

## Editorial

# ESCASEZ, EFICIENCIA Y EQUIDAD: EL PAPEL DE LA ECONOMÍA EN LA SALUD SCARCITY, EFFICIENCY AND EQUITY: THE ROLE OF THE ECONOMY IN HEALTH

Abel Ernesto González Vélez, MD., PhD Ciencias Biomédicas

Coordinador de vigilancia tecnológica, Organización Sanitas Internacional

La economía es una ciencia que tiene como objeto reconocer la brecha existente entre necesidades y recursos. En este sentido, los sistemas de salud son escenarios perfectos para el estudio económico por cuanto esta brecha es la norma, existiendo varios factores desde la demanda y la oferta que la perpetúan.

Desde la perspectiva de la demanda, situaciones como el envejecimiento poblacional y la carga de la enfermedad, así como el aumento en las expectativas de los usuarios frente al sistema han contribuido al incremento del gasto en salud a lo largo del tiempo; tan solo para Colombia éste era de 569 US\$ per cápita en 2014, casi cuatro veces el del año 2000(1).

Por su parte, desde el lado de la oferta otros factores también provocan una elevación del gasto, sobresaliendo entre ellos la presión tecnológica. Se estima que al menos la mitad del crecimiento del gasto en salud puede atribuirse a esta innovación(2).

En el contexto colombiano, la situación antes descrita puede verse aún más facilitada a la luz de la Ley Estatutaria de Salud. Recordemos que la Ley redefine el plan de beneficios, con lo que se pasa del POS (listado de garantías explícitas o listado de inclusiones) a

un plan integral superior (plan implícito que implica definir una lista negativa o de exclusiones). Expertos en la materia consideran que esto puede dar lugar a un gasto más elevado por cuanto no existirían límites claros o determinados *ex-ante*, sino que serían el resultado de las prescripciones médicas frente a un conjunto de posibilidades sobre las cuales los prestadores tendrían mayor autonomía(3,4).

Parafraseando al ministro de salud Alejandro Gaviria, la transformación del POS nos exige una mayor conciencia sobre la naturaleza pública de los recursos, en donde el sistema tiene que tener límites razonables para garantizar su sostenibilidad financiera(5,6). Aquí cabe recordar que aunque en nuestro país hayamos incrementado el gasto en salud en los últimos años, éste sigue siendo apenas el 6% del americano e inferior al de América Latina y el Caribe en su conjunto(1).

Otro aspecto importante que trae consigo la Ley Estatutaria y que guarda estrecha relación con la redefinición del plan de beneficios, es la garantía de la autonomía profesional que la misma ley enmarca en los principios de **autorregulación**, ética, racionalidad y evidencia científica(3). La consiguiente desaparición de los Comités Técnicos Científicos (CTC), como mecanismo de acceso a las tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios, refuerzan la autorregulación profesional señalada en la

Ley; pero con la cual médicos, odontólogos, optómetras y nutricionistas adquieren una doble responsabilidad con el paciente y los recursos del sistema.

No obstante, la ley Estatutaria no define la incorporación de nuevas tecnologías en un mundo dinámico y cambiante como el de la innovación en salud, por lo que de manera complementaria y mediante Ley 1753 de 2015, las nuevas tecnologías deberán ser evaluadas para considerar su inclusión, basado en criterios de efectividad y costo(7).

Conceptos propios de la economía como la racionalización y la costoefectividad aparecen como instrumentos de gran valor para la asignación de recursos, especialmente en sistemas públicos como el de salud colombiano condicionados por la escasez.

En primer lugar, la racionalización hace referencia a la búsqueda de los mejores resultados en el uso de los recursos, lo cual implica la redistribución de estos últimos para alcanzar un mayor impacto, apuntando a resolver el problema de la asignación eficiente(4). En escenarios en los que la utilización excesiva de las tecnologías puede incluso inducir pérdidas de beneficios en salud vía la iatrogenia, por ejemplo, la redistribución de los recursos a otras intervenciones efectivas en escenarios menos atendidos puede aumentar las ganancias en salud de la sociedad en su conjunto, representando una mejora en eficiencia.

Por su parte, la evaluación económica en salud como un componente de la evaluación de tecnologías, utiliza los conceptos básicos de la economía para el establecimiento de prioridades. Contrario a lo que puede pensarse, estos análisis no buscan ahorrar dinero; sino más bien cómo debemos gastar un determinado presupuesto para conseguir el máximo beneficio(8).

Por consiguiente, la evaluación económica en salud resulta de gran importancia en la actualidad si se considera la brecha existente entre el costo de las tecnologías y lo que las sociedades y los gobiernos están en capacidad de asumir. Mediante estas evaluaciones se busca priorizar intervenciones con alta efectividad clínica, costoefectividad y fuerza de la evidencia.

Pese a lo anterior y para concluir, la realidad del sistema de salud colombiano es más compleja que la simple comparación de tecnologías. Basta con mirar algunas cifras de un reciente informe derivado de MIPRES<sup>1</sup>, en relación con el gasto público por servicios sociales complementarios, para darse cuenta de la necesidad de definir mejores formas de priorización y regulación del gasto, más coherentes con el presupuesto del sistema.

Tradicionalmente en el país estos servicios junto con los procedimientos han representado alrededor del 20% del gasto secundario a la utilización de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios. Solamente los pañales significaron el 86% del total de servicios sociales complementarios en los primeros cinco meses de 2017 y entre los que se observaron otras prescripciones como champú y lentes de contacto, con una concentración de las mismas en Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá(5).

Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de estudiar a profundidad y bajo criterios de eficiencia, qué tecnologías no deberían correr por cuenta del Estado, precisando posibles condiciones médicas excepcionales, así como ciertas poblaciones beneficiarias. Esto último en consonancia con el análisis de la oferta regional de servicios por fuera del plan de beneficios, buscando posibles inequidades en la prestación de los mismos.

1 MIPRES es un aplicativo que permite la prescripción de medicamentos, procedimientos y servicios no incluidos en el plan de beneficios. Los medicamentos y servicios prescritos son pagados directamente por el Estado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial [sede Web]. Grupo Banco Mundial; 2017 [acceso 14 de septiembre de 2017]. Datos. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&locations=CO&start=1995&view=chart>.
2. Astolfi R, Lorenzoni L, Oderkirk J. Informing policy makers about future health spending: a comparative analysis of forecasting methods in OECD countries. *Health Policy Amst Neth*. septiembre de 2012;107(1):1-10.
3. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>.
4. Restrepo-Zea JH. Introducción a la Economía de la Salud en Colombia. Primera edición. Medellín, Colombia; 2008. 65 p.
5. Gaviria A. Alejandro Gaviria [Internet]. Bogotá: Alejandro Gaviria Uribe;12 de septiembre de 2017 - [citado 17 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://agaviria.blogspot.com.co/>.
6. Rumbold B, Baker R, Ferraz O, Hawkes S, Krubiner C, Littlejohns P, et al. Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet*. 12 de agosto de 2017;390(10095):712-4.
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 1753 de 2015: Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" [Internet]. Disponible en: [http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley\\_1753\\_de\\_2015.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley_1753_de_2015.pdf&prefijo=file).
8. Pinto-Prades JL, Ortún-Rubio V, Puig-Junoy J. El análisis coste-efectividad en sanidad. *Aten Primaria* [Internet]. 2001;103 [citado 17 de septiembre de 2017];27. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-11262338>