



¿Qué rumbo debe tomar el sistema de salud colombiano?

La justificación de una comisión independiente para definir prioridades

Where to Next for Colombia's Health System?

The Case for an Independent Priority Setting Agency

A pesar de los grandes avances realizados para lograr la cobertura de salud total a sus ciudadanos (1-3) el sistema de salud colombiano se enfrenta a una crisis. Hay preocupación respecto a la equidad del sistema y de si el POS y POSS realmente proporcionan la atención en salud esencial. Este fue el raciocinio del fallo de la Corte Suprema de Justicia (T760) que estableció que el POS y el POSS deberían ofrecer el mismo nivel de atención y que el faltante fuese aportado por el gobierno central (este fallo representa 800 mil millones de pesos). Enfrentado al hecho de tener que pagar por los servicios adicionales o reorganizar el sistema de salud, el gobierno propuso que los individuos que requirieran servicios de alto costo usaran sus ahorros pensionales y prestacionales para cubrir estos servicios. Esta propuesta fue muy impopular y finalmente fue retirada. Actualmente el gobierno estudia otra alternativa y es la de aumentar el gravamen de las bebidas alcohólicas, cigarrillos y juegos de azar.

La preocupación acerca de la equidad en la disponibilidad de atención en salud existe en otros países con sistemas sociales de aseguramiento en salud (donde ésta se financia con aportes deducidos de los ingresos personales) (4,5).

Despite making considerable strides towards providing health care coverage to all its citizens (1-3). Colombia's health care system is facing a crisis. Concerns have been raised about the equity of the system and whether the POSS and POS are providing essential care. This was, in part, the rationale behind the 2008 ruling by the Supreme Court (T760) stating that the POS and the POSS must offer the same level of care and that the government must fund the additional benefits (a ruling that is estimated to cost the government around 800 billion pesos). Faced with the prospect of either paying for additional services or re-organizing the health care system, the government proposed that individuals who needed high cost services use their savings, retirement pensions, and severance pays to cover the cost of such services. The proposed changes were widely unpopular and subsequently withdrawn. The government is currently pondering its next move, including increasing the taxes on alcoholic drinks, cigarettes, and gambling.

Concerns about the equity of healthcare provision exist in other countries with social health insurance systems (whereby health care is fi-

En teoría el beneficio de un sistema social de aseguramiento en salud sobre otros tipos de sistemas (en los cuales el gobierno se dedica a administrar hospitales y contratar médicos) es que la competencia entre las compañías de seguros permitiría contener los costos y promover la eficiencia. Pero la existencia de la competencia permitiría a los individuos adquirir la cobertura que refleje sus necesidades y deseos. Para algunos esto podría representar adquirir mayor cobertura para enfermedades específicas (por ejemplo una persona con una historia familiar de diabetes desearía servicios preventivos), mientras otra podría desear mayor cobertura para tratamientos electivos. También podría implicar pagar por mejores servicios en los hospitales o más comodidades (por ejemplo habitaciones individuales o camas más confortables), ya que la atención en salud también tiene elementos de los bienes lujosos (así como las personas adquieren vehículos lujosos con más accesorios que los vehículos convencionales). El resultado final de permitir que el consumidor elija es que es muy probable que haya cobertura de servicios de salud no equitativos.

Aunque el acceso no equitativo podría ser una característica inevitable de un esquema social de aseguramiento en salud, los gobiernos aún tienen la responsabilidad de asegurar que todos los paquetes de salud ofrecidos contengan un nivel esencial de cuidado y de lograr financiar la atención esencial para todos aquellos que no puedan sufragarla. Las cortes pueden dirimir disputas de cobertura, pero generalmente le dejan al gobierno y al proceso político la decisión de determinar el paquete de cuidado esencial. Por ello el rol de las cortes colombianas en determinar la cobertura esencial y exigir su financiamiento por el gobierno es un hecho único. Aunque es comprensible basado en los derechos humanos y en la equidad, esto agrega un nivel de complejidad adicional al sistema social de aseguramiento en salud que no existe en ninguna otra parte del mundo (6). En esencia las cortes están decidiendo como priorizar los recursos a través de fallos de tutelas que han ido expandiendo la cobertura caso a caso. Este proceso de tomar decisiones sobre el nivel de cobertura caso a caso en lugar de hacerlo a nivel poblacional (como lo hacen los gobiernos) complica el proce-

nanced by earnings related contributions) (4,5). In theory, one benefit of a social health insurance scheme over other types of systems (such as the government running hospitals and hiring doctors) is that the competition between insurance companies will help contain health care costs and promote efficiency. But allowing competition means allowing people the freedom to purchase the coverage that reflects their needs and desires. For some, this might mean purchasing more coverage for specific types of conditions (e.g., a person with a family history of diabetes might want more prevention services), while others might want more coverage for elective treatments. It could also mean purchasing better facilities in hospitals or more amenities (e.g., single rooms or more comfortable beds), for health care also has elements of a 'luxury' good as well (just as some people purchase expensive luxury cars with more features than standard cars). The end result of allowing consumer choice is that there is likely to be inequitable healthcare coverage.

Although inequitable access might be an unavoidable feature of a social health insurance scheme, governments still have a responsibility to ensure that all insurance packages contain an 'essential' level of care and to finance 'essential' care for those who cannot afford it. The Courts can settle coverage disputes, but typically leave the issue of determining the package of essential care to the government and political process. Thus, the insertion of the Colombian Courts in determining essential coverage and requiring government financing is unique. While understandable on human rights and equity considerations, it adds a level of complication to the social health insurance system not present in other systems around the world (6). In essence, the Courts are deciding how resources will be prioritized, with successful tutelas leading to expansion of coverage on a case-by-case basis. Making coverage decisions on a case-by-case basis rather than at a population level (as governments do) complicates the process of prioritizing health care purchasing. If the courts are not using a

so para priorizar cuales servicios de salud deben pagarse. Si las cortes no utilizan un esquema universal para determinar la cobertura, ellas estarían sustituyendo un tipo de inequidad (POS *vs.* POSS) por otra (acceso a jueces solidarios o no).

El problema que enfrenta el gobierno colombiano y las cortes es cómo identificar o definir los niveles esenciales o mínimamente aceptables de atención en salud. Por ejemplo una opción es que las cortes definan que las personas deban recibir suficiente atención médica para que estén “saludables”. Mientras que esto es apropiado para algunas enfermedades (por ejemplo todo el mundo tiene el derecho a no tener tuberculosis), esto no es práctico cuando se aplica a otros grupos etarios o de comorbilidades (por ejemplo, ¿debe un paciente de 80 años recibir atención médica hasta que pueda correr como una persona sana de dieciocho años?). No existe un estándar de salud perfecta (como lo mencionó hace más de 50 años René Dubos [7]), por lo que el estado de salud no puede ser aplicado de manera universal para definir lo que es atención esencial en salud.

Otra opción (y es la que las cortes han usado) es comparar los beneficios ofrecidos por el POSS contra los que ofrece el POS. Como se menciona arriba uno de los beneficios del POS es que permite a los individuos adquirir atención en salud de acuerdo a sus ingresos, incluyendo comodidades y servicios no esenciales. Es difícil determinar cuántos de los beneficios adicionales ofrecidos por el POS comparado con el POSS son comodidades, pero muy seguramente existen servicios no esenciales. Por lo tanto usar el POS como el estándar de comparación para el POSS, significaría que muchos de los recursos se destinarían a la salud en detrimento de otras áreas (por ejemplo vivienda, seguridad o transporte).

Por otro lado hay razones para pensar que el interés de las cortes en determinar los beneficios pueden también limitar la atención en salud esencial ofrecida por el POS. Si las cortes ordenan al gobierno pagar por servicios de cobertura según el POS, las compañías de seguros tienen un incentivo para decidir limitar su cobertura marginal, especialmente para las de alto costo, sabiendo que el gobierno eventualmente terminaría sufragando por esta cobertura. Por ello utilizar el POS

universal standard for determining coverage, then it might mean substituting one type of inequity (POS *vs.* POSS) for another (access to sympathetic judges or not).

The problem facing the Colombia Government and the Courts is how to identify or define ‘essential’ or minimally acceptable level of health-care. For instance, one option is for the courts to say that all people should enough health care to make them ‘healthy.’ While this might be appropriate for certain types of conditions (e.g., everyone has a right to be free of TB), it is not practical when applied to people at different ages and co-morbidities (e.g., should an 80 year old male keep getting health care until he can run as far as a healthy 18 year old?). There is no standard of ‘perfect health’ (as pointed out by René Dubos (7) over 50 years ago), so ‘health status’ cannot be universally applied to determine what is ‘essential care’.

Another option (and one that the Court’s have used) is to compare the benefits offered by the POSS scheme to those offered by the POS. As mentioned above, one of the benefits of the POS is that it allows individuals to purchase health care in accordance with their income, including amenities and non-essential services. It is difficult to say how much of the additional benefits offered by the POS relative to the POSS are for amenities, but there is likely to be some non ‘essential’ services. Thus, using the POS as the standard of comparison for the POSS may mean that too many resources are going toward health at the expense of other areas (e.g., housing, security, or transportation).

On the other hand, there is reason to suspect that the Court’s insertion into determining benefits may even limit amount of essential care offered by the POS. If Courts order the government to pay for denials of coverage under the POS, then insurance companies have an incentive to limit the marginal coverage decisions, especially for high priced care, knowing that ultimately the government might end up paying for the care. So using the POS as a standard

como un standard de comparación no elimina el problema de identificar que es atención esencial si no que lo pueden complicar aún más.

Una tercera opción es que las cortes asuman directamente la responsabilidad de identificar que es, y que no es atención esencial. La forma más simplista es la de usar los criterios de “capacidad de beneficio” (una intervención en salud debe ser realizada si el paciente se beneficia). Aunque es atractivo por su simpleza, los criterios de capacidad de beneficio pueden llevar a financiar procedimientos de poco beneficio pero alto costo. Por ejemplo, tanto un hombre en edad productiva de 40 años como una mujer de 80 años con osteoporosis y diabetes podrían beneficiarse de un reemplazo total de cadera, ¿pero se beneficiará ella lo suficiente para justificar el costo?, ¿Y por ejemplo, sería justificable sufragar un tratamiento muy costoso que solamente de un mes de sobrevivencia a un paciente terminal? La respuesta es sí a todos los casos, pero éstos son ejemplos donde la magnitud del beneficio está excedido por el costo de la intervención. El análisis actual del rol de las cortes decidiendo tutelas sugiere que éste es el tipo de decisiones que enfrentan (2,5). En un país de ingreso per cápita intermedio como Colombia, usar este criterio de capacidad de beneficio podría llevar rápidamente al sistema de salud a la bancarrota. Podría decirse que esto es lo que ha venido ocurriendo en Colombia. La población desea servicios de salud como si fuera un país de ingreso alto y se pretende que el gobierno debería esforzarse para sufragarlos.

El problema de cómo priorizar la atención en salud sólo va a hacerse más pronunciado en el futuro. Colombia tendrá una población más vieja y con una población más envejecida habrá más enfermedades crónicas y cáncer. Los tratamientos futuros para las enfermedades crónicas y el cáncer incluyen el tener mejores tratamientos y diagnósticos, pero a un costo mucho mayor. Si las cortes continúan interviniendo, ordenando el tipo de atención, el gobierno colombiano se enfrentará a un escenario de mucho mayor gasto en tratamientos para los ancianos. Nadie podría negar que atender las enfermedades crónicas y el cáncer es importante y debe ser de alta prioridad en cualquier sistema de salud; pero en un país

of comparison does not remove the problem of how to identify ‘essential’ care and may even complicate the problem.

A third option is for the Courts to take on the responsibility of directly identifying what is, and is not, essential care. The most simplistic form that this can take is to use the ‘capacity to benefit’ criteria (a health care procedure should be undertaken if the patient will benefit). While attractive for its simplicity, the capacity to benefit criteria can lead to funding procedures with little benefit but high cost. For instance, both a 40 year old male of working age and an 80 year old female with osteoporosis and diabetes might benefit from a hip replacement, but will the latter benefit ‘enough’ to justify the expense? And is an end-of-life treatment that is very expensive but only extend life for one month ‘worth it’? The answer may be ‘yes’ in all these cases, but there will be examples where the amount of the benefit is outweighed by the cost of the procedure.

The analysis to date on the role of the Courts in deciding on tutelas suggests these are the types of decisions they are facing (2,5). In a middle income country like Colombia, using ‘capacity to benefit’ might quickly bankrupt the health system. It could be said that this is what has been going on in Colombia: The people want health care services as if we were a high income country, but the government would struggle to cover the expense.

The problem of how to prioritize health care will only become more pronounced in the future. Colombia will have an aging population, and with an aging population comes more chronic conditions and cancer. The future treatments for chronic conditions and cancer is to have better treatments and diagnosis, but at a much higher cost. If the Courts continue to intervene by mandating care, then the Colombian government will be faced with the prospect of spending more and more money on treatment for the elderly. No one would deny that treating chronic conditions and cancer is

con ingreso per cápita intermedio como Colombia, manejar todas las enfermedades crónicas con los últimos tratamientos o llevarán al país a la bancarrota o tomará recursos de la salud de otras áreas de alta prioridad como la salud infantil, las enfermedades infecciosas y la prevención del sida.

Colombia necesita un sistema para identificar el paquete mínimo de atención en salud. Este es un proceso complejo que todos los países alrededor del mundo han enfrentado con dificultad. Las experiencias en otros países (8,9), sugieren que la aceptabilidad y la conveniencia del paquete depende de manera fundamental del tipo de representación que las partes interesadas tengan en los órganos o instituciones que toman decisiones, en la transparencia de los procesos y en la consistencia de las decisiones de beneficio (10).

Una manera de adelantar este proceso sería la creación de una entidad independiente que proporcione consejería a las cortes, al gobierno y al público respecto a la priorización de las decisiones en atención de salud. La CRES –Comisión Reguladora de Salud- fue creada para tomar en cuenta las guías de práctica clínica, el análisis económico y el impacto presupuestal de los tratamientos y procedimientos. Pero como entidad del gobierno, la CRES no es percibida como independiente por parte de las cortes y por lo tanto no goza de la confianza del público. Lo que se necesita es una entidad independiente que les proporcione a los jueces asesoría técnica científica que les permita tomar decisiones. Actualmente los jueces solicitan la historia clínica de los pacientes y alguna información técnica, que cada juez utiliza caso a caso para determinar los criterios de priorización, lo que naturalmente no permite lograr decisiones consistentes o racionales a nivel de la población.

Esto lleva a que Colombia necesite una entidad independiente que sea responsable de hacer revisiones acerca de la tecnología y la salud, establecer grupos de enfoque que aseguren la representación de todas las partes interesadas, que cree unos procesos transparentes y una serie de procedimientos y que hagan recomendaciones de cobertura en salud y disponibles para el público. Recomendaciones de este grupo no necesitarían ser mandatorias ya que las decisiones de

important and should be a high priority for any health system. But in a middle income country such as Colombia, treating all chronic conditions with the latest treatments will either bankrupt the country or take health resources away from other high priority areas, such as children's health, communicable diseases and AIDS prevention.

Colombia needs a system for identifying the acceptable minimal package of care. This is a complex process that countries around the world have struggled with. The experiences in other countries (8,9), suggests that the acceptability and adequacy of the package depending crucially on the representation of stakeholders in decision-making bodies, the transparency of procedures and the consistency of benefit decisions (10).

One way forward would be to create an independent entity to provide advice to courts, the government and the public regarding health prioritization decisions. The CRES- Regulatory Commission in Health was created to take into consideration the clinical practice guidelines, economic evaluation, and budget impact of treatments and procedures. But as a government agency, the CRES is not seen as independent by the courts and thus not trusted by the people. What is needed is an independent agency that could provide judges with technical-scientific advice to help make their decisions. Currently, judges request the patient's medical records and some technical information, there allowing each judge on a case-by-case basis to determine the prioritization criteria will not lead to consistent or rational decisions at the population level.

This suggests that Colombia needs an independent entity that will be responsible for conducting health technology reviews, conducting focus groups to ensure representation of stakeholders' views, creating a transparent process and set of procedures, and making recommendations for coverage publicly available. These recommendations of this group need not be binding, for the actual coverage decisions will ultimately re-

cobertura recaerían finalmente en el gobierno. Pero podrían en esencia, proporcionar la información que las cortes utilicen para determinar si el gobierno está cumpliendo su deber de observar los derechos humanos. De esta manera la función de las cortes de preservar los derechos humanos se mantiene mientras se evita la interferencia de las cortes a través del mecanismo de tutelas (que incluye las decisiones de cobertura y la distorsión de los costos).

Es poco probable que el resultado final sea un esquema de cobertura igual para todas las personas. Las personas con mayores ingresos podrían adquirir servicios y habitaciones privadas en mejores hospitales. Mientras esto viola el principio de equidad universal (que todas las personas tienen acceso al mismo nivel de salud), la evidencia alrededor del mundo sugiere que aquellos países que restringen los servicios a quienes los pueden pagar (como en Canadá) han encontrado gran resistencia y crítica de sus ciudadanos. Es mejor permitir que aquellos con recursos adquieran servicios con mejores habitaciones y mucho mejor concentrarse en tratar de aumentar la cobertura de aquellos sin ingresos suficientes.

El resultado sería que el nivel mínimo de atención en salud esencial al cual todas las personas tendrían acceso (ya sea POS o POSS) sería determinado por un método racional y transparente con la anuencia del público. El mecanismo de las tutelas ha sido un camino para que las personas tengan acceso a negaciones de atención en salud, entonces lo que se propone en este ensayo es establecer un mecanismo más racional para determinar cuál es este nivel. Las presiones políticas creadas por las personas que no reciben cobertura no pueden ser ignoradas, pero deben utilizarse para establecer debates y sistemas de toma de decisiones en atención de salud más razonables. El uso continuo del mecanismo de tutelas no es una solución a largo plazo. Lo más probable es que produzca una situación donde se proporcione atención en salud más costosa a menos personas, en detrimento de las aproximaciones basadas en la población donde se persigue obtener mejores servicios para grandes números de personas. Este es el enfoque del futuro que debe asumir Colombia

main the responsibility of the government. But they could, in essence, provide the information that Courts would use to determine whether the government is meeting its requirements under its human rights obligations. That is, it would retain the Court's role in ensuring human rights are enforced while avoiding the problems that are created by the interference of the Courts via the tutelas (including distort pricing and coverage decisions).

The end result is unlikely to be a single package of care for all people. People with more income may still be able to purchase nicer hospitals and private rooms. While this might violate a principle of universal equity (each person has access to the same health care), evidence from around the world suggests countries that try to restrict those who can afford it from getting the care they want (such as tried in Canada) have encountered significant resistance and criticism from their populations. Better to allow those with money to purchase the nicer rooms and concentrate instead on trying to increase the coverage of those without sufficient income.

The result would be that the minimum level of 'essential care' that all people would have access (via either the POS or POSS) would be determined in a rational and transparent method that was accepted by the public. The tutelas have been an avenue for people to get access to denied health care, so what is being advocated for here is a more rational way of determining what this level would be. The political pressures created by people not receiving coverage should not be ignored, but should be a spur to a more reasonable debate and system of making decisions about health care. But the continued use of the tutelas is not a long term solution. It is likely to result in more expensive care being provided to fewer people, at the detriment of more population based approaches that provide better services to a large number of people. This should be the focus in the future if Colombia is going to fulfill its dream of showing the world how to provide good health care to all its peoples.

si aspira a lograr el sueño de mostrarle al mundo como proporcionar buena atención en salud para toda su población.

GLOSARIO

- **POS:** Plan obligatorio de salud (sistema de contribución de los empleados)
- **POSS:** Plan obligatorio de salud subsidiado (por el gobierno)
- **TUTELAS:** acciones legales para garantizar los derechos fundamentales

GLOSSARY

- **POS:** employee contributed system
- **POSS:** government sponsored system
- **TUTELAS:** are legal actions to uphold fundamental rights

Paul Brown, MD

University of North Carolina, Chapel Hill, USA.

University of Auckland (New Zealand)

pm_brown@unc.edu

Jorge A. Díaz RQF MSc

Profesor asociado

Departamento de Farmacia

Universidad Nacional de Colombia

REFERENCES

1. Castaño R, Arbeláez J, Giedion U, Moraels L. Equitable financing, out of pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy and Planning* 2002; 17 supp. 1: 5-11
2. Tsai T. Second chance for health reform in Colombia. *Lancet* 2010; 375: 109-110
3. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Economics* 2007; 16: 3-18.
4. Gaviria A, Medina C, Mejia C. Evaluating the impact of health care reform in Colombia: From theory to practice. Universidad de Los Andes-CEDE: Bogota; 2006. Documentos CEDE 002682
5. Wagstaff A. Social health insurance reexamined. *Health Economics* 2010; 19: 503-517
6. Yamin A, Parra-Vera O. How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Med* [online] 2009 February 6(2); e1000032. URL: <http://www.plosmedicine.org/> 10.1371/journal.pmed.1000032
7. Dubos R. *Mirage of health: utopias, progress and biological change*. New Brunswick; First ed. Rutgers University Press; 1959
8. Cumming J. Defining core services: New Zealand experiences. *Journal of Health Services Research and Policy* 1997; 2: 31-37.
9. Hadorn D. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991; 265: 2218-2225
10. Gress S, Niebuhr D, Rothgang H, Wasem J. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: A comparative perspective. *Health Policy* 2005; 73: 78-91