

En el Sistema general de seguridad social colombiano

CARACTERIZACIÓN DE LOS RECOBROS POR TUTELAS Y MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD*

Diana Pinto Masis • María Isabel Castellanos

Fecha de recepción 30-08-04 • Fecha de aceptación 27-09-04

Resumen

Este estudio caracteriza los cobros por parte de las empresas aseguradoras al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) del Ministerio de la Protección Social (MPS) de los gastos incurridos en medicamentos no cubiertos por los planes obligatorios de salud o en intervenciones ordenadas por fallos de tutela. Se utilizan datos de 2002 y parte de 2003 del proceso de auditoría de cuentas que realiza el Ministerio a los cobros. Se calcula la frecuencia y el valor de los cobros según aseguradora, grupo diagnóstico, tipo de medicamento, procedimiento o insumo, valor per cápita pagado y el costo de oportunidad en términos de personas que se podrían afiliar al Sistema general de seguridad social en salud (SGSS). Se encuentra que los cobros se han incrementado en frecuencia y valor, se concentran en algunas aseguradoras, están asociados con nuevas tecnologías para algunas patologías poco frecuentes en la población general, y que su costo de oportunidad para el sistema no es despreciable. Los resultados obtenidos pueden reflejar cambios en el perfil epidemiológico, patrones de práctica clínica y capacidad administrativa de las aseguradoras o incentivos para la obtención de rentas por parte de diferentes actores del sistema.

Palabras clave: beneficios del seguro, gastos en medicamentos, control de costos.

Abstract

This study describes claims filed to the Ministry of Social Protection's Fondo de Solidaridad y Garantía of expenses from medications not covered by the benefits package or from interventions mandated through court rulings. Estimates of frequency, total value and per capita values of claims by insurer, diagnostic group, medication and intervention were obtained from claims auditing data available at the Ministry for year 2002 and part of year 2003. Opportunity costs of these claims equivalent to the number of persons that could be enrolled in the current insurance schemes were also calculated. The study finds that claims have been increasing in frequency and value, are concentrated in a few insurers, are related to new technologies for diagnostic groups that are not prevalent in the general population, and that their opportunity costs are not negligible. The results could be explained by changes in the epidemiologic profile of the population, clinical practice patterns, administrative skills of insurers, or incentives to obtain rents.

Key words: health benefit plans, expenditures drugs, cost control.

* Este trabajo fue financiado por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social. Los principales resultados fueron presentados en el II Encuentro nacional de investigación en salud pública «Investigación y políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local», organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle y Asociación Colombiana de Escuelas de Salud Pública.

Las opiniones expresadas en este documento reflejan exclusivamente el pensamiento de los autores y no la posición del Ministerio de la Protección Social.



Introducción

A escala mundial las mejoras en el nivel de ingreso y educación de las personas, la transición demográfica y epidemiológica, y la creciente disponibilidad de tecnología médica que se ha dado en los últimos decenios han generado una tendencia al incremento de la demanda de servicios de salud (WHO, 1999). Sin embargo, es un hecho que ningún país cuenta con los recursos necesarios para la completa atención de esta demanda, y es así como uno de los grandes desafíos que enfrentan los sistemas de salud del siglo XXI es lograr distribuir los escasos recursos del sector de manera que se puedan abordar los problemas de salud de la población de la manera más efectiva, eficiente y equitativa posible.

Desde una perspectiva económica, el diseño de políticas para el racionamiento de los servicios de salud desempeña un papel decisivo en el logro de estos objetivos. En sentido amplio, racionar es limitar el acceso a servicios de salud con algún beneficio para las personas (Ubel y Arnold, 1995). En la mayoría de los países predomina el racionamiento implícito, dejando a discreción de administradores, profesionales o de otro personal de salud la aplicación de estrategias para el control de costos tales como listas de espera, acortamiento de la duración de los servicios, o asignación de camas, como es el caso de Canadá, Gran Bretaña, Holanda, Nueva Zelanda y Australia (Flood, Stabile y Hughes-Stohey, 2002). La principal crítica a esta forma de racionamiento es su falta de transparencia, siendo muchas las agendas ocultas y conflictos de interés que pueden incidir en el proceso de decisiones. No obstante, algunos autores sostienen que en un contexto marcado por educación médica continuada, guías de práctica clínica, información a pacientes y discusión pública este tipo de racionamiento responde mejor a la

complejidad de las decisiones médicas y de las circunstancias vitales de los pacientes (Mechanic 1995; 1997).

Otra forma de racionar los servicios de salud depende de la capacidad de pago de las personas, como sucede en Estados Unidos, lo cual ha sido ampliamente controvertido por sus resultados en términos de equidad (Hsiao, 1992).

Finalmente, racionar se puede hacer de forma explícita, tomando decisiones formales y abiertas acerca de los servicios y tratamientos a financiar con los recursos disponibles, para una población elegible, mediante la aplicación de criterios de priorización y asignación establecidos (Mullen, 1998).

El ejemplo más ilustrativo de un ejercicio de racionamiento explícito se encuentra en el estado de Oregon (Estados Unidos), donde se diseñó el paquete de beneficios para el seguro público de salud a partir de un complejo proceso participativo de priorización que involucró a todos los actores del sistema (Department of Human Services, 2004). Aunque tiene la ventaja de que es una forma más transparente de asignar los recursos, requiere de procesos técnicos y regulatorios sofisticados, puede generar bastante controversia política e insatisfacción por parte de los ciudadanos y tiende a crear inflexibilidades para enfrentar las frecuentes situaciones clínicas complejas que caracterizan el ejercicio médico (Mechanic, 1997).

A pesar de esto son cada vez más los países que incorporan elementos de racionamiento explícito en sus políticas de asignación de recursos, y es así como los países citados han creado comités técnicos para la formulación de políticas farmacéuticas y de servicios de salud, cuyas recomendaciones han comenzado a desempeñar un peso importante en la toma de decisiones (Eisenberg y Zarin, 2002; Flood *et al.*, 2002; Banta, 2001).

En América Latina, Colombia, es un ejemplo en este sentido, cuando a partir de la reforma en salud promulgada por la ley 100 de 1993 se determina que los servicios para los cuales se garantiza el acceso de la población son aquellos incluidos en los diferentes planes de beneficios definidos por el Sistema (planes obligatorios de salud: POS y POS-S). Se pretende que los contenidos de los planes de beneficios sean aquellos que logren el máximo nivel de salud y bienestar posible con los recursos disponibles. Los planes se constituyen en instrumentos para el racionamiento explícito de los recursos públicos y fijar prioridades, que parten del reconocimiento de que los recursos son limitados y que no es posible dar a la población todos los servicios que aporten algo al mejoramiento de la salud.

Como era de esperarse, en la implementación de estas políticas el Sistema general de seguridad social (SGSS) colombiano ha tenido que enfrentar los desafíos inherentes al racionamiento explícito, siendo uno de éstos la definición de un mecanismo para el financiamiento de situaciones clínicas que requieren sobrepasar los límites establecidos en los planes de beneficios. Este mecanismo es el proceso de recobro por parte de las empresas aseguradoras al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) de los gastos incurridos en medicamentos no cubiertos por los planes obligatorios de salud (POS o POS-S) o en intervenciones ordenadas por fallos de tutela¹.

El recobro por medicamentos no POS/POS-S (MNOPOS) fue diseñado como un mecanismo para financiar el suministro de algunos medicamentos por parte de las entidades

aseguradoras. Las condiciones para las cuales aplica dicho mecanismo son aquellas en que, después de haber agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del POS, los pacientes no presentan una respuesta clínica o paraclínica satisfactoria o han presentado reacciones adversas o intolerancia, y el no suministro del medicamento representa un riesgo inminente para la vida y la salud.

El recobro por tutelas es un mecanismo para financiar aquellas intervenciones (medicamentos o procedimientos) que deben ser prestados por las aseguradoras obligatoriamente cuando han sido reclamados por sus usuarios mediante la interposición del recurso de tutela y fallados a favor por un juez. La tutela puede solicitar medicamentos, procedimientos no POS o por procedimientos que si son POS pero que requerían de periodos mínimos de cotización y el usuario no los ha cumplido. En las disposiciones se reglamenta el proceso administrativo para el recobro, el cual debe presentarse ante el Ministerio de la Protección Social (MPS) con unos soportes de carácter técnico y legal, y dentro de unos términos de tiempo preestablecidos.

Aunque el recobro por MNOPOS 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 dos 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.

Debido a que los cobros se pagan con recursos del Fosyga, en caso de continuar la tendencia al crecimiento podría haber un impacto sobre la sostenibilidad financiera del sistema. De manera adicional, el pago de estas cuentas representa un costo de oportunidad importante para el Sistema, en la

¹ Estos procesos están reglamentados por las resoluciones 5061 de 1997 y 2312 de 1998, subrogadas por las resoluciones 2948 del 2003 (medicamentos no POS) y 2949 del 2003 (tutelas).



medida en que se deja de utilizar recursos cuyo principal destino es financiar el aseguramiento de la población. Por tanto, es necesario evaluar las implicaciones de los recobros para la eficiencia del uso de los recursos del Fosyga.

Por otra parte, los recobros podrían reflejar necesidades en salud de la población que se ven insatisfechas como resultado de la desactualización de los contenidos de los planes de beneficios en relación con los avances tecnológicos, o a cambios en el perfil epidemiológico de la población que se hayan dado en los últimos diez años. Responder a esta pregunta si bien requiere de un análisis de los contenidos de los planes de beneficios a la luz de la información reciente de morbilidad, tecnología médica disponible y costo efectividad de dicha tecnología, explorar las patologías y tipos de procedimientos o medicamentos que se relacionan a los recobros puede ser una primera aproximación para comprender el tipo de problemática clínica que se asocia con este mecanismo.

El propósito de este estudio es el de caracterizar los recobros ante el Fosyga en cuanto a su distribución en términos de valor y frecuencia, describir las patologías y tipo de medicamentos o procedimientos que con más frecuencia se asocian con los mismos y calcular los costos de oportunidad generados por los recobros en términos de los recursos para asegurar a la población que se utilizan para este fin. A partir de este análisis se espera ilustrar las posibles implicaciones de los recobros para las políticas de racionamiento y derivar algunas lecciones para otros países.

Los resultados de este estudio complementan los hallazgos previos de una investigación de recobros por tutelas y MNOPOS llevada a cabo por el Ministerio en el 2003

(Castellanos, 2004) y que hace parte de los componentes de la evaluación de los planes de beneficios adelantados por esta cartera.

1. Fuentes de información y métodos

Durante el período 2001-2003 se estima que se radicaron aproximadamente 190.792 recobros según el inventario con corte a noviembre de 2003 disponible en la dirección de Gestión de la Demanda del MPS. Por ser la información más completa, con las cuentas de 2002 se calcularon los valores recobrados por empresa aseguradora, el porcentaje de glosa y el valor per cápita recobrado por empresa aseguradora. En el caso de los medicamentos recobrados a través de los comités técnico científicos, se analizó el valor del recobro y su distribución según la empresa aseguradora que recobraba. Para las tutelas se calcularon frecuencias de actividades reclamadas, ya que la forma de registro existente de las tutelas no permite analizar el costo por actividad.

Para describir los medicamentos, los procedimientos y las patologías asociados a recobros para los años 2002-2003 se utilizaron todas las cuentas con información completa para este período, después de llevar a cabo el proceso de depuración de los datos descrito en el Anexo 1².

Para estimar los valores que tendría que pagar el MPS por concepto de recobros por MNOPOS y tutelas para el período 2002-2003 se usó como fuente de información primaria los datos de cuentas radicadas en el 2002 y se hicieron proyecciones para el 2003, puesto que a la fecha en que se adelantó este

² Los datos disponibles corresponden a 36% de las cuentas de recobros por medicamentos no POS y a 10% de las cuentas por tutelas.

análisis, sobre el inventario de las cuentas radicadas durante el 2003, no había finalizado.

por parte del Ministerio podría situarse alrededor de 24 mil millones de pesos³.

2. Resultados

2.1 Valor de los recobros radicados 2002-2003

El Cuadro 1 presenta los valores que se estima tendría que pagar el MPS por concepto de recobros por MNOPOS y tutelas del período 2002-2003. En total las empresas aseguradoras recobraron por MNOPOS cerca de 29 mil millones al Fosyga en el 2002. De los valores recobrados 90% provenían del régimen contributivo y 10% del régimen subsidiado. Se estima que aproximadamente 17% de este valor se glosa en forma definitiva como parte del proceso de auditoría de cuentas, de manera que el valor a pagar

Por tutelas las empresas aseguradoras recobraron al Fosyga alrededor de 51 mil millones de pesos en el 2002. De los valores recobrados 95% provenían del régimen contributivo y 5% del régimen subsidiado. Como la glosa definitiva para los recobros por tutelas es aproximadamente 22% del valor recobrado, el valor que le correspondería pagar al MPS por concepto de tutelas para el 2002 se aproxima a los 40 mil millones de pesos. Al sumar los recobros por MNOPOS y tutelas, el valor total a pagar por cuentas correspondientes al 2002 sería de alrededor 64 mil millones de pesos.

Para el 2003 se estimó que el valor total recobrado sería 1.75 veces el de 2002, tomando en cuenta que durante el primer semestre

CUADRO 1
VALOR A PAGAR POR RECOBROS. 2002 Y 2003

Año	Medicamentos no POS		Tutelas		Total a pagar por recobros
	Valor total radicado	Valor a pagar despues de glosa del 17%	Valor total radicado	Valor a pagar despues de glosa del 22%	
2002	29.128.271.528	24.176.465.368	51.100.299.571	39.858.233.665	64.034.699.034
2003*	50.974.475.174	42.308.814.394	89.425.524.249	69.751.908.914	112.060.723.309
Totales 2002-2003	80.102.746.702	66.485.279.763	140.525.823.820	109.610.142.580	176.095.422.342

*Los valores para el 2003 son estimados a partir de los datos del 2002 como se explica en el texto.

Fuente: Datos recobros 2002, Estudio "Análisis de los recobros por tutelas y medicamentos no POS en el SGSS".

³ Se llevó a cabo una caracterización del proceso de auditoría y se concluyó que la glosa a las cuentas presentadas por MNOPOS es del 43,2% del valor recobrado, pero sólo es definitiva 26%, así, el otro 17,2% puede ser levantada si la aseguradora soporta las observaciones hechas por auditoría. Casi toda la glosa es de carácter administrativo o sea por falta de soportes para el recobro. El porcentaje de glosa es variable en las empresas aseguradoras y va desde 8% de las cuentas presentadas para algunas hasta 100% para otras. La glosa para los recobros por tutelas, es en promedio del 38%, pero definitiva es realmente sólo 22% del valor recobrado.



de 2003 el número de cobros radicados fue equivalente al total durante el 2002. Según este cálculo, para el 2003 el MPS tendría que pagar la suma de 42 mil millones de pesos por MNOPOS y cerca de 70 mil millones de pesos por tutelas, para un total de 112 mil millones de pesos.

El Cuadro 2 presenta los valores estimados que tendría que pagar el MPS por concepto de cobros por MNOPOS y tutelas del pe-

riodo 2002-2003, sumándoles el costo administrativo que tiene que asumir el MPS para procesar estas cuentas⁴. Los costos administrativos contribuyen a que los valores a pagar por cobros asciendan a 65 mil y 113 mil millones de pesos para los años 2002 y 2003, respectivamente. Se observa que entre los años 2001 y 2003 el valor total a pagar por concepto de los cobros prácticamente se ha doblado.

CUADRO 2
VALOR A PAGAR POR RECOBROS, 2002 Y 2003, SUMANDO COSTOS ADMINISTRATIVOS DE PROCESAMIENTO DE CUENTAS*

Año	Medicamentos no POS		Tutelas		Total a pagar por cobros sumando costos administrativos
	Costos administrativos (2%)	Valor a pagar después de glosa más costos administrativos	Costos administrativos (1%)	Valor a pagar después de glosa más costos administrativos	
2.002	483.529.307	24.659.994.676	398.582.337	40.256.816.002	64.916.810.678
2.003*	846.176.288	43.154.990.682	697.519.089	70.449.428.004	113.604.418.686
Totales 2002-2003	1.329.705.595	67.814.985.358	1.096.101.426	110.706.244.006	178.521.229.364

* El porcentaje de costos administrativos se deriva de la razón del costo total del procesamiento de cuentas de cobro sobre el valor total pagado durante el 2003, a un costo por cuenta procesada de 10.000 pesos, según información obtenida de la dirección General de Financiamiento del MPS.

Fuente: Cálculos de las autoras.

2.2 Valor total y valor per cápita de cobros por empresa aseguradora

La participación porcentual de las empresas aseguradoras en el valor total de los cobros por medicamentos no POS recibidos por el Ministerio en el 2002 se describe en el Cuadro 3. Es evidente que 60% de los valores cobrados se derivaron de cinco aseguradoras, las cuales se resaltan en negrita. No todas estas aseguradoras eran las de mayor

número de afiliados. Al tomar como denominador el número de afiliados para el 2002 de cada aseguradora se estima que el valor per cápita cobrado por entidad durante ese año se encontraba entre 260 y 11 mil pesos.

⁴ Dato calculado a partir del costo por cuenta procesada pagado por el MPS durante el 2002 y 2003, de acuerdo con la dirección General de Financiamiento del Ministerio.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL VALOR TOTAL RECOBRADO POR MNOPOS Y VALOR PER CÁPITA RECOBRADO POR EMPRESA ASEGURADORA. DATOS RECOBROS 2002

Empresa aseguradora	% de participación de cada empresa en el total recobrado en el año 2002 (aprox.)	Valor per cápita por empresa
Sánitas	18,26	10.959
Seguro Social	16,06	1.505
Saludcoop	10,41	1.325
Famisanar	7,94	3.628
Susalud	7,49	2.868
Coomeva	6,73	1.418
Colmédica	5,71	6.177
Compensar	5,09	3.296
Cajanal	4,72	3.417
Humana	2,87	2.299
Cafesalud	2,64	1.073
Comfenalco	2,61	2.091
Cruz Blanca	1,71	1.019
Saludtotal	1,62	675
Colseguros	1,56	4.387
Caprecom	1,14	4.861
Solsalud	0,82	1.591
Servicio Occidental de Salud	0,54	466
Ecoopsos	0,53	500
Asmetsalud	0,50	258
Unimec	0,41	3.486
Otras*	0,22	-
Total General	100,00	-

*Incluye Emssanar, Convida, Colsanitas, EPS Caldas, Cajasalud, Capresub y Salud Vida.

Fuente: Cálculos de las autoras.

En cuanto a las tutelas, la participación porcentual en el valor total de los cobros y el valor per cápita recobrado por las aseguradoras se muestra en el Cuadro 4. En este caso

también, 60% del valor total recobrado se originó en seis empresas. El valor per cápita recobrado por tutela estaba entre 1 y 12 mil pesos.



CUADRO 4
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL VALOR
TOTAL RECOBRADO POR TUTELAS Y VALOR
PER CÁPITA RECOBRADO POR EMPRESA
ASEGURADORA. DATOS RECOBRO 2002

Empresa aseguradora que recobró por Tutelas	% de participación de cada empresa en el 2002	Valor per cápita
Saludcoop	20,77	4.638
Susalud	17,50	11.761
Coomeva	8,54	3.158
Seguro Social	8,14	1.338
Cajanal	7,80	9.916
Cafesalud	6,95	4.951
Sánitas	6,37	6.707
Colmédica	5,95	11.304
Famisanar	3,93	3.153
Cruz Blanca	2,84	2.972
Compensar	1,83	2.083
Comfenalco	1,79	2.517
SOS	1,59	2.429
Saludtotal	1,49	1.091
Solsalud	1,12	3.800
Otras*	0,96	-
Total	100,00	-

*Incluye Caprecom, Colseguros, Unimec, Humana, EPS Caldas, Emssanar, Salud Vida.

Fuente: Cálculos de las autoras.

2.3 Principales diagnósticos asociados con cobros

En el Cuadro 5 se muestra la participación porcentual del valor total de los principales diagnósticos asociados con cobros por MNOPOS, el porcentaje acumulado, el número de eventos por diagnóstico y el valor promedio recobrado por caso. La importancia relativa de cada diagnóstico está dada por

el producto del valor recobrado unitario y su frecuencia de presentación.

Cerca del 60% del valor total de los cobros por MNOPOS se concentró en cinco grupos diagnósticos o patologías: cáncer, esclerosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica y alteraciones del crecimiento. En promedio por cada persona se recobraron 841.102 pesos. Los valores promedio por persona más altos corresponden a esclerosis (3.3 millones de pesos) y hepatitis (2.4 millones de pesos).

Los diagnósticos con más frecuencia relacionados a las tutelas, según el valor recobrado, se muestran en el Cuadro 6. Cerca del 60% del valor total de los cobros por tutela se concentraron en seis grupos diagnósticos o patologías: Sida, cáncer, enfermedad de Gaucher, enfermedad coronaria, hipoacusia e insuficiencia renal crónica. El costo promedio por cada paciente fue de 3.6 millones de pesos. El valor máximo recobrado está dado por una patología muy infrecuente (enfermedad de Gaucher), cuyo cobro por usuario se sitúa alrededor de 387 millones de pesos, para cuyo tratamiento sólo existe un medicamento de marca llamado Cerezyme®. Otras patologías o grupos diagnósticos que se destacan por la magnitud del valor promedio recobrado por persona son la fibrosis quística (46.5 millones de pesos), la hipoacusia (23.6 millones), los eventos cerebrovasculares (23.0 millones) y la esclerosis (16.2 millones de pesos)⁵.

2.4 Medicamentos asociados con cobros por MNOPOS

Para los principales grupos diagnósticos o patologías descritos se calculó el total recobrado y la participación porcentual de los

⁵ Los registros no precisan el tipo de esclerosis.

CUADRO 5
PRINCIPALES GRUPOS DIAGNÓSTICOS O PATOLOGÍAS, NÚMERO DE CASOS Y VALOR PROMEDIO
POR CASO SEGÚN PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL RECOBRADO POR MNOPOS
DATOS RECOBROS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Diagnostico	% del valor total recobrado	% acumulado	Nº de casos	Valor promedio por caso
Tumor neoplasia - cáncer	33,61	33,61	2.749	1.423.399
Esclerosis	8,75	42,36	308	3.306.427
Infección por VIH	8,67	51,03	945	1.068.156
Insuficiencia renal crónica	4,88	55,91	831	684.051
Alteraciones del crecimiento	3,76	59,67	213	2.054.863
Artritis	3,29	62,96	333	1.150.135
Síndrome convulsivo	3,22	66,18	802	466.900
Recién nacido pretermino	2,12	68,30	219	1.128.203
Hepatitis	1,91	70,21	91	2.447.812
Hipertensión arterial	1,80	72,01	876	238.875
Enfermedad membrana hialina	1,60	75,27	176	1.055.101
Enfermedades de la sangre	1,39	76,66	73	2.213.219
Sepsis	1,22	77,87	129	1.097.667
Pubertad precoz	1,16	79,04	195	695.386
Alteraciones sist. nervioso periférico	1,16	80,19	125	1.078.153
Sin diagnóstico	1,66	73,67	699	276.554
Otras	20	100,00	5.077	454.161
Total	100,00		13.841	841.102

Fuente: Cálculos de las autoras.



CUADRO 6
PRINCIPALES GRUPOS DIAGNÓSTICOS O PATOLOGÍAS, NÚMERO DE CASOS Y VALOR PROMEDIO
POR CASO SEGÚN PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL RECOBRADO POR TUTELAS
DATOS RECOBROS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Diagnóstico	% del valor total recobrado	% acumulado	N° de usuarios	Valor promedio por usuario
Sida	14,1	14,1	732	1.736.868
Cáncer	13,6	27,6	417	2.942.787
Enfermedad de Gaucher	12,9	40,5	3	387.567.629
Enfermedad coronaria	7,1	47,6	135	4.740.700
Hipoacusia	6,8	54,4	26	23.637.626
Insuficiencia renal crónica	5,9	60,3	114	4.674.834
Enfermedad cardiovascular	2,8	63,1	33	7.748.509
Esclerosis múltiple	2,7	65,8	15	16.299.612
Artritis	2,2	68,0	57	3.518.425
Fibrosis quística	2,1	70,1	4	46.515.725
Cirrosis hepática	1,8	71,9	15	10.812.686
Alteraciones del crecimiento	1,5	73,4	28	4.880.826
Evento cerebrovascular	1,3	74,7	5	23.067.047
Síndrome convulsivo	1,2	75,8	63	1.661.818
Otros	24,2	100,0	841	2.599.568
Total	100,0%		2.488	3.633.708

Fuente: Cálculos de las autoras.

diferentes medicamentos en ese total. Con el propósito de orientar de una manera gruesa hacia el tipo del problema médico que resuelven estos medicamentos, se consultó en fuentes de referencia médica reconocidas la indicación de algunos de los medicamentos con mayor participación porcentual en el valor total recobrado por patología o grupo diagnóstico.

A continuación se resumen los medicamentos con la mayor participación del valor total recobrado y su indicación principal para siete grupos patológicos (Cuadros 7a y 7b)⁶. Para cáncer los medicamentos con la mayor participación del valor total recobrado son

tratamientos para cánceres avanzados, con excepción del Ondasentron, que es un medicamento antiemético. Dos de estos medicamentos, el Imatinib y la Temozolamida, son aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos para el tratamiento del cáncer, aunque dicha agencia aclara que el beneficio clínico de los mismos no se ha establecido.

⁶ Por razones de espacio se seleccionaron sólo los primeros grupos patológicos en cuanto a valor total recobrado. La información de los grupos restantes y mayor detalle de medicamentos recobrados para estos grupos se encuentra disponible en Castellanos, 2004.

En relación con la esclerosis casi la totalidad del valor recobrado se origina en el Interferon (95%), el cual está indicado para modificar la progresión de esta enfermedad. El siguiente medicamento por orden de valor recobrado es el Rilutek (3%), indicado para mejorar la sobrevida o bien prolongar el tiempo para requerir de traqueostomía en pacientes con esclerosis amiotrófica lateral.

Para el complejo VIH/Sida casi 63% de los medicamentos recobrados son diferentes opciones terapéuticas para controlar la progresión clínica de la enfermedad.

En cuanto a la enfermedad renal crónica más de la mitad de los recobros (58%) corresponden a la Eritropoyetina, que se utiliza para el tratamiento de la anemia. En segundo lugar (27%) está el Mofetil micofenolato, indicado en la profilaxis del rechazo en casos de trasplante renal. Le siguen dos medicamentos, cada uno recobrado con una frecuencia menor al 2%: el Ganciclovir, usado en la prevención de infecciones por Citomegalovirus en pacientes de trasplante renal y la hormona del crecimiento, que podría estar indicada en niños con IRC.

De los medicamentos recobrados para alteraciones del crecimiento casi todos son hormonas para el tratamiento de retardos de crecimiento en niños, excepto el Acetato de Leuprolide, indicado en pubertad precoz.

Para artritis, 93% de los medicamentos recobrados están indicados para pacientes con intolerancia a otros medicamentos o formas graves de la enfermedad que podrían requerirlos.

En el caso de síndrome convulsivo, tres cuartas partes del valor recobrado se concentra en seis medicamentos: Lamotrigina y Oxcarbamazepina, que son drogas tanto de primera como de segunda línea (en los ca-

sos en que no se responde a terapias iniciales) para el manejo de la epilepsia, Gabapentina, Vigabatrin y Clobazam, considerados medicamentos de segunda línea y la inmunoglobulina humana, para casos graves, para la cual no existe evidencia clínica suficiente para dar soporte a su uso en epilepsia.

Respecto al grupo diagnóstico “recién nacido pretérmino”, el surfactante pulmonar, medicamento utilizado para la prevención y tratamiento de enfermedad de membrana hialina tiene un peso porcentual de 81% del valor total de los recobros, le siguen medicamentos para nutrición enteral y la inmunoglobulina humana, usada para prevención de infecciones severas.

2.5 Porcentaje de participación de empresas aseguradoras en el valor total recobrado por grupos diagnósticos

En el Cuadro 8 se resume el porcentaje de participación de empresas aseguradoras en el valor total recobrado para las patologías o grupos diagnósticos descritos. Sanitas y Susalud son las aseguradoras que recobraron por MNOPOS con mayor frecuencia, estando entre las primeras cinco por porcentaje de participación en el número de recobros para siete patologías o grupos diagnósticos cada una. Sanitas es la primera en cuanto a recobros por MNOPOS relacionados con cáncer, esclerosis, VIH-Sida, y artritis. Susalud es la primera en cuanto a recobros por MNOPOS relacionados con IRC y alteraciones del crecimiento. Por lo menos 35% de todos los recobros para las distintas patologías o grupos diagnósticos se concentran en nueve aseguradoras: Susalud, Sanitas, Saludcoop, ISS, Compensar, Solsalud, Comfenalco, Famisanar y Salud Total.



CUADRO 7A
PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL DE RECOBROS POR GRUPO DE PATOLOGÍAS, PORCENTAJE
ACUMULADO, E INDICACIÓN PRINCIPAL DE MEDICAMENTOS RECOBRADOS
DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Medicamento recobrado por grupo patológico	% del total de recobros	% acumulado	Indicación principal*
CANCER			
Paclitaxel semisintético (Taxol r)	14,3	14,3	Quimioterapia para casos avanzados de cáncer de ovario, pulmón, seno y sarcoma de Kaposi
Docetaxel (taxotere)	9,2	23,5	Quimioterapia para casos avanzados de cáncer de seno o de pulmón
Ondansetron	6,3	29,8	Antiemético
Imatinib(glivec)	6,0	35,9	Quimioterapia para leucemia mieloide crónica o casos avanzados de cáncer gastrointestinal (nota: según la FDA no se ha establecido el beneficio clínico de este tratamiento)
Temozolamida (temodal)	3,8	39,7	Quimioterapia cáncer cerebral refractario (nota: según la FDA no se ha establecido el beneficio clínico de este tratamiento)
ESCLEROSIS			
Interferon beta	89,3	89,3	Modificar la progresión de la enfermedad
Interferon (No se especifica tipo)	5,2	94,5	
Rilutek (riluzole)	2,9	97,4	Mejorar la sobrevida o prolongar el tiempo para requerir traqueostomía en esclerosis amiotrófica lateral
VIH SIDA			
Lamivudina + zidovudina	14,3	14,3	Controlar la progresión clínica de la enfermedad
Nelfinavir	14,1	28,5	
Efavirenz	11,8	40,3	
Lopinavir - ritonavir (Kaletra)	11,6	51,9	
Estavudina	10,9	62,8	
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA			
Eritropoyetina	58,42	58,42	Anemia
Mofetil micofenolato	27,19	85,61	Prevenir rechazo en pacientes transplantados
Ganciclovir	1,84	87,45	Prevención de infección por citomegalovirus
Hormona de crecimiento	1,65	89,11	Niños con IRC

Fuentes: U.S. FDA Listing of Approved Oncology Drugs with Approved Indications, <http://www.fda.gov/cder/cancer/druglistframe.htm>, consultado en marzo 2004. Y 2004 *Physician's Desk Reference*. 58th Edición. Montvale, Thomson Healthcare.

CUADRO 7B
PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL DE RECOBROS POR GRUPO DE PATOLOGÍAS,
PORCENTAJE ACUMULADO, E INDICACIÓN PRINCIPAL DE MEDICAMENTOS RECOBRADOS
DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003
(ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO, ARTRITIS, SÍNDROME CONVULSIVO,
RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO)

Medicamento recobrado por grupo patológico	% del total de recobros	% acumulado	Indicación principal*
ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO			
Hormona de crecimiento	90,84	90,84	Retardo del crecimiento
Genotropin	3,95	94,79	
Acetato de leuprolide	1,63	96,42	Pubertad precoz
ARTRITIS			
Infliximab - remicade	41,9	41,9	Casos severos o casos que no han respondido a otras terapias
Etarnecept (enbrel)	34,0	75,9	
Leuflonomide (arava)	11,1	87,0	
Deflazacort	6,1	93,1	
SÍNDROME CONVULSIVO			
Vigabatrin (sabil)	19,93	19,92	Tratamiento de segunda línea para crisis convulsivas
Lamotrigina	16,16	36,09	Tratamiento de primera y segunda línea para crisis convulsivas
Gabapentin	13,84	49,93	Tratamiento de segunda línea para crisis convulsivas
Oxcarbamazepina	10,03	59,96	Tratamiento de primera y segunda línea para crisis convulsivas
Inmunoglobulina humana	8,97	68,93	Casos intratables, no existe evidencia clínica suficiente para dar soporte a su uso en epilepsia**
Clobazam (urbadam)	5,53	74,46	Tratamiento de segunda línea para crisis convulsivas
RECIÉN NACIDO PRETERMINO			
Surfactante pulmonar	80,71	80,71	Prevención y tratamiento de enfermedad de membrana hialina
Ácidos grasos / Multivitaminas / oligoelemento	6,76	87,47	Nutrición enteral
Inmunoglobulina humana	4,34	91,81	Profilaxis infecciones

*Association ff British Neurologists Guidelines for the Use of Intravenous Immunoglobulin in Neurological Diseases (marzo 2002).

Fuente: 2004 Physician 's Desk Reference. 58th Edición. Montvale, Thomson Healthcare.



CUADRO 8
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE EMPRESAS ASEGURADORAS (EPS/ARS) EN RECOBROS, POR PATOLOGÍA O GRUPO DIAGNÓSTICO
DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Cancer	Esclerosis		VIH/SIDA		Insuficiencia renal crónica		Alteraciones del crecimiento		Artritis		Recien nacido pretérmino	
	EPS/ARS	%	EPS/ARS	%	EPS/ARS	%	EPS/ARS	%	EPS/ARS	%	EPS/ARS	%
Sánitas	17,76	30,99	Sánitas	14,93	Susalud	19,90	Susalud	28,59	Sánitas	38,41	Saludtotal	27,17
Susalud	13,35	16,71	Solsalud	10,82	Comfenalco	9,22	Famisanar	14,29	Susalud	21,95	Saludcoop	25,76
Saludcoop	9,80	9,58	Susalud	9,68	Sánitas	8,40	ISS	12,88	Compensar	9,27	Compensar	13,24
Compensar	6,69	9,55	Cooimeva	8,50	Compensar	7,79	Sánitas	12,22	ISS	8,8	Susalud	10,91
Cooimeva	6,49	9,02	ISS	7,36	Colmedica	6,70	Cooimeva	9,49	Colmedica	7,25	Sánitas	9,05
Colmédica	6,42	7,06	Saludcoop	6,86	ISS	6,51	Compensar	6,58	SOS	2,63	Humana	4,28
Solsalud	5,82	4,48	Cafesalud	5,55	Saludcoop	5,50	Cafesalud	4,89	Solsalud	2,06	Famisanar	3,13
Famisanar	5,26	3,09	Humana	4,84	Cooimeva	4,66	SOS	4,42	Cajanal	2,03	Cooimeva	2,15
ISS	4,40	2,71	Comfenalco	4,60	Humana	4,46	Comfenalco	3,09	Cooimeva	1,88	Colmena	1,38
Humana	4,30	2,53	Famisanar	4,59	Famisanar	4,28	Saludcoop	1,45	Colseguros	1,05	Cruz Blanca	1,18

*Sólo se muestran las diez primeras empresas aseguradoras por porcentaje de participación.

Fuente: Cálculos de las autoras.

2.6 Procedimientos y medicamentos recobrados por tutela

Según el tipo de actividad tutelada y recobrada, la frecuencia de las cuentas radicadas se muestra en el Cuadro 9. La mayoría de estas cuentas corresponden a procedimientos o medicamentos no incluidos en el POS.

El Cuadro 10 muestra el número de recobros según procedimiento y su participación porcentual en el total. Allí es evidente el peso de la carga viral (65% del número total) y del stent (11% del número total) como motivo de recobro. De los 183 procedimientos 59% se encuentran en el POS pero la tutela se relaciona con periodos mínimos de cotización, una buena proporción

CUADRO 9
TIPO DE ACTIVIDAD TUTELADA
Y RECOBRADA
DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Tipo de tutela	Nº	%
Procedimiento (no Pos)	877	16,00
Medicamentos (no Pos)	3.796	69,26
Periodos de carencia	808	14,74
Total	5.481	100,00

Fuente: Cálculos de las autoras.

de las intervenciones corresponden a resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, audífonos, lentes intraoculares, etcétera.

CUADRO 10
NÚMERO, PARTICIPACIÓN PORCENTUAL Y PORCENTAJE ACUMULADO DE RECOBROS POR
PROCEDIMIENTO, TUTELAS. DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Procedimiento no POS	Nº	%	% acumulado
Carga viral	461	65	65
Stent	79	11	76
Implante coclear	16	2	78
Ph metría y manometría esofágica	13	2	80
Radio con acelerador lineal	10	1	81
Terapia fotodinámica	10	1	82
CD3	7	1	83
Genotipificación para VIH	7	1	84
Mamoplastia de reducción	7	1	85
Mapeo y ablación con radiofrecuencia	7	1	86
Cariotipo	7	1	87
Inmunoterapia	6	1	88
Transplante hepático	5	1	89
Protesis modular de rodilla	4	1	90
Resonancia magnética con gadolinio	4	1	91
Otros	61	9	100,00

Fuente: Cálculos de las autoras.



Se hizo un cálculo de la participación porcentual en el valor total de cobros por tutela de estos mismos procedimientos⁷. En el Cuadro 11 se observa que el implante coclear genera una cuarta parte del valor total de

los cobros por tutelados, y que la mitad del valor total cobrado se concentra en cuatro procedimientos (carga viral, cardiodesfibrilador, stent y trasplante de hígado).

CUADRO 11
PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN EL VALOR TOTAL RECOBRADO Y PORCENTAJE ACUMULADO DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS CON RECOBROS POR TUTELA
DATOS 2002-PRIMER SEMESTRE 2003

Procedimientos cobrados por tutela (POS y no POS)	% del valor total cobrado	% acumulado
Implante coclear	25,6	26
Carga viral	15,5	41
Cardiodesfibrilador	12,8	54
Stent	12,3	66
Trasplante hepático	5,3	72
Protesis	3,4	75
Mapeo y ablación con radiofrecuencia	2,0	77
Terapia fotodinámica	1,9	79
Neuro estimulador para médula espinal	1,8	81
Procedimiento quirúrgico	1,5	82
Tratamiento QX escoliosis dorsal	1,2	83
Protocolo pretrasplante	1,1	84
Cariotipo	0,9	86
Estudio electrofisiológico	0,9	87
Sistema Pliff	0,8	88
Cirugía bariátrica - bypass gástrico	0,8	89
Genotipificación para VIH	0,6	89
Test de Wada	0,5	90
Quimioterapia	0,5	90
Cateterismo de estudio electrofisiológico	0,4	91
Otros	9,2	100
Total	100,0	

Fuente: Cálculos de las autoras.

⁷ Para estos cálculos es importante aclarar que en algunos casos una sola tutela concede a la vez procedimientos y medicamentos.

En vista de que el implante coclear es el procedimiento que más peso tiene en los recobros por tutelas y además por ser un procedimiento único por persona, se identificó el número de personas y los valores recobrados por cada una de éstas. Se encontró que para 16 personas que presentaron una tutela el valor recobrado puede estar entre 200 mil y 60 millones de pesos, con un promedio de 41 millones de pesos.

2.7 El costo de oportunidad de los recobros

Como ya se mencionó, el pago por recobros representa un costo de oportunidad importante para el Sistema, en la medida en que

se dejan de utilizar recursos cuyo principal destino es financiar el aseguramiento de la población. Para ilustrar la implicación que tienen los recobros en términos de recursos para asegurar a las personas, se calculó la equivalencia en unidades de pago por capitación (UPC) de los valores estimados a pagar por parte del MPS (Cuadro 12). En el régimen contributivo, por concepto de todas las cuentas de recobros radicadas más los gastos administrativos de su procesamiento, se hubiera podido pagar la afiliación de aproximadamente 199 mil personas en el 2002 y 327 mil personas en el 2003. De manera similar, en el régimen subsidiado se hubiera podido pagar la afiliación de aproximadamente 27 mil personas en el 2002 y 43 mil en el 2003.

CUADRO 12

VALOR ESTIMADO A PAGAR POR CONCEPTO DE RECOBROS POR MNOPOS Y TUTELAS PERÍODO 2002-2003. EXPRESADO EN UPCS

Año	Valor en número de UPCs de recobros por MNOPOS		Valor en número de UPCs recobros por tutelas		Total valor en número de UPCs
	Costos administrativos	Cuentas por pagar	Costos administrativos	Cuentas por pagar	
Régimen contributivo*					
2002	1.431	71.539	1.245	124.494	198.709
2003	2.355	117.773	2.050	204.952	327.130
Régimen subsidiado**					
2002	288	14.389	119	11.861	26.656
2003	468	23.424	193	19.309	43.394

* Valor UPC 2002=304.153

Valor UPC 2003=323.316

** Valor UPC-S 2002=168.022

Valor UPC-S 2003= 180.622

Fuente: Cálculos de las autoras.



Los siguientes son los resultados del mismo ejercicio con base en los mayores valores promedio por persona recobrados por MNOPOS y por tutelas. Como se vio anteriormente, el valor promedio recobrado por MNOPOS más alto es de 387 millones de pesos (Cerezyme® para enfermedad de Gaucher). Si se calcula la equivalencia entre este valor y la UPC del 2003, se podría afirmar que en este caso el tratamiento de 3 personas equivale a brindar el plan de beneficios completo a 1.199 personas del régimen contributivo o a 2.146 personas del subsidiado. Al hacer un cálculo similar con el valor promedio recobrado por tutelas más alto (41.355.439 de pesos), se observa que el implante coclear que beneficia a 16 personas equivale a la afiliación de 128 al régimen contributivo o de 252 al subsidiado.

3. Discusión

Los hallazgos en cuanto a las características de los recobros incluidos en este estudio generan algunas hipótesis sobre los factores que podrían estar asociados con la tendencia al incremento estimada entre el 2002 y 2003.

En primer lugar, la concentración del valor de los recobros en medicamentos de marca o tecnología de punta podría indicar que hay presión por parte de la industria, los profesionales de salud y de los mismos pacientes para el uso de nueva tecnología en salud que sustituye los medicamentos e intervenciones contemplados en el plan de beneficios. Esto se ve favorecido por el incipiente desarrollo de una cultura de medicina basada en la evidencia en el país, y por la falta de mecanismos para evaluación de tecnología en salud y de medios para que las personas tomen decisiones informadas con respecto a los tratamientos que se les ofrecen.

Segundo, se destaca que las patologías de mayor impacto económico en términos del

valor recobrado son poco frecuentes en la población y algunas de éstas, en particular, los trastornos del crecimiento, ciertamente no conducen a situaciones clínicas que amenacen la vida del paciente. Además, también se observa que algunas patologías se concentran en ciertas aseguradoras, y que para los grupos de patologías analizados son unos pocos medicamentos los que generan la mayor parte de los valores recobrados. Aunque esto se podría deber a que si se trata de un caso complejo, las opciones terapéuticas son reducidas y se concentran en unas pocas moléculas, los patrones observados también pueden estar relacionados con presiones sistemáticas para la adopción y uso de tecnología en salud o a patrones de práctica clínica que atraen ciertos grupos de enfermos hacia prestadores específicos. De hecho, el mecanismo de recobro tiene el potencial de crear incentivos perversos para la obtención de rentas por medio de la formulación sistemática de algunos medicamentos, lo cual es factible dado que el Fosyga paga la diferencia en precio entre el precio del medicamento no POS y su homólogo del POS ó 50% del valor comercial al no tener homólogo.

Tercero, llama la atención la concentración de los valores recobrados en unas pocas empresas aseguradoras y las diferencias en los valores per cápita recobrados por cada una de ellas. Además de reflejar diferencias en la capacidad administrativa de estas entidades los resultados sugieren que ha habido un proceso de aprendizaje por parte de las empresas aseguradoras que ha permitido que puedan adelantar un mayor número de recobros.

Es importante mencionar que una de las principales limitaciones de este estudio es que no es posible determinar la representatividad de los datos, ya que el inventario de cuentas no había finalizado a la fecha del análisis, por tanto los resultados pueden no ser generalizables. También hay que recono-

cer que el análisis epidemiológico que se puede hacer con los datos de recobros disponibles en el MPS es muy limitado por la calidad de la información y que debe ser complementado con otros estudios. Sin embargo, los resultados en cuanto a las patologías, medicamentos y procedimientos de mayor valor serían consistentes con los datos de algunas empresas aseguradoras que fueron consultadas al respecto (información confidencial) y con los hallazgos en cuanto a medicamentos y procedimientos NO-POS relacionados con tutelas y reportados en un estudio adelantado por la Defensoría del Pueblo (2004).

Conclusiones e implicaciones de política

Este estudio encuentra que los recobros por MNOPOS y tutelas han ido adquiriendo importancia como variable que puede incidir en el equilibrio financiero del SGSSS y que el costo de oportunidad del pago de recobros en relación con los recursos para afiliación de la población no es despreciable. No es claro si las situaciones clínicas que se financian por medio de este mecanismo son las que realmente lo ameritan, como tampoco si los medicamentos y procedimientos recobrados son aquellos que significan un verdadero beneficio para el paciente.

La posibilidad de recobrar al Fosyga genera un plan de beneficios paralelo, prácticamente sin límites, que incluye tecnología médica cuyo costo efectividad y pertinencia terapéutica no es evidente, a costa de ofrecer un plan de beneficios completo a un mayor número de personas. En la medida en que exista esta “válvula de escape” podrían existir grandes limitaciones para poder llevar a cabo procesos de racionalización del gasto en salud y dirigir los recursos disponibles hacia aquellas intervenciones que logran el máximo benefi-

cio para toda población. Por tanto, se hace necesario profundizar en la evaluación del mecanismo de recobro con el fin de plantear un debate a sus implicaciones, en términos de eficiencia y equidad en el uso de los recursos del sector salud. De ahí sé que a continuación se presentan algunos aspectos susceptibles de ser evaluados con más detalle:

1. ¿Cuál es la contribución, en términos de salud para la población afiliada, de las intervenciones (procedimientos y medicamentos) que están siendo recobrados? Es decir ¿a cuáles necesidades en salud responden, a qué sector de la población benefician y qué porcentaje de carga de la enfermedad solucionan?
2. ¿Cuál es el balance general en términos de costo efectividad de los medicamentos e intervenciones recobradas?
3. ¿Para las patologías objeto de recobro, cuáles factores incidirían en la formulación apropiada o inapropiada de medicamentos y procedimientos? ¿Cuáles incentivos genera la posibilidad de recobro?

Mientras se avanza hacia un mejor conocimiento del tema de los recobros, se propone racionalizar el uso del mecanismo por medio de la adopción de un conjunto de acciones y políticas que tendrían un impacto sobre toda la cadena en el proceso de recobro, desde la prescripción médica hasta la radicación y procesamiento de la cuenta ante el MPS. Como ejemplos de estas acciones se encuentran:

- Avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación de tecnología en salud, que permita contar con mayor información y criterios más claros hacia la toma de decisiones sobre ingreso y adopción de tecnologías en el país, inclusión de medicamentos y procedimientos en los planes de beneficios y, en general, para promover un uso más racional de tecnología médica



- Promover el desarrollo de una cultura de medicina basada en la evidencia como política de formación de recurso humano en salud
- Fortalecer el proceso de auditoría y pago de los cobros⁸
- Fomentar el uso de guías de manejo para las patologías asociadas al cobro que optimicen el uso de las intervenciones que ya son POS y que sirvan como base de una mayor glosa por pertinencia por parte del MPS
- Difundir información en torno a las tendencias e implicaciones para el SGSS del valor creciente de los cobros vía tutela entre los diferentes actores del sector salud, incluyendo a la rama judicial, con el fin de crear una mayor conciencia de las responsabilidades de todos con el Sistema.

Tener una mayor claridad sobre el tema de los cobros es importante para la definición de las políticas del sector, en particular, en torno al tema del racionamiento en salud al cual no se le ha dado un debate explícito en Colombia. Se debe crear conciencia que el país cuenta con un presupuesto limitado para pagar los servicios de salud que se compromete a ofrecer a la población, y que no es factible gastar en todos los posibles servicios de salud que signifiquen algún beneficio. El hecho de no poner límites significaría sacrificar objetivos importantes de un sistema de salud, tales como proveer servicios de alta calidad al mayor número de personas que se puedan beneficiar de los mismos.

Prometer más servicios de los que en realidad se pueden financiar sería una irresponsabilidad con los ciudadanos. En primer lugar, porque se consumen recursos que se deberían gastar en lo prioritario. En segundo, porque lleva a racionar las atenciones recibidas de una manera informal: se demoran las citas, se alargan los tiempos de espera y se deteriora la calidad. Priorizar no

necesariamente significa que se niegue la provisión de servicios. El servicio se presta pero, sin embargo, su financiamiento es responsabilidad de otras instancias diferentes al Estado.

Es fundamental propiciar un diálogo entre todas las instancias de la sociedad, sobre cuánto se está dispuesto a pagar para garantizar del derecho a la salud y 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 así se distribuyan los recursos de una forma más justa y transparente.

Bibliografía

- Banta, D. 2001. *Health policy, health technology assessment, and screening in Europe*. Int J Technol Assess Health Care. Summer. 17(3): 409-17.
- Castellanos, M. 2004. "Análisis de los cobros por tutelas y medicamentos no POS en el SGSS". Documento técnico elaborado para la Dirección General de Gestión de la Demanda y Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Ministerio de la Protección Social.
- Defensoría del Pueblo. 2004. *La tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud*.
- Department of Human Services. Office of Medical Assistance Programs. 2004. "The Oregon Health plan, a historical overview". Consultado en http://www.dhs.state.or.us/healthplan/data_pubs/ohpoverview0204.pdf, diciembre 2004.
- Eisenberg, J.M.; Zarin, D. 2002. *Health technology assessment in the United States. Past, present, and future*. Int J Technol Assess Health Care. Spring, Issue 2: 192-198.
- Flood, C.M.; Stabile, M.; Hughes T.C. 2002. *The Borders of Solidarity: How countries determine the public private mix in spending and the impact on health care*. Health Matrix. 12(2).

⁸ Como ejemplo de avance se tiene la modificación de las resoluciones 5061 de 1997 y 2312 de 1998, cuyo objetivo es mejorar la calidad de los comités técnico científicos y hacer más exigente el proceso de auditoría.

- Hsiao, W.C. 1992. *Comparing Health Systems: What Nations Can Learn from One Another*. JHPPL.17 (4): 613-635.
- Mechanic, D. 1995. *Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing*. British Medical Journal. 310: 1655-1659.
- Mechanic, D. 1997. *Muddling through elegantly: Finding the proper balance in rationing*. Health Affairs. 16: 83-92.
- Mullen, P. 1998. *Rational rationing?* Health Services Management Research, 11: 113-123.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. *Conjuntos de prestaciones de salud, objetivos, diseño y aplicación*. Washington D.C.
- The World Health Report (Who), 1999. *The Double Burden: Emerging Epidemics and Persistent Problems*. Geneva.
- Ubel, P.; Arnold, R. 1995. *The unbearable rightness of bedside rationing*. *Archives of Internal Medicine*. 155: 1837-1842.

Anexo 1.

Procesos de depuración de los datos de las cuentas de recobros periodo 2002- primer semestre 2003

1. Se corrigieron los problemas de registro como problemas de digitación (siglas y errores), el mismo medicamento con diferentes nombres, la misma patología con diferentes denominaciones y se dejó un sólo nombre para cada empresa aseguradora (sin regionales).
2. Se agruparon en categorías los diagnósticos, de acuerdo con los que eran más frecuentes e implicaban el mayor valor recobrado. En muchos casos lo registrado como diagnóstico no permite ninguna clasificación y a veces no tiene que ver con el medicamento formulado.

El agrupamiento se hizo bajo las siguientes reglas:

- Todos los tumores (de manera independiente de malignidad, localización, ser

primario o metastático) se incluyeron en la categoría *tumor neoplasia - CA*. Esta agrupación, hace que este sea el grupo más grande en términos de frecuencia de recobros y total valor recobrado

- Todos los diagnósticos relacionados con patología coronaria (angina, angioplastia, infarto, etc.) se agruparon bajo el nombre de *enfermedad coronaria*.
- *Alteraciones del crecimiento*. Baja talla, trastornos del crecimiento, síndrome de Turner, etcétera
- Alteraciones del SNP. Neuritis, neuralgias, radiculopatías, lumbociática
- Síndrome convulsivo. Todos los diferentes tipos de convulsiones, epilepsias
- RNPT (recién nacido pretérmino). Todos los recién nacidos pretérmino, prematuridad extrema (a no ser que tuvieran un diagnóstico más preciso) y partos prematuros
- EMH (enfermedad de membrana hialina). Todos los que tenían ese diagnóstico
- Depresión. Trastornos depresivo, síndrome depresivo o simplemente depresión
- VIH. Los que tuvieran VIH, HIV (con todas sus variedades de registro) Sida, inmunodeficiencia adquirida (si recibía antiretrovirales)
- Enfermedades de la sangre. Hemofilias, pancitopenias, púrpuras, displasia medular, trombocitopenias, policitemias
- Anemias. Por su frecuencia constituyeron una categoría
- Alteraciones de la inmunidad. Todas las autoinmunes, enfermedades del tejido conjuntivo, agamaglobulinemias, espondilitis anquilosante, síndrome antifosfolípido
- Pubertad precoz. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
- Trastornos mentales. Esquizofrenias, ansiedad, trastornos de personalidad, bipo-



- lar, obsesivo-compulsivo, SMO, paranoide, demencia senil
 - Asma. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - Osteoporosis. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - Arritmias. Taquicardias, arritmias, bloqueos
 - Trauma. Politraumatismo, fracturas, TCE
 - Sepsis. Sepsis y septicemia
 - Hemorragia de vías digestivas. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - IRC. Insuficiencia, nefropatías terminales, postransplante
 - Artritis. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - Artrosis. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - Bronquiolitis. Todas las que tuvieran ese diagnóstico
 - ACV. Enfermedad cerebrovascular, hemorragia cerebral, secuelas de AVC, etc.
 - Dislipidemia. Hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, etc.
 - Insuficiencia vascular. Venosa, varices
 - Arteriopatía obstructiva. Las que tenían ese diagnóstico.
- Las otras patologías no se agruparon como en lupus (LES), esclerosis e hipertensión arterial.
3. A los medicamentos de las categorías diagnósticas de mayor peso porcentual se les agrupó de acuerdo si se conocía que tenían el mismo principio activo, labor que no intentó ser exhaustiva, pero si permitir el análisis de cuáles eran los que más participaban por valor recobrado