el bienestar general, incluso por encima de dramáticas historias particulares.*

En el año 2008, el *National Institute for Clinical Excellence-NICE*,<sup>1</sup> del Reino Unido, negó la destinación de recursos públicos para el pago de un medicamento para el tratamiento de cáncer de riñón en fase avanzada (Sunitinib), bajo el argumento de que el costo de éste —unas 27 mil libras esterlinas o 78 millones de pesos colombianos— no justificaba el beneficio que prometía —prolongar la vida del paciente unos seis meses más—.

La decisión de NICE hizo que estallara un polvorín. Fue tildada por los medios<sup>2</sup> como una “sentencia de muerte para los pacientes con cáncer renal”, los directivos de NICE fueron señalados como “burócratas sin cara que tratan de acortar la vida de los pacientes”. Los pronunciamientos de los pacientes y sus familiares incluían los términos “cruels y desalmados” y referencias a que la vida, o el poco tiempo de sobrevida ganado no tiene precio. La *National Kidney Federation*<sup>3</sup> calificó al director de NICE como “barbárico”. NICE sostuvo su decisión y la respuesta a los ataques del público fue: “tenemos una cantidad finita de dinero para la salud, y gastarlo de una manera impide gastarlo de otra (...) otros pacientes serían los perdedores”.

El ejemplo ilustra la dureza y complejidad de las decisiones de racionar servicios de salud desde el punto de vista emocional, político y ético. Decidir como sociedad que no se da la posibilidad de prolongar la duración de la vida a un grupo de pacientes no es fácil. Pero éstas son las tensiones que surgen cuando los recursos son escasos y el bien colectivo se enfrenta con el individual.

Uno de los grandes desafíos que enfrentan todos los sistemas de salud del siglo XXI es lograr distribuir, entre las tecnologías en salud a la mano,<sup>4</sup> los recursos disponibles de manera que se pueda abordar los problemas de salud de la población de la

**Uno de los grandes desafíos que enfrentan todos los sistemas de salud del siglo XXI es lograr distribuir, entre las tecnologías en salud a la mano, los recursos disponibles.**

manera más efectiva, eficiente y equitativa posible. Desde una perspectiva económica, el diseño de políticas para el racionamiento de los servicios de salud juega un papel decisivo en el logro de estos objetivos.

En un sentido amplio, racionar es limitar el acceso a servicios de salud con algún beneficio para las personas (Ubel & Arnold 1995). Hay tres formas de racionamiento: 1) el racionamiento explícito, en el que se toma decisiones formales y abiertas acerca de los servicios y tratamientos a financiar con los

<sup>1</sup> Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. Éste es un organismo estatal independiente cuyo fin es promover la salud y el mejor manejo clínico de la enfermedad dado el presupuesto disponible.

<sup>2</sup> Traducciones propias de artículos de prensa, ver <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/protesters-demand-nhs-kidney-cancer-treatment-rethink-910166.html>

<sup>3</sup> Federación Nacional del Riñón

<sup>4</sup> En un sentido amplio, tecnología en salud incluye tanto el equipo, aparatos, drogas y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la prevención y rehabilitación de la enfermedad como los sistemas organizacionales y de soporte que se utilizan en la provisión de servicios de salud

recursos disponibles, para una población elegible, mediante la aplicación de criterios de priorización y asignación establecidos (Mullen 1998); 2) el racionamiento implícito, en el que se deja a discreción de profesionales, administradores u otro personal de salud la asignación de recursos —por ejemplo, por medio de listas de espera o reglas de elegibilidad—; y 3) condicionar el acceso a servicios a la capacidad de pago de las personas.

La forma de racionamiento que se adopta en cada sistema de salud está determinada en gran parte por los principios orientadores que priman en la justicia distributiva del país particular. En las decisiones respecto a la financiación de enfermedades raras<sup>5</sup> ha habido una tendencia a aplicar la ‘regla del rescate’ y se asume el pago de tratamientos en respuesta a argumentos emocionales en relación a la gravedad de la enfermedad, en lugar de necesidades objetivas.<sup>6</sup> Este enfoque plantea que la sociedad dejará de lado a los pacientes con necesidades altamente especializadas a pesar de que haya restricciones de recursos y que se valora más las ganancias en salud de los enfermos en que los casos son pocos, la condición es severa o no existen alternativas de tratamiento (Hughes 2006). No obstante, estas decisiones no sólo tienen desenlaces impredecibles y una posible pérdida de control del gasto,<sup>7</sup> sino que también tienen el riesgo de incurrir en serias inequidades.

Ante las presiones sobre el presupuesto público hay una creciente tendencia a incorporar elementos de racionamiento explícito en las políticas de asignación de recursos para la salud en general. Es así como, en muchos países de la Unión Europea, se han creado comités técnicos para la formulación de políticas farmacéuticas y de servicios de salud, cuyas recomendaciones cada vez tienen un peso más importante en la toma de decisiones (Eisenberg & Zarin 2002; Flood 2002; Banta 2001). Bajo este enfoque utilitario, el bien común —o utilidad pública— debe ser maximizado, lo cual se expresa como darle el mayor beneficio al mayor número de personas, y constituye la base de la evaluación económica. La aprobación de financiación se condiciona a que la tecnología en cuestión cumpla con un umbral de costo efectividad dictaminado por la sociedad. Éste es el caso del Reino Unido, donde la situación descrita al principio de

este ensayo se resuelve aplicando la regla pública que establece que el umbral máximo para financiar la ganancia de un año de vida ajustado por calidad (AVAC)<sup>8</sup> aceptado por el sistema de salud británico es de treinta mil libras.

Sin embargo, aunque los métodos estándar de evaluación de tecnología pueden mejorar la eficiencia de la provisión de servicios, se reconoce que presentan limitaciones a la hora de reflejar, de forma adecuada, las preferencias sociales respecto a enfermedades raras, que son severas y/o que amenazan la vida. Por ejemplo, en sus decisiones de financiación pública de medicamentos, el *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*<sup>9</sup> australiano se centra en el enfoque de costo efectividad, también incorpora criterios tales como la severidad de la enfermedad, la disponibilidad de otras terapias y el costo para el paciente de no recibir financiación con fondos públicos (Drummond 2007).

El otro principio que orienta las decisiones de racionamiento son las consideraciones de equidad (Gross 2002). A pesar de las diferencias en principios entre diferentes sistemas de salud, existe un consenso respecto a la necesidad de proveer cuidados adecuados en las áreas de salud pública, prevención, educación y servicios básicos, los cuales tienen el mayor impacto en indicadores de bienestar general, tales como la mortalidad infantil y la expectativa de vida. En los procesos de priorización se debe asegurar una base equitativa de cuidados primarios para todos los ciudadanos antes de considerar tratamientos de alto costo y, en particular, si éstos están restringidos a un grupo específico. En otras palabras, la distribución equitativa de los cuidados básicos debería tener prioridad sobre la financiación de tratamientos caros.

Las decisiones de racionamiento son difíciles e impopulares. Si se reconoce que la legitimidad y aceptabilidad de las políticas depende de que los cuerpos decisivos comprendan los valores y preferencias de la comunidad, se notará que en algunos países se han llevado a cabo procesos de deliberación pública por parte de cuerpos representativos respecto a decisiones de racionamiento —Reino Unido, Israel, Estados Unidos - Estado de Oregon—. Estos procesos enfatizan la cooperación, el

<sup>5</sup> Estas enfermedades también se conocen como huérfanas. En Colombia se definen como aquellas con un caso por cada 2000 habitantes.

<sup>6</sup> Ver el caso de Ontario en Clarke (2001) y de Israel en Gross (2002)

<sup>7</sup> Muchos de los sistemas de salud europeos comenzaron a financiar medicamentos para enfermedades huérfanas creyendo que por el reducido número de pacientes esto no representaría una carga financiera significativa. Dicha política se ha hecho más difícil de sostener a medida que aparecen innovaciones tecnológicas a precios exorbitantes, de tal manera que el número de personas afectadas se volvió irrelevante. Por ejemplo, el Aldurazyme, un nuevo medicamento para la Mucopolisacaridosis I, tiene un costo anual de 95 mil libras esterlinas por niño y 335 mil por adulto (274 y 966 millones de pesos), requiriéndose de por vida. En Colombia en Julio de 2010 se aprobó en el país la Ley 1392 para financiar enfermedades huérfanas con recursos públicos. ¿Será sostenible?

<sup>8</sup> Cuando una intervención tiene un efecto tanto en la longevidad como en la calidad de vida, se utilizan medidas que combinan estos dos atributos en un solo índice. La medida más aceptada es el año de vida ajustado por calidad o AVAC (Quality Adjusted Life Year o QALY). Un AVAC es el periodo de tiempo en salud perfecta que un paciente considera equivalente a un año en un estado de salud no perfecta. Un año de vida en salud perfecta equivale a un AVAC; el costo por AVAC sería el costo de lograr un año de salud perfecta.

<sup>9</sup> Comité Asesor de Beneficios en Medicamentos.

razonamiento moral y principios de justicia razonables más que la definición y aplicación de reglas de asignación. Se plantea que siempre y cuando los procesos sean abiertos, representativos, responsables y no discriminatorios, las decisiones que se adopten serán consideradas justas y equitativas (Sabin 2008; Daniels 2000). De esta manera, los cuerpos decisorios pueden pasar a un segundo plano el objetivo de maximización de la utilidad en favor de la necesidad o la solidaridad, siempre y cuando se dé la condición de que estas decisiones reflejen principios mayoritarios y no discriminen casos similares.

En síntesis, el racionamiento explícito es necesario en todo sistema de salud y requiere el montaje de un marco formal de instituciones, recursos, reglas y procesos para la toma de estas decisiones. Esto incluye instancias técnicas especializadas e independientes y espacios de participación democrática que definan y apliquen los criterios que se usarán para tomar decisiones respecto a lo que se financia con recursos públicos. Cabe anotar que negar beneficios no significa que se abandone a los

población con recursos públicos se limitan a aquellos incluidos en el POS, se reconoce que los recursos son limitados y que no es posible dar a la población todos los servicios que aporten algo a la mejora de la salud.

Sin embargo, en la implementación de la Ley 100, el ejercicio del racionamiento explícito por parte de los agentes decisorios del SGSSS ha sido eludido. El ejemplo más claro de ello se evidencia en la situación generada por la política de permitir a las empresas promotoras de salud recobrar al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) los gastos incurridos en medicamentos no cubiertos por el POS o en intervenciones ordenadas por fallos de tutela.<sup>10</sup> La posibilidad de recobrar al FOSYGA, con pocos filtros más allá de cumplir con los requisitos administrativos para ello, genera un plan de beneficios paralelo, prácticamente sin límites, que incluye tecnología médica cuyo costo efectividad y pertinencia terapéutica no es evidente en todos los casos. Algunos de los tratamientos que el país se da el lujo de pagar con estos recursos superan diez veces el umbral de costo

**El racionamiento explícito es necesario en todo sistema de salud y requiere el montaje de un marco formal de instituciones, recursos, reglas y procesos para la toma de estas decisiones.**

pacientes a su suerte, pues en muchos países que llevan a cabo racionamiento explícito existe un compromiso de encontrar opciones, que incluyen subsidios a seguros complementarios, apoyo a fundaciones caritativas y negociaciones con la industria farmacéutica para reducir precios o establecer esquemas de acceso a medicamentos (Lindsay 2008; Nikolentzos 2008). Por ejemplo, después de decir 'no' al Sunitinib para cáncer renal, NICE logró que Pfizer, el fabricante, ofreciera recortar el precio en 5% y brindar el primer ciclo del tratamiento gratis para todos los pacientes.

En el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano, el Plan obligatorio de salud (POS) se constituye comun instrumento de política para el racionamiento explícito y para fijar prioridades. En la medida en que se establece que los servicios para los cuales se garantiza el acceso de la

efectividad en el Reino Unido y más de dieciocho veces el posible umbral para Colombia.<sup>11</sup> ¿Es esto deseable cuando todavía no se ha asegurado la totalidad de la población y cuando ni siquiera se han resuelto las brechas entre los planes de beneficios del régimen subsidiado y del contributivo?

A pesar de que la ineficiencia, inequidad y creciente costo de los recobros había sido documentada (Cubillos 2006; Pinto 2004), sólo hasta principios del año 2010 el Ministerio de la Protección Social hizo un intento por incorporar a los recobros elementos de racionamiento explícito en los decretos de emergencia social que fueron declarados inexequibles,<sup>12</sup> evidenciando grandes vacíos técnicos, institucionales y jurídicos para llevarlo a cabo de una manera adecuada. Por ejemplo, se carece de un sistema nacional de evaluación de tecnología en salud, que permita contar con mayor información y criterios

<sup>10</sup> Aunque el recobro por no-POS y tutelas se pudo haber concebido como una alternativa para financiar situaciones excepcionales, el crecimiento en número y monto de estas cuentas en los últimos años parece indicar que el recobro se ha convertido en una forma sistemática de obtener recursos para el pago de medicamentos y procedimientos no contemplados en los planes de beneficios. Varios analistas coinciden en que si continúa la tendencia al crecimiento podría haber un impacto sobre la sostenibilidad financiera del sistema.

<sup>11</sup> En Colombia no se cuenta con un umbral definido explícitamente. Se puede obtener aplicando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO 2008) de utilizar el PIB per cápita en cada país como el valor de referencia para derivar el umbral de costo efectividad aceptable. Una intervención es muy costo efectiva si su razón de costo efectividad incremental (RCEI) es menor al PIB per cápita, costo efectiva si la RCEI está entre una y 3 veces el PIB per cápita, y no costo-efectiva si la RCEI es mayor a 3 veces el PIB per cápita. Los tratamientos cuestionados son terapias de remplazo enzimático para enfermedades lisosomales, que cuestan alrededor de 300 millones de pesos por persona año.

<sup>12</sup> Decreto 131 de 2010.

## Maestría en Políticas Públicas

Programa interdisciplinario y flexible que busca desarrollar en sus participantes el manejo de herramientas técnicas de análisis de políticas públicas, así como habilidades de liderazgo, estrategia y pensamiento crítico, que les permitan convertirse en líderes transformadores de la actividad pública emprendida desde el sector público, el sector privado o el tercer sector.

Dirigido a profesionales de todas las disciplinas interesados en la comprensión integral de los asuntos públicos y en la búsqueda de soluciones innovadoras a problemáticas de orden local, regional, nacional o internacional.

Apoyo financiero: La Universidad ofrece líneas de financiación mediante convenios con entidades financieras.

**Duración: Dos años.**

Mayores informes: [571] 339 4949, ext.: 2073  
<http://gobierno.uniandes.edu.co>

más claros para tomar decisiones sobre la entrada y adopción de tecnologías en el país, actualización e inclusión de medicamentos y procedimientos en los planes de beneficios y, en general, para promover un uso más racional de la tecnología médica.

Para el cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, en particular en cuanto a la unificación de los planes de beneficios, el nuevo gobierno tiene que llenar estos vacíos o de lo contrario se va a encontrar con serios impedimentos para racionalizar el gasto en salud y para dirigir los recursos disponibles hacia aquellas intervenciones que logran el máximo beneficio para toda población. Sin embargo, el gran desafío está en propiciar un diálogo entre todas las instancias de la sociedad, acerca de cuánto estamos dispuestos a pagar para garantizar el derecho a la salud y acerca de cuáles deben ser los criterios de asignación de los recursos para salud, de manera que se logre un equilibrio entre las necesidades individuales y las colectivas y se distribuyan los recursos de una forma más justa y transparente. **E**

### BIBLIOGRAFÍA

- Banta D. 2001. Health policy, health technology assessment and screening in Europe. *Int J Technol Assess Health Care*. Summer, 17(3), 409-17.
- Clarke JTR, Amato D y Deber R. 2001. Managing public payment for high-cost, high-benefit treatment: enzyme replacement therapy for Gaucher's disease in Ontario. *CMAJ*; 165 (5) 595-6. [www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-5/clarkeappendix.pdf](http://www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-5/clarkeappendix.pdf)
- Cubillos L. 2006. Análisis descriptivo preliminar de los recobros en el SGSSS. 2002-2005. PARS. Mimeo.
- Daniels N. 2000. "Accountability for reasonableness in private and public health insurance". En: Coulter A, Ham C. *The global challenge of health care rationing*. Buckingham, Open University Press.
- Drummond MF, Wilson DA, Kanavos P, Ubel P, Rovira J. 2007. "Assessing the economic challenges posed by orphan drugs". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23:1 (2007), 36-42.
- Eisenberg JM, Zarin D. 2002. Health technology assessment in the United States. Past, present and future. *Int J Technol Assess Health Care*. Spring, 2, 192-198.
- Flood CM, Stabile M, Hughes TC. 2002. "The borders of solidarity. How countries determine the public private mix in spending and the impact on health care". *Health Matrix* 12(2).
- Gross ML. 2002. "Ethics, Policy and Rare genetic disorders: the case of Gaucher disease in Israel." *Theoretical Medicine* 23:151-170.
- Hughes DA, Tunnage B y Yeo ST. 2005. "Drugs for exceptionally rare diseases: do they deserve special status for funding?" *QJMed*. 98:829-836.
- Kesselman I, et al. 2006. "National health budgets for expensive orphan drugs: Gaucher disease in Israel as a model". *Blood Cells Mol Dis*;37(1):46-9.
- Lindsay M Sabik and Reidar K Lie. 2008. "Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries". *International Journal for Equity in Health*, 7:4
- Mullen P. 1998. "Rational rationing?" *Health Services Management Research*. 11:113-123.
- Nikolentzos A, Nolte E, Mays N. 2008. *Paying for (expensive) drugs in the statutory system: An overview of experiences in 13 countries*. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Pinto D, Castellanos M. 2004. "En el sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud". *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 3(7): 40-61
- Sabin J (2008). "Setting Limits Fairly in the Colombian Health Care System". I Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud, Bogotá, 14-15 de octubre de 2008.
- Ubel P, Arnold R. 1996. "The unbearable rightness of bedside rationing". *Archives of Internal Medicine*. 135:1837-1842.
- World Bank. 2010. *World Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (WHO). 2008. Cost effectiveness thresholds. CHOICE PROJECT. Disponible en [http://www.who.int/choice/costs/CER\\_thresholds/en/index.html](http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.html)