



El costo del progreso

Los precios de los nuevos medicamentos ponen en peligro la reforma sanitaria de Colombia

Alejandro Gaviria



EN poco más de dos décadas, Colombia ha logrado grandes avances para alcanzar la cobertura universal en salud. Actualmente cubre al 97% de sus ciudadanos con el mismo plan de prestaciones, garantiza el acceso a nuevas tecnologías a los segmentos más pobres de la población y ha reducido los gastos por cuenta propia más que ningún otro país en

desarrollo (Fan y Savedoff, 2014). Pero el alto costo de los nuevos medicamentos ejerce una fuerte presión sobre estos avances.

En 1993 Colombia reformó su sistema de atención en salud para garantizar protección financiera y acceso equitativo a toda la población. La reforma aumentó sustancialmente los fondos públicos destinados a la atención de la salud y movilizó recursos privados: el número de aseguradoras y hospitales privados se incrementó fuertemente. La mayor participación del sector privado generó cambios positivos: aumentó la eficiencia y, al menos durante algún tiempo, ayudó a contener los costos.

La reforma fue un éxito en muchos aspectos. En 1993, el 30% de los colombianos en el quintil más pobre de la población señalaron que no tenían acceso a servicios de salud en caso de enfermedad grave. Veinte años después este porcentaje se ha reducido al 3%. Actualmente más de 20 millones de personas, la mitad de la población, tienen un seguro médico totalmente subvencionado por el Estado. Muchas personas pobres de zonas urbanas reciben la misma atención que las más privilegiadas.

Pero el éxito es frágil. Muchos de estos cambios positivos están en peligro por la presión tecnológica. En la segunda mitad de la pasada década, los nuevos medicamentos no incluidos en los planes de prestaciones cubiertos por las aseguradoras comenzaron a pagarse con fondos públicos. Las empresas farmacéuticas, los proveedores y los médicos rápidamente entendieron que el Estado estaba dispuesto a pagar por casi todo (a casi cualquier precio). Los pagos para nuevos medicamentos aumentaron y también los problemas financieros. Las deudas frente a los proveedores crecieron rápidamente y se deterioró la confianza del público en el sistema.

Además, esta dinámica redujo el aspecto igualitario de las reformas. En 2000, el sistema de salud de Colombia ocupaba el primer lugar del mundo en el índice de “equidad de la contribución financiera” elaborado por la Organización Mundial de la Salud. En Colombia, los ciudadanos contribuyen al sistema según sus ingresos —el Estado cubre integralmente el costo de las primas para los pobres— y

todos reciben el mismo plan de prestaciones. Lamentablemente, la presión tecnológica ha revertido parte de esta “equidad”.

El pago por las tecnologías no incluidas en el plan tuvo un efecto muy regresivo. El gráfico muestra la distribución de los pagos por quintil de ingresos. Menos del 1% de los pagos totales se distribuyó entre el 20% de las personas más pobres, mientras que el 40% se distribuyó entre las personas del quintil superior, que están mejor informadas y tienen mayor acceso a especialistas que los pobres. En teoría el acceso es el mismo para todos, pero en la práctica no. Es difícil imaginar un uso más regresivo del dinero público.

En Colombia, el gasto en salud por persona es una quinta parte del que asigna un país desarrollado a este rubro. Pero la inclusión de nuevas tecnologías es esencial para mantener la legitimidad y la sostenibilidad del sistema. Colombia está abordando el problema del pago de nuevos medicamentos costosos. El Congreso aprobó una ley para permitir la exclusión de los pagos por tecnologías ineficientes y el gobierno creó una entidad encargada de evaluar las nuevas tecnologías. Se adoptaron mecanismos de regulación de precios y se redactó una política en relación con las versiones similares de medicamentos biológicos (elaborados con proteínas de organismos vivos en lugar de proteínas sintetizadas químicamente). La industria farmacéutica, que se ha beneficiado sustancialmente de un entorno desregulado, se opuso a algunas de estas políticas.

Esta historia del sistema de salud de Colombia tiene tres partes:

- La reforma progresiva del sistema de salud permitió lograr grandes avances sociales en poco tiempo.
- La presión tecnológica, generada principalmente por nuevos medicamentos costosos, puso en peligro la sostenibilidad y la progresividad de las reformas.
- Se establecieron rápidamente instituciones encargadas de incorporar nuevas tecnologías en forma ordenada y legítima, pese a la resistencia encontrada.

La experiencia de Colombia en la regulación de los precios de los medicamentos, la entrada de competencia en el ámbito de los medicamentos biológicos genéricos y la evaluación de tecnologías permite extraer importantes enseñanzas para los países en desarrollo que se enfrentan simultáneamente a los desafíos de un sistema universal de salud y a la presión tecnológica. ■

Alejandro Gaviria es Ministro de Salud y Protección Social de Colombia.

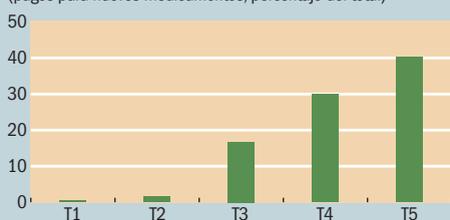
Referencia:

Fan, Victoria, y William D. Savedoff, 2014, “The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence”, *Social Science and Medicine*, vol. 105 (marzo), págs. 112–21.

Desembolsos regresivos

La mayor parte de los pagos realizados por el Gobierno de Colombia para nuevos medicamentos no incluidos en los planes de seguro convencionales beneficiaron a las personas de mayores ingresos.

(pagos para nuevos medicamentos, porcentaje del total)



Fuente: Fondo Colombiano de Salud, FOSYGA.

Nota: Datos correspondientes a 2012. Los grupos beneficiarios abarcan entre el 20% de las rentas más bajas (T1) y el 20% de las rentas más altas (T5).