

Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano

Liliana Chicaíza* & Ricardo Vega**

resumen

El artículo identifica las barreras y los factores facilitadores que determinan la utilización de la Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS) en la toma de decisiones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia (CNSSS). Se realizó una entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas tomando como base los estudios que sobre el tema se han realizado a nivel internacional (Ross, 1995; Drummond, 1997 y 2004; Hoffman *et al.*, 2000; Suh *et al.*, 2002 e Iglesias *et al.*, 2005) y se aplicó a 17 de las 20 instituciones que integran el CNSSS. Los resultados se presentan utilizando análisis descriptivos y análisis de correspondencias. El estudio concluye que para el CNSSS las barreras que existen para la utilización de la EETS en Colombia son de tipo institucional y educacional, lo que resulta consistente con los resultados obtenidos en otros países, y establece como principal aspecto facilitador, profundizar en el conocimiento sobre evaluación económica de tecnología sanitaria puesto que en general sólo se dispone de información básica sobre el tema. En ese sentido, la evaluación económica apenas impacta en el proceso de toma de decisiones, dado que pesan más los factores políticos, la defensa de intereses sectoriales y la estabilidad financiera del sistema.

Palabras clave: evaluación económica de tecnología sanitaria, economía de la salud, sistema de salud de Colombia, toma de decisiones en salud, regulación.

abstract

Determinants for using economic evaluation in decision-making within the Colombian health system

This article identifies the barriers and facilitating factors determining how economic evaluation of sanitary technology (EEST) may be used for decision-making by the Colombian Social Health Council (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia - CNS-SS). A structured interview was prepared using open and closed questions based on international studies of the topic (Ross, 1995; Drummond, 1997 and 2004; Hoffman *et al.*, 2000; Suh *et al.*, 2002; and Iglesias *et al.*, 2005) and applied to 17 of the 20 institutions forming the CNSSS. Descriptive and correspondence analyses were used for presenting the results. The study concluded that the CNSSS faces institutional and educational barriers against using EEST, this being consistent with results obtained in other countries. It establishes that the main facilitating aspect lies in a deeper knowledge of EEST, as only basic information is generally available regarding the topic. EEST therefore hardly affects the decision-making process since more thought is given to political factors, defending sector interests and the system's financial stability.

Key words: economic evaluation of sanitary technology, the economics of health, Colombian health system, decision-making in health, regulation.

résumé

Déterminants de l'utilisation de l'évaluation économique dans la prise de décisions au sein du système de santé colombien
L'article identifie les barrières et les facteurs facilitateurs qui déterminent l'emploi de l'évaluation économique de la technologie sanitaire (EETS) pour la prise de décisions au sein du Conseil National de Sécurité Sociale en Santé de Colombie (CNSSS). Un entretien structuré comportant des questions ouvertes et fermées a été réalisé, en partant des études internationales menées sur ce thème (Ross, 1995; Drummond, 1997 et 2004; Hoffman *et alii*, 2000; Suh *et alii*, 2002 et Iglesias *et alii*, 2005). Sur les 20 institutions qui conforment les CNSSS l'entretien a été mené auprès de 17. Les résultats sont présentés au moyen d'analyses descriptives et d'analyses de correspondances. Ils montrent que, dans le cas du CNSSS colombien, les barrières à l'utilisation de l'EETS sont de type institutionnel et liées à l'éducation, ce qui résulte cohérent avec les résultats obtenus dans d'autres pays. Le principal élément facilitateur que l'on a trouvé serait de connaître plus en profondeur l'évaluation économique de la technologie sanitaire puisque, d'une façon générale, on dispose seulement d'information de base concernant ce sujet. Aussi, c'est à peine si l'évaluation économique influe dans la prise de décisions. Ce sont plutôt les facteurs politiques, la défense des intérêts sectoriels et la stabilité financière du système qui pèsent le plus.

Mots clé: évaluation économique de la technologie sanitaire, économie de la santé, système de santé de la Colombie, prise de décisions en santé, régulation.

resumo

Determinantes da utilização da avaliação econômica na tomada de decisões dentro do sistema de saúde colombiano
O artigo identifica as barreiras e os fatores facilitadores que determinam a utilização da avaliação econômica de tecnologia sanitária na tomada de decisões do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde da Colômbia (CNSSS). Realizou-se uma entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas tomando como base os estudos que, sobre o tema, foram realizados em nível internacional (Ross, 1995; Drummond, 1997 y 2004; Hoffman *et al.*, 2000; Suh *et al.*, 2002 y Iglesias *et al.*, 2005) e aplicou-se a 17 das 20 instituições que integram o CNSSS. Os resultados são apresentados utilizando análises descritivas e análises de correspondências. O estudo concluiu que, para o CNSSS, as barreiras que existem para a utilização da EETS na Colômbia são de tipo institucional e educacional, o que resulta consistente com os resultados obtidos em outros países e, estabelece, como principal aspecto facilitador, o aprofundamento do conhecimento sobre avaliação econômica de tecnologia sanitária, posto que em nível geral só dispõe-se de informação básica sobre o tema. Nesse sentido a avaliação econômica apenas tem um impacto no processo de tomada de decisões já que pesam mais os fatores políticos, a defesa de interesses setoriais e a estabilidade financeira do sistema.

Palavras chave: avaliação econômica de tecnologia sanitária, economia da saúde, sistema de saúde da Colômbia, tomada de decisões em saúde, regulação.

Clasificación JEL: I18, D61, I11

Recibido: septiembre de 2007

Aprobado: febrero de 2008

Correspondencia: Liliana Chicaíza, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Cra 30 No. 45-03, edificio 311, oficina 401A, Colombia.

* Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia. Administradora de Empresas, Universidad Nacional de Colombia. PhD. Economía y Gestión de la Salud, Universidad Politécnica de Valencia.
Correo electrónico: lachicaizab@unal.edu.co

** Químico Farmacéutico, Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Magister en Administración, Universidad Nacional de Colombia. Investigador Grupo Calidad Universidad Antonio Nariño.
Correo electrónico: rivega@uan.edu.co



Chicaíza, L. & Vega, R. (2008).
Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano.
Innovar, 18(31), 77-92.

Introducción*

Uno de los desafíos que enfrentan actualmente los sistemas de salud en el mundo es el de elegir adecuadamente las tecnologías sanitarias que contribuirán al mejoramiento de la salud de la población teniendo en cuenta los recursos disponibles. Una tecnología sanitaria se define como el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria y los sistemas organizativos y de soporte dentro de los cuales se provee dicha atención (Hoffmann *et al.*, 2000; Lázaro, 1994; Ortún *et al.*, 2001).

El surgimiento de nuevas tecnologías sanitarias, que presuponen una mejora respecto a las existentes pero que en muchos casos también van ligadas a mayores costos, ha impulsado el desarrollo en los últimos decenios de la Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS) como una herramienta de gestión que aporta información para los tomadores de decisiones sobre los efectos en términos de eficiencia económica de las diferentes alternativas de tecnología sanitaria por elegir.

La EETS hace parte de un conjunto de procesos que se utilizan para identificar las consecuencias sociales, económicas y éticas, tanto buscadas como no intencionadas de una tecnología sanitaria (Lázaro, 1994, p. 10). Es así como la evaluación económica, junto con las evaluaciones de eficacia, efectividad, equidad y financieras aplicadas a una determinada tecnología (Drummond *et al.*, 2001, p. 8 y Nuijten, 1999, p. 321), constituyen en general lo que se denomina la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS). Las tecnologías sanitarias pueden ser evaluadas en cualquiera de las fases de su ciclo de vida, como son la experimental, de implantación inicial, de generalización y de declive. En la fase experimental, priman las evaluaciones de seguridad y eficacia; no obstante, en las otras se pueden realizar evaluaciones económicas además de las evaluaciones de utilidad clínica y de farmacovigilancia (OPS, 1998, pp. 7-8).

La EETS se define como un conjunto de procedimientos o técnicas de análisis dirigidos a evaluar el impacto de opciones o cursos de acción alternativos sobre el bienestar de la sociedad. El objetivo de la evaluación es ayudar al tomador de decisiones a hacer elecciones racionales, es decir, a decidir de forma coherente con determinados objetivos y restricciones (Badía *et al.*, 1994, p. 11). En ese sentido se puede entender la evaluación como una comparación entre costos y resultados, en la cual los costos se valoran en unidades monetarias, y los resultados, si bien se pueden medir en unidades monetarias, también pueden medirse en unidades físicas o unidades de utilidad¹, dependiendo de las características del análisis y de lo que resulte más adecuado.

La manera de valorar los resultados puede dar origen a cuatro tipos de análisis o evaluaciones (Drummond *et al.*, 2001; Kobelt, 2002) (ver tabla 1). Cuando los resultados son valorados en unidades naturales tales como reducción de eventos patológicos, tasas de curación, años de vida ganados, etc., la relación entre costos y resultados da lugar al análisis de costo-efectividad. Cuando existe evidencia suficiente de que las tecnologías sanitarias comparadas generan la misma efectividad, la evaluación se restringe a identificar la alternativa con menor costo; este análisis se denomina de minimización de costos y se considera un caso especial del análisis de costo-efectividad. Cuando los resultados se valoran en función de la utilidad que le produce a un individuo un estado sano de salud como resultado de la aplicación de la tecnología, el análisis se denomina de costo-utilidad². Cuando los resultados son valorados en unidades monetarias, al igual que los costos, el análisis se denomina de costo-beneficio³.

Una de las cuestiones más debatidas en el campo de la evaluación económica de tecnologías sanitarias es el de la aplicabilidad de los resultados de las evaluaciones de un entorno a otro, dentro de un país y entre países. Existen factores que hacen que los datos económicos puedan no ser fácilmente transferibles. Drummond *et*

* Los autores agradecen la asesoría del Departamento de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia en el diseño y análisis de los resultados.

¹ Como unidades de utilidad se emplean los años de vida sana equivalentes (AVSE) o los años de vida ajustados por calidad (AVAC), donde se captan simultáneamente ganancias derivadas de reducir la morbilidad (ganancias de calidad) y la mortalidad (ganancias de cantidad), combinando ambas en una única medida.

² Puesto que la utilidad hace referencia a la felicidad del individuo, lo cual resulta difícil de medir, se utiliza entonces el enfoque de preferencias donde la utilidad es una descripción numérica de las mismas (ver Varian, 1999, p. 55); para el caso de la salud, las utilidades son pesos de preferencia para estados de salud definidos donde 1 es salud plena y 0 muerte. Estas preferencias se obtienen de entrevistas o cuestionarios.

³ Para cuantificar monetariamente los beneficios de las intervenciones sanitarias se utilizan tres enfoques: el de capital humano que valora el aumento o disminución de la productividad en el mercado del individuo cuando está sano; el de preferencias reveladas que identifica el valor para un individuo de un riesgo en salud frente a su renta; el de valoración contingente que busca identificar la disponibilidad a pagar (ver Ortún *et al.*, 2001).

TABLA 1. Medición de los costos y las consecuencias en la evaluación económica

Tipo de estudio	Medición o valoración de los costos en las alternativas comparadas	Identificación de las consecuencias	Medición/valoración de las consecuencias
Análisis de minimización de costos	Unidades monetarias	Idénticas en todos los aspectos relevantes	Ninguna
Análisis costo-efectividad	Unidades monetarias	Efecto único de interés, común a ambas alternativas, pero logrado en grados distintos	Unidades naturales (por ejemplo, años de vida ganados, días de incapacidad ahorrados, mm de presión arterial reducidos, etc.)
Análisis costo-utilidad	Unidades monetarias	Efecto único o efectos múltiples, no necesariamente comunes a ambas alternativas	Años saludables o (más frecuentemente) años de vida ajustados por calidad
Análisis costo-beneficio	Unidades monetarias	Efecto único o efectos múltiples, no necesariamente comunes a ambas alternativas	Unidades monetarias

Fuente: Tomada de Drummond *et al.* (2001, p. 3).

al. (2001, pp. 311-314) destacan, entre ellos, los factores demográficos y epidemiológicos de la enfermedad, debido a que los países pueden tener diferencias en la estructura de edad de su población y en la incidencia y prevalencia de enfermedades. La disponibilidad de recursos asistenciales es otro elemento que puede no ser fácilmente transferible debido a diferencias en la gama de tratamientos e instalaciones sanitarias disponibles en cada país. Las variaciones en la práctica clínica entre regiones que cuentan con las mismas opciones terapéuticas, pueden también hacer variar el análisis de costo-efectividad relativo a cada terapia. Los incentivos para los profesionales e instituciones asistenciales, en especial el sistema remunerativo que se aplique a los médicos e instituciones asistenciales de un país, pueden afectar la evaluación de un tratamiento en particular, al igual que las diferencias en precios o costos relativos. Por lo anterior, es necesario reinterpretar los resultados de una evaluación económica hecha en otro sitio e impulsar la elaboración de evaluaciones económicas para el propio país.

El aporte que hace la evaluación económica al proceso de toma de decisiones sobre asignación de recursos en el área de la salud ha hecho que muchos países, básicamente países de rentas altas, incluyan dentro de su normatividad legal procedimientos formales de incorporación de la evaluación económica para decidir acerca de la tecnología sanitaria que ha de cubrir el sistema de salud. Latinoamérica, a excepción de Cuba, ha efectuado escasos desarrollos en el tema, lo cual plantea retos investigativos para desarrollar esta área del conocimiento en la región.

Este artículo busca identificar las principales barreras y aspectos facilitadores que determinan la utilización de la EETS en el proceso de toma de decisiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colom-

bia. El artículo consta de dos partes: la primera, inicia con una revisión de la bibliografía sobre las experiencias internacionales alrededor del uso de la evaluación económica en la toma de decisiones en los sistemas de salud y presenta los resultados de estudios realizados en otros países. La segunda parte, describe la metodología que se aplicó para identificar las barreras y los aspectos facilitadores de utilización de EETS en Colombia. Esta metodología se fundamenta en las aplicadas en otros países y que son referenciadas en la primera parte. Se presentan los resultados obtenidos utilizando para ello un análisis descriptivo y un análisis de correspondencias. Al final se recogen las principales conclusiones y repercusiones.

1. Evaluación económica de tecnología sanitaria

1.1 Experiencias internacionales

La evaluación económica en el área de la salud es un campo relativamente reciente: las primeras evaluaciones se publicaron en la década de los sesenta, y a partir de ese momento empezó un crecimiento sostenido en el número de artículos que se publican anualmente en las principales revistas académicas. El desarrollo conceptual y metodológico de esta área del conocimiento impulsó el interés en la introducción de la evaluación económica de tecnología sanitaria como uno de los elementos para la toma de decisiones sobre asignación de los recursos dentro de los sistemas de salud. En 1992, Australia introdujo en su normatividad legal la evaluación económica y la convirtió en uno de los elementos centrales para decidir reembolsos de nuevos medicamentos (Drummond, 2004, pp. 3-4), ejemplo que fue seguido muy de cerca por Nueva Zelanda en el siguiente año. Posteriormente, en los años de 1995

TABLA 2. Requerimientos de EETS en diferentes países

País	Observaciones
Australia	Requerimiento mandatorio para todos los nuevos medicamentos desde 1993
Canadá (Columbia Británica)	Requerimiento mandatorio para todos los nuevos medicamentos desde 1996
Canadá (Ontario)	Requerimiento mandatorio para todos los nuevos medicamentos desde 1995
Dinamarca	Puede ser requerido (desde 1997), o sometido voluntariamente
Finlandia	Requerimiento mandatorio para todos los nuevos medicamentos desde 1998
Francia	Poder para requerirlo desde 1997
Italia	Poder para requerirlo desde 1998
Holanda	Requerimiento mandatorio desde 2003 (fase de ensayo desde 1998)
Nueva Zelanda	Requerimiento mandatorio para todos los nuevos medicamentos desde 1993
Noruega	Requerimiento mandatorio desde 2002 (fase de ensayo desde 2000)
Portugal	Poder para requerirlo desde 1999
R.U. (Inglaterra y Gales)	Presentación solicitada a las compañías por NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) para algunos medicamentos y dispositivos nuevos y antiguos, desde 1999
EEUU	Requerimientos mandatorios para dos HMO en Arizona y Colorado

Fuente: Tomada de Kobelt (2002, p. 18).

y 1996 se hizo un proceso similar en las provincias de Ontario y Columbia Británica en Canadá.

En Europa, tanto en la segunda mitad de los años noventa, como en lo corrido del actual decenio, se iniciaron los procesos de introducción formal de la evaluación económica de tecnología sanitaria dentro de los esquemas de decisión en diferentes sistemas de salud, tal como se esquematiza en la tabla 2 (Kobelt, 2002, pp. 16-17); incluso se crearon mecanismos tendientes a estandarizar la metodología de evaluación cuyo desarrollo llevó a la realización de los proyectos *Harmonization by Consensus of the Methodology for Economic Evaluation of Health Care Technologies - HARMET* y *European Network on Methodology and Application of Economic Evaluation Techniques - EUROMET*.

En Latinoamérica hay poca evidencia del desarrollo y utilización de la evaluación económica de tecnologías sanitarias. El único esfuerzo tendiente a iniciar una aproximación y sistematización del tema se produjo con el proyecto *Thematic Network on the Economic Evaluation of Healthcare and its Applications to Decision Making in Latin American Countries - NEVALAT*, financiado por la Unión Europea, y cuyo producto fueron las primeras guías de evaluación económica de tecnología sanitaria desarrolladas para el sistema de salud cubano (Gálvez, 2003).

En Colombia, y tal como lo destaca Díaz (2005, p. 217), se ha venido promoviendo desde hace unos diez años la difusión del tema por diferentes actores del sector salud, pero todavía no se ha consolidado un fuerte movimiento investigativo según lo evidencian los escasos estudios de evaluación publicados. La baja difusión en el medio colombiano también se ve reflejada en la conformación del listado del Plan Obligatorio de Salud (POS), que rige la cobertura de beneficios que ofrece el sistema de aseguramiento en salud a sus afiliados y para cuya elaboración son muy pocas las evaluaciones económicas realizadas, a pesar de la intención de los legisladores que ha sido plasmada en las motivaciones de la normatividad.

Johannesson (1995, pp. 180-189) plantea que las diferentes decisiones y situaciones de política en las que la evaluación económica de tecnología sanitaria puede ser usada es en el desarrollo de guías de práctica clínica, y sugiere que el Estado, a través de alguna autoridad, sirva de filtro para la introducción de nuevas tecnologías. Una de las debilidades de este enfoque es



que puede ocurrir que una terapia sea costo-efectiva en algunos grupos de pacientes, pero no costo-efectiva para otros. El autor sugiere efectuar la aprobación de la nueva terapia exclusivamente para el grupo donde es costo-efectiva, pero a la vez advierte sobre la dificultad para el sistema de lidiar con los clínicos en el sentido de hacer que la terapia sea utilizada únicamente en la indicación aprobada.

También se considera útil la utilización de la evaluación económica de tecnología sanitaria en las decisiones de reembolso, y de hecho éste es uno de los campos donde más aplicación ha tenido la evaluación, principalmente en el caso de medicamentos⁴. Debido a que pueden presentarse diferentes relaciones de costo-efectividad entre diferentes grupos de pacientes, se considera que el sistema debe ser suficientemente flexible para reembolsar aquellas terapias únicamente en los grupos de pacientes donde haya demostrado ser costo-efectiva. En este caso, el producto final de la evaluación económica debe ser un listado de terapias a cubrir, total o parcialmente por el sistema de salud o el asegurador, puntualizando, de precisarse, los grupos de pacientes pertinentes.

Grabowski *et al.* (1997, pp. 535-537) destacan cómo en Estados Unidos las *Pharmacy Benefit Management Companies (PBM)* han generado la infraestructura necesaria para incorporar los estudios de costo-efectividad en sus decisiones de listados de medicamentos, lo que les permite tener bases más sólidas en la negociación de precios con los fabricantes. Así, el criterio de costo-efectividad debe funcionar para determinar si un medicamento tiene un precio razonable (Anell, 2004, p. 32).

Anis *et al.* (1998, pp. 120-122) analizan la experiencia en la Columbia Británica (Canadá) para decisiones sobre cobertura de medicamentos dentro del programa *Pharmacare*, el cual es universal y gratis para la población con más necesidades. Las otras personas aseguradas son cubiertas con el pago de un pequeño copago o un deducible. En este sistema, los nuevos medicamentos son evaluados críticamente por dos comités científicos independientes, uno terapéutico y otro farmacoeconómico. Estas evaluaciones son revisadas conjuntamente por el *Drug Benefit Committee*, que con base en la evidencia presentada, define si el medicamento es rechazado del plan o si adquiere el estatus de beneficio restringido o de beneficio total, o si los medicamentos pueden ser prescritos únicamente por especialistas o restringidos a ciertos grupos de pacientes. Es



importante destacar que el propósito de este esquema no es el de contención de costos sino el de maximizar los beneficios de salud. De hecho, el comité farmacoeconómico crea un rango de los productos desde su costo-eficiencia, y el seguro gasta su presupuesto para nuevos medicamentos yendo en orden descendente en la lista hasta que los recursos son copados.

Anell *et al.* (2005, pp. 274-276) anotan que en Suecia, desde octubre 1 de 2002, se introdujo el Consejo de Beneficios Farmacéuticos, que decide sobre el reembolso de medicamentos basado en la evidencia de costo-efectividad, y cómo esta experiencia ha respaldado el uso adecuado de esta información para la toma de decisiones. Este Consejo basa sus decisiones en cuatro principios: el de la dignidad humana, el de necesidad y solidaridad, el de costo-efectividad y el de utilidad marginal. Este cuerpo directivo mezcla elementos de equidad, solidaridad y eficiencia económica en la toma de sus decisiones.

Sin embargo, la experiencia más destacada y analizada a nivel internacional es la de NICE (The National Institute for Clinical Excellence), creado en 1999 por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y cuyos objetivos son el de mejorar las prácticas de atención a pacientes y reducir desigualdades en el acceso de la población a tratamientos innovadores. Sheldon *et al.* (2004, p. 999), en un amplio análisis, concluyen que la implementación de las guías de NICE ha sido variable, y que es más factible su adopción cuando hay un fuerte apoyo profesional, una evidencia convincente y estable, cuando no se incrementan los costos o los fondos ya disponibles. Igualmente, en organizaciones que

⁴ Es importante puntualizar que el área de mayor desarrollo dentro de la evaluación económica de tecnologías sanitarias ha sido la de medicamentos, y de hecho se ha separado como una subespecialidad propia conocida como farmacoeconomía.



tienen buenos sistemas de seguimiento a la implementación y donde los profesionales involucrados no están aislados. Además añaden que las guías deben ser claras y reflejar el contexto clínico.

Al igual que en el caso de medicamentos, Australia fue pionera en la utilización de evidencia de eficiencia económica para el uso de nuevos procedimientos médicos, y lo incorporó como parte de su normatividad desde 1998 creando el Comité Asesor de Servicios Médicos, como parte de este proceso. Al revisar esta experiencia O'Malley (2006, 3, p. 3) concluye que el uso de análisis costo-efectividad no ha sido viable debido a la falta de evidencia clínica, y en la mayoría de los casos solo es posible obtener los costos, lo cual actúa en contra de los nuevos procedimientos ya que prácticamente todos implican el uso de tecnología onerosa. Lo anterior pone de relieve las diferencias entre la evaluación económica de medicamentos y el de otras tecnologías sanitarias, y de ahí el desarrollo que, como ya se resaltó, ha tenido la farmacoeconomía.

1.2 Determinantes en la utilización de EETS

Uno de los primeros estudios acerca de los determinantes de la evaluación económica de tecnología sanitaria en la toma de decisiones fue desarrollado en Australia por Ross (1995, pp. 105-107). La investigación evaluó las percepciones de 34 decisores del sistema de salud australiano y encontró un alto nivel de conciencia de la potencialidad del uso de EETS dentro de este grupo encuestado, pero a su vez se detectó una serie de barreras que dificultaban su uso. Las barreras se clasificaron en institucionales, educacionales, técnicas y de comunicación. Entre las barreras inherentes al primer grupo, Ross (1995, pp. 106-108) encuentra que se originan porque las decisiones se deben tomar rápidamente, con imperativos políticos y sin suficiente tiempo para comisionar un estudio de evaluación eco-

nómica. Las barreras educacionales hacen referencia a la falta de conocimiento y experiencia en EETS por parte de los tomadores de decisión y a la escasez de economistas de la salud entrenados dentro del sistema. Las barreras técnicas hacen referencia a la falta de credibilidad en la calidad técnica de los estudios, tanto desde el punto de vista de la misma evaluación económica, como sobre la evidencia médica que respalda el estudio. Las barreras de comunicación tienen que ver con la "jerga económica" utilizada en las evaluaciones y que pueden llevar a malos entendidos por parte de los decisores. De hecho los encuestados recomendaron que los investigadores que hacen evaluación económica sean más sensibles a las necesidades de los decisores que las utilizan, aunque reconocen que los problemas de comunicación no son de una sola vía. Anell (2004, p. 32) refuerza la importancia de las barreras educacionales al resaltar que en los comités de reembolso de medicamentos de Francia y Finlandia no hay integrantes competentes en economía de la salud, y por tanto no usan la evidencia económica explícita en la toma de decisiones.

Drummond *et al.* (1997a, pp. 592-593) realizaron un estudio similar en el Reino Unido, y encontraron otros tipos de barreras institucionales como la dificultad para liberar recursos de una parte del sistema a otra, presupuestos muy estrechos para la adopción de nuevas terapias y focalización del Departamento de Salud en la contención de costos y no en relaciones de costo-efectividad de las terapias utilizadas. Igualmente se destacó que los estudios patrocinados por la industria sanitaria no generaban credibilidad en el grupo encuestado. Además se señalaron barreras técnicas como los numerosos supuestos de los estudios y las proyecciones de ahorros que se consideran poco realistas.

Hoffmann *et al.* (2000, pp. 182-187) desarrollaron una investigación mucho más amplia, encuestando tomadores de decisión en nueve países europeos; utilizaron diferentes técnicas de recolección de datos como cuestionarios postales, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Este proyecto se enmarcó dentro del trabajo del grupo *EUROMET* mencionado antes. En este estudio se encontraron barreras similares a las anteriormente detectadas por Drummond *et al.* (1997a, pp. 592-593), lo que lleva a suponer que es difícil aplicar los resultados de las evaluaciones económicas a contextos reales dentro de los sistemas de salud. También dentro del proyecto *EUROMET*, aplicado al ámbito español, Oliva *et al.* (2001, pp. 197-198) clasificaron las barreras detectadas en tres grupos: administrativas, de método y de aplicación y práctica. Las del primer grupo tienen que ver con la estructura administrativa con que se rige la prestación de los servicios de salud, en concreto con la distribución y dinámica presupues-

tal, con la no exigencia legal de los estudios para la aprobación de nuevos medicamentos y con el hecho de considerar más importante la reducción de costos que el criterio de costo-efectividad. Las barreras de método tienen relación con el excesivo número de hipótesis en las investigaciones, la dificultad en comparar ciertos análisis, la falta de estandarización y la difícil lectura de los estudios. Finalmente las barreras de aplicación y práctica se refieren a elementos como el patrocinio de los estudios por la industria fabricante, que puede influir en los resultados, la falta de recursos para realizar los mismos y reorientar la prescripción de las tecnologías y la escasez de estudios relevantes.

Suh *et al.* (2002, pp. 161-163) estudiaron la incorporación de trabajos farmacoeconómicos en la toma de decisiones de los comités de farmacia y terapéutica de las *Managed Care Organizations* (MCO) en Estados Unidos, las cuales cubrían el 86% de la población con seguro de salud privado para 1998. Los resultados se clasificaron en barreras externas e internas. Las barreras externas fueron la ausencia de datos, inquietudes sobre la posibilidad de generalizar los estudios y preocupaciones sobre la credibilidad y confiabilidad de los estudios. Las barreras internas fueron las restricciones presupuestales y la falta de experiencia en el uso de la información. Estas barreras básicamente corresponden en su mayoría a las detectadas en los estudios sobre Europa y Australia.

En Latinoamérica, y dentro del trabajo del proyecto NEVALAT, Iglesias *et al.* (2005, pp. 9-12) señalaron igualmente obstáculos como la falta de criterios claramente definidos que faciliten o guíen el proceso de toma de decisiones. Además presentan una serie de barreras más propias de la realidad institucional latinoamericana, como el difícil acceso a información local e internacional sobre EETS, la limitada financiación para desarrollar las evaluaciones, y pobres interacciones entre el sector académico y las instituciones de cuidado de la salud, tanto públicas como privadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que las principales condiciones que estimulan el uso de la evaluación económica son un proceso evidente de toma de decisiones donde se definan qué decisiones serán tomadas, quién las hará y los mecanismos para introducir diferentes categorías de evidencia. Se requieren objetivos de política claros en donde la eficiencia desempeñe un papel prominente. También son necesarios cronogramas y recursos razonables en el sentido de que se disponga de un tiempo adecuado para la toma de decisiones y que se posean los recursos suficientes para facilitar la consideración de la evidencia económica (Drummond, 2004, p. 8). Finalmente, se considera necesario generar incentivos apropiados que estimulen el uso costo-efectivo de los recursos disponibles y cla-



ridad sobre la relevancia práctica de los resultados; se requiere también más entrenamiento en economía de la salud, hacer esfuerzos en cuanto a la comparabilidad de los estudios, acceso a los mismos y más flexibilidad de los presupuestos de salud (Hoffmann *et al.*, 2000, p. 188).

En cuanto a los niveles desde los cuales se debe desarrollar y hacer EETS (Van Velden *et al.*, 2005, p. 1076; Oliva *et al.*, 2000, p. 172), definen tres: el macro, el medio y el micro. El nivel de macrogestión está compuesto por los decisores con una perspectiva nacional o regional que coordinan actividades fuera de las organizaciones del cuidado de la salud. Son los responsables de la disponibilidad de programas de cuidado de la salud efectivos y costeados para la población total. El nivel de mesogestión se refiere a los decisores dentro de las organizaciones del cuidado de la salud, y el nivel de microgestión hace referencia a profesionales del cuidado de la salud que realizan el manejo a nivel paciente. Van Velden *et al.* concluyen, después del análisis de 36 estudios, que la influencia más pronunciada de la EETS en la toma de decisiones se da en el nivel medio.

Drummond (2004, p. 3) adopta una clasificación diferente y divide el sistema en solo dos niveles: el nivel central, donde una sola agencia u organización toma decisiones para el sistema total de cuidado de la salud; y el nivel local, donde muchas decisiones diferentes son hechas por varios actores del sistema de cuidado de la salud. Este autor, a diferencia de lo que plantea el trabajo anterior, considera que las condiciones que promueven el uso de la EETS en la toma de decisiones se cumplen básicamente a nivel central, lo que explica por qué un mayor número de ejemplos de utilización de EETS pueden ser citados a este nivel que a nivel local. Consistente con esta conclusión, el autor sugiere una aproximación alternativa que reconocería el hecho de que los decisores a nivel local

raramente serán capaces de usar la evaluación económica, pero con frecuencia responderán a los objetivos y guías propuestos por decisores de nivel más alto. También opina que lo mejor en este nivel es concentrarse en producir guías de buena calidad y basadas en la evidencia.

Este trabajo busca profundizar en la identificación de determinantes de la utilización de EETS en Colombia, y para ello se concentra en la percepción de quienes conforman el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, institución encargada de la toma de decisiones en salud de Colombia. Con ello se busca realizar una aproximación a las condiciones organizativas colombianas, tanto las que pueden impedir como las que pueden estimular el uso de la EETS con el fin de identificar los cambios necesarios para su utilización.

2. Identificación de barreras y aspectos facilitadores para Colombia

2.1 Metodología

Una vez analizado el panorama internacional y con el fin de identificar los determinantes de la utilización de la evaluación económica de tecnologías sanitarias en Colombia en particular, se realizó un estudio transversal descriptivo. Se estructuró una entrevista tipo, que fue aplicada a los integrantes del principal cuerpo decisor del nivel macro y que en el caso de Colombia corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo está compuesto por 14 consejeros y 7 asesores permanentes, lo que conforma un grupo de 21 personas que representan a 20 instituciones.

La entrevista consideró todo tipo de tecnologías, no sólo los medicamentos. Se realizó una entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas que cubrió los siguientes aspectos:

- Información sobre el entrevistado: formación profesional y de posgrado del entrevistado, años de experiencia en el sector salud y de antigüedad en la institución donde labora, y años de experiencia participando en el proceso de toma de decisiones de asignación de recursos a tecnología sanitaria.
- Entrenamiento en economía: se indagó sobre la capacitación formal de los entrevistados en economía de la salud, en técnicas de EETS y se les preguntó por los tipos de EETS que conocían.
- Importancia del criterio de eficiencia: se averiguó sobre la importancia que da el entrevistado a las mejoras en eficiencia global del sistema de salud (maximización de un resultado dado un costo, o minimización de un costo dado un resultado)

a través de tecnologías sanitarias, comparada con criterios más estrechos como los de contención de costos o reducción de gastos en los presupuestos de salud.

- Experiencia en el manejo de EETS: con el objetivo de conocer si el decisor había utilizado las técnicas o había conocido de experiencias en el medio colombiano donde se hubieran aplicado, se indagó sobre qué técnicas se emplearon y para qué tipo de decisiones.
- Barreras al uso de EETS: se clasificaron, por orden de importancia, las barreras potenciales que los entrevistados juzgaron estaban presentes en el sistema de salud colombiano y que impedían la utilización de EETS en la toma de decisiones para asignación de recursos.
- Facilitadores para el uso de EETS: se indagó por los incentivos específicos que de acuerdo con el criterio de los encuestados permitirían un uso significativo de las técnicas de evaluación económica y sobre la realización de estudios locales.

Para la generación de resultados se hizo un análisis descriptivo, a excepción del apartado correspondiente a las barreras, para el que se aplicó el análisis de correspondencias que es una técnica estadística adecuada para estructurar cuantitativamente variables cualitativas (Peña, 2002, pp. 193-217).

Para el análisis de resultados el grupo de entrevistados se dividió por sectores. El sector uno, se denominó sector del Gobierno e incluyó a los representantes del Ministerio de la Protección Social, que tiene dos representantes dentro del CNSSS; a los representantes del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; al representante del Instituto de Seguros Sociales; al de las Direcciones Municipales de Salud; al de las Direcciones Seccionales de Salud; al de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) del sector oficial y al representante de la Superintendencia Nacional de Salud. Todos ellos son consejeros excepto el representante de la Superintendencia.

El sector dos, denominado Sector Privado, incluyó a los representantes del gremio empleador de la gran industria, del gremio empleador de la pequeña industria; de las Empresas Promotoras de Salud (EPS); de la Asociación de Cajas de Compensación; de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) del sector privado. Los tres primeros integrantes son consejeros y los otros dos participan en calidad de asesores permanentes.

El sector tres, denominado Sector Usuarios del Sistema, incluyó a representantes de los trabajadores del sector, a usuarios del sector rural y a pensionados. Todos ellos en calidad de consejeros.

TABLA 3. Cobertura sectorizada de instituciones participantes en la investigación

Sector	Número de personas CNSSS	Número de instituciones CNSSS	Instituciones participantes entrevista	Porcentaje de cobertura	Miembros directos del CNSSS entrevistados
1 - Gobierno	8	7	5	71	2
2 - Privado	5	5	4	80	4
3 - Usuarios	3	3	3	100	3
4 - Gremios médicos y Academia	5	5	5	100	3
TOTAL	21	20	17	85	12

Nota: El único entrevistado que no era miembro del Consejo, o sugerido por uno de ellos, fue uno de los representantes del sector Gobierno, donde para el caso de las Direcciones Municipales de Salud se escogió a un ex secretario de salud de Bogotá.

TABLA 4. Formación académica de los integrantes de la muestra entrevistada (en porcentajes)

Sector	Entrevistados (Número)	Pregrado (%)			Posgrado (%)		
		Economía/Contaduría	Medicina/Salud	Derecho	Economía/Administ.	Medicina	Derecho
1 - Gobierno	5	20	80	0	100	0	0
2 - Privado	4	25	25	50	100	0	0
3 - Usuarios	3	0	33	67	33	0	33
4 - Gremios médicos y Academia	5	0	100	0	80	20	0
TOTAL	17	12	65	23	82	6	6

Nota: En el caso de los estudios de posgrado los porcentajes totales no suman 100% ya que una persona, del sector Usuarios, no posee estudios de este nivel académico.

El sector cuatro, denominado Sector Gremios Médicos-Academia, incluyó a los representantes de los profesionales de la salud, de la Academia Nacional de Medicina, de las Facultades de Salud Pública, de la Federación Médica Colombiana y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). En este sector están la mayoría de asesores permanentes, siendo el único consejero el representante de los profesionales de la salud.

En aras de incentivar la participación y apertura de opiniones de los entrevistados, se acordó no personalizar opiniones, por lo que todas las tendencias se exponen de manera grupal, de acuerdo con los sectores definidos.

2.2 Resultados

En la tabla 3 se relaciona de manera sectorizada la cobertura de instituciones que participaron en las entrevistas. Todos los sectores fueron cubiertos. Los sectores Usuarios y Gremios Médicos-Academia fueron cubiertos en su totalidad con una alta participación de los miembros directos del Consejo. Algo similar sucedió con el Sector Privado, en el que se logró una cobertura del 80%. El sector Gobierno presentó mayores di-

ficultades para la realización de las entrevistas a los miembros directos del CNSSS; no obstante, de siete instituciones que participan en el CNSSS se logró entrevistar a cinco instituciones. En ese sentido, dado que es el sector que involucra mayor número de instituciones, la cobertura obtenida hace que el número de opiniones sea equiparable a la de los otros sectores.

En general, de las 20 instituciones que participan en el CNSSS se entrevistó a 17, lo que muestra una cobertura del 85% en cuanto a instituciones. Se lograron 12 entrevistas directamente con los representantes de estas instituciones que son miembros del CNSSS, cuatro entrevistas no se realizaron a miembros del CNSSS que por falta de disponibilidad de tiempo no podían atender la entrevista directamente, pero se realizaron a las personas sugeridas por ellos para responderla. Sólo en un caso, para el sector Gobierno, se entrevistó a una persona que no pertenece actualmente al CNSSS ni fue sugerida por uno de los miembros, pero que contaba con la experiencia, el conocimiento y el perfil necesarios para suministrar la información requerida por el instrumento de recolección de datos⁵.

Los resultados en cuanto a información preliminar de los entrevistados muestran que los niveles académicos

⁵ La metodología aplicada admite este tipo de remplazos para los casos en los cuales es difícil lograr la entrevista con el titular.



de pregrado de los entrevistados (tabla 4) son básicamente en el área médica y de la salud en los sectores Gobierno y Gremios-Academia, y de formación en derecho en los sectores Privado y Usuarios, pero los profesionales del área médica y del derecho han realizado estudios de posgrado en áreas de administración y economía, lo que en general le da al CNSSS, como grupo interdisciplinario, una visión holística del sector salud en sus componentes asistencial y gerencial.

Con respecto al entrenamiento en economía, como era de esperarse para un cuerpo colegiado de estas características y nivel, y tal como se observa en la tabla 5, existe un alto nivel de entrenamiento en economía de la salud. El Sector Usuarios presenta el menor indicador respecto a este aspecto (71%). Se destaca el hecho de que en el grupo de usuarios no exista una formación en esta área, lo cual, aunado a su debilidad en el proce-

samiento y generación de información sobre el sector, los hace particularmente sensibles e influenciados por los datos y opiniones generados en los otros sectores, elemento que fue expresado en las entrevistas.

Para indagar sobre la importancia del criterio de eficiencia, la entrevista se estructuró en dos partes; en la primera, se les solicitó considerar el impacto actual de la utilización de evaluación económica en la toma de decisiones calificándolo de alto, medio, bajo o ninguno; en la segunda, se les preguntó sobre si consideran importante sugerir la EETS como un requisito para la toma de decisiones futuras. La percepción respecto a la primera, tal como se ve en la tabla 6, está prácticamente dividida en partes iguales entre las calificaciones de alto, medio y bajo, y con un entrevistado del Sector Usuarios que la considera nula. El único sector, que como conjunto, siente que existe actualmente un impacto importante de estas técnicas es el de Gremios Médicos-Academia. En la segunda parte, los entrevistados contestaron que en decisiones futuras su recomendación debe ser la de utilizar la EETS como uno de los elementos de juicio en la toma de decisiones en el sector salud. Las razones resultan acordes con las sustentaciones teóricas que se encuentran en la bibliografía internacional:

- Para respaldar una decisión racional (con soporte técnico-económico): 71%
- Para mejorar la administración de recursos escasos: 59%
- Para mejorar la transparencia en la información: 18%
- Para mejorar los resultados en salud a largo plazo: 12%
- Para surtir requerimientos legales: 6%

TABLA 5. Entrenamiento en Economía de la Salud, del panel entrevistado (en porcentajes)

Sector	Entrevistados	Entrenamiento en economía de la salud (%)
1 - Gobierno	5	100
2 - Privado	4	75
3 - Usuarios	3	0
4 - Gremios médicos y Academia	5	80
TOTAL	17	71

TABLA 6. Percepción del impacto de la EETS en la toma de decisiones (en porcentajes)

Sector	Entrevistados	Percepción del impacto de la EETS en la toma de decisiones (%)			
		Alto	Medio	Bajo	Ninguno
1 - Gobierno	5	40	20	40	0
2 - Privado	4	25	25	50	0
3 - Usuarios	3	0	34	33	33
4 - Gremios médicos y Academia	5	60	40	0	0
TOTAL	17	35	29	29	7

Los porcentajes suman más de 100% ya que la pregunta era abierta y la mayoría de entrevistados dio más de una razón. Estas respuestas aportan evidencia sobre un conocimiento básico teórico de la EETS dentro del grupo de entrevistados. Igualmente las respuestas dadas indican que aunque existe un conocimiento básico sobre el uso de esta herramienta, aún no ha sido suficientemente impulsada para ser un elemento clave dentro del proceso de toma de decisiones en el CNSSS.

Para evaluar la experiencia en el manejo de EETS, era importante saber si el grupo tenía un conocimiento teórico de la EETS, y en ese sentido se preguntó sobre las técnicas de evaluación conocidas por ellos. Con excepción de dos entrevistados pertenecientes al sector Usuarios y al sector Gremios Médicos-Academia, todos tenían conocimiento explícito de al menos una de las técnicas de evaluación. Las otras dos personas expresaron el concepto general y la utilidad de las técnicas sin llegar al punto de poder nominarlas individualmente. Seguidamente se les indagó por su experiencia directa sobre el uso de la EETS en la toma de decisiones en el medio colombiano, a lo que todos los entrevistados, excepto uno del Sector Gobierno, expresaron haber recurrido a evaluaciones económicas para llegar a decisiones concretas en el sistema de salud. Para ampliar el sentido de esta respuesta, casi unánime, se indagó sobre la frecuencia de uso, la cual en términos generales fue expresada como baja, y en

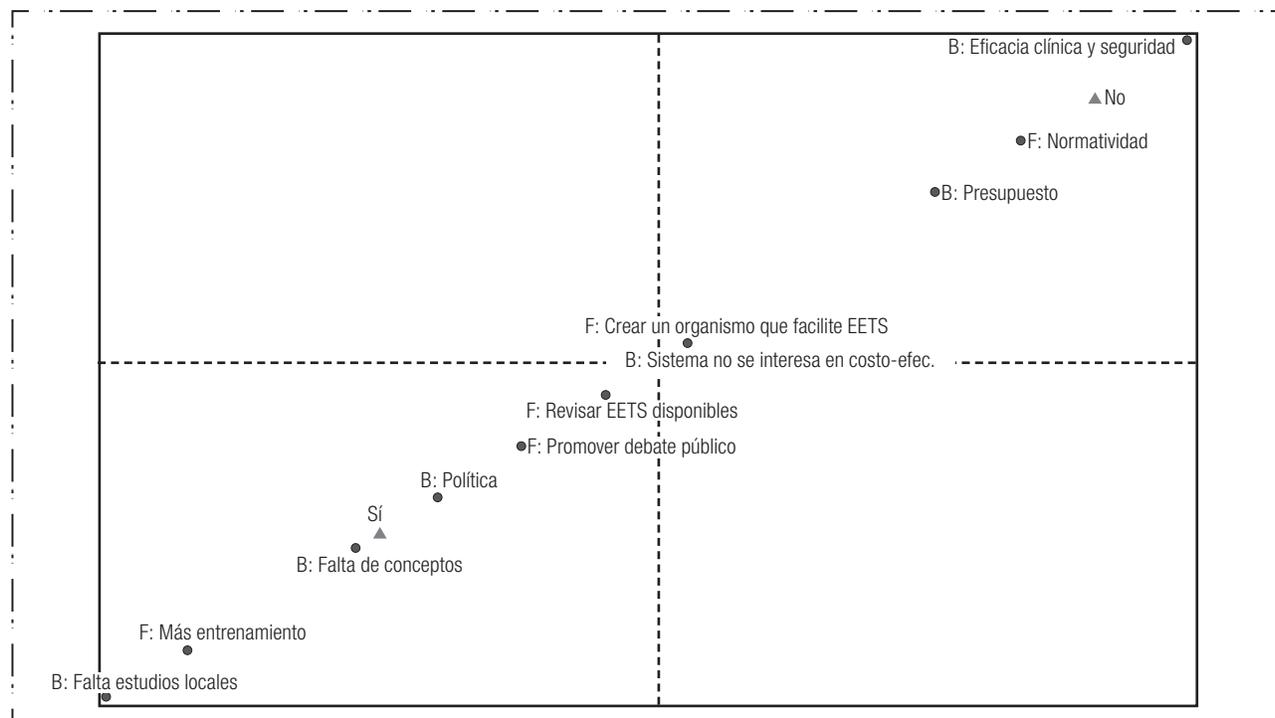
varios casos, con la utilización de estudios generados en otros países. Vale la pena resaltar que ninguno de los entrevistados le concedió importancia al tema de la transferibilidad de resultados de un entorno a otro, lo que habría hecho pensar en un conocimiento más profundo sobre la EETS. En general, se observa un conocimiento básico del tema pero sin la consiguiente aplicación en la toma de decisiones puntuales.

2.2.1 Barreras y aspectos facilitadores

Para la identificación de barreras y aspectos facilitadores se utilizó el análisis de correspondencias. Este análisis permite confrontar la información e identificar las tendencias más notorias entre las respuestas obtenidas (Greenacre, 2002; Sánchez *et al.*, 1999). Se utilizó una matriz en la cual se ubicaron a los entrevistados en las filas, y las respuestas a las diferentes preguntas en columnas. El análisis establece la distancia entre los entrevistados teniendo en cuenta el número de respuestas en las que coinciden. La “cercanía” entre las respuestas de los entrevistados deja ver las diferentes posiciones de ellos y, en consecuencia, se establecen tendencias. Estas respuestas se grafican en un espacio geométrico y a las agrupaciones resultantes se les calcula el valor promedio y la varianza.

El gráfico 1 muestra la frecuencia con la cual los entrevistados identificaron las barreras y los aspectos facilitadores. La barrera más mencionada fue la falta de

GRÁFICO 1. Análisis de correspondencias para barreras y estímulos del uso de EETS



B = Barreras para el uso de EETS en el sistema de salud colombiano
F = Factores facilitadores para el uso de EETS en el sistema de salud colombiano

estudios, seguida por las barreras falta de conceptos y política. En contraste, las barreras eficacia clínica, seguridad y presupuesto fueron las menos señaladas.

En este sentido el grupo entrevistado demostró coherencia al darle un peso similar a una barrera relacionada con la falta de los conceptos teóricos para el análisis de las EETS, con su facilitador correspondiente como es el proveer mayor entrenamiento a los actores involucrados en la toma de decisiones. Lo anterior está directamente relacionado con la barrera más crítica para el grupo entrevistado que es la falta de estudios locales y cuya realización debe ser una de las consecuencias del mayor entrenamiento y difusión de los conceptos asociados con las técnicas de evaluación económica.

Otra barrera que el grupo consideró importante es la relacionada con los imperativos políticos, que influyen significativamente la toma de decisiones al restar peso a los argumentos técnico-económicos. En la zona de las barreras que el grupo considera mucho menos importantes están las correspondientes a que el sistema no se interesa en identificar razones de costo-efectividad, a los presupuestos limitados que impiden adoptar nuevas terapias y al hecho de que las decisiones son básicamente relacionadas con la eficacia clínica y la seguridad de la tecnología sanitaria contemplada. A través de estas respuestas, el grupo corrobora que en el sistema existe un conocimiento teórico de los conceptos básicos de EETS, pero que existen impedimentos que frenan su aplicación a la toma de decisiones y que se deben a la falta de conocimiento más profundo sobre el tema y a los elementos políticos que finalmente llevan implícitos una defensa de los intereses sectoriales.

Con respecto a los facilitadores menos importantes, pero que aún se encuentran entre los significativos, están la promoción de más debate público acerca del impacto económico de las tecnologías sanitarias y el tener dentro de los equipos de toma de decisiones per-

sonas expertas en el tema, lo que retorna la discusión al tema del entrenamiento de los decisores y sus equipos de trabajo.

Los elementos facilitadores que se consideraron poco significativos fueron los relativos a la creación de un organismo gubernamental que realizara las EETS y el desarrollo de normatividad legal que involucre aún más a la EETS como elemento de decisión en la asignación de recursos. Respecto al primer punto, el grupo entrevistado le restó importancia ya que se considera que esta situación se resolverá una vez empiece a funcionar la Comisión de Regulación en Salud (CRES) creada con la Ley 1122 de enero de 2007, y que se espera lidere el proceso de soporte técnico-económico de las decisiones del sector. En el segundo punto los entrevistados adujeron, en general, que más que reforzar la normatividad existente sobre el tema, lo importante es la voluntad política para involucrar estas técnicas en la toma de decisiones.

No obstante lo anterior, y tal como se observa en la tabla 7, cuando se les solicitó a los entrevistados que expresaran cuál barrera consideraban la más importante, los elementos identificados fueron la defensa de intereses sectoriales, la ausencia de criterios técnicos para el proceso de toma de decisiones y, en consecuencia, la prevalencia de imperativos políticos, la ausencia de información, el desinterés del sistema en identificar la razón de costo-efectividad de tecnologías y los presupuestos limitados, los cuales se pueden incluir como barreras institucionales, atendiendo a la clasificación de Ross.

En cuanto a los elementos facilitadores (ver tabla 8), el grupo consideró mayoritariamente que el ítem de “Más entrenamiento en economía de la salud” es el más importante para incentivar el uso de EETS en el medio colombiano, lo que resulta coherente con el análisis de correspondencias.



TABLA 7. Principales barreras para la aplicación de la EETS en el sistema de salud colombiano

Barrera considerada más importante	Entrevistados que la consideraron la más importante	(%)
Los imperativos para decidir son principalmente políticos	3	18
El sistema no está interesado en el costo-efectividad; sólo en la reducción de costos	3	18
Presupuestos limitados que impiden adoptar nuevas terapias	3	18
Falta de estudios locales	2	12
No se dominan los conceptos requeridos para utilizar los estudios de evaluación económica	1	5
Costo alto para realizar una evaluación económica	1	5
Otras	4	24
TOTAL	17	100

Nota: En "otras", los entrevistados adicionaron elementos como defensa de intereses sectoriales, barreras legales y el hecho de que la EETS es un nuevo concepto (en desarrollo) en Colombia.

TABLA 8. Principales factores facilitadores para el uso de EETS en el sistema de salud colombiano

Facilitador considerado más importante	Entrevistados que lo consideraron el más importante	(%)
Más entrenamiento en Economía de la Salud	9	53
Promover más debate público acerca de los costos y beneficios de las tecnologías sanitarias	2	12
Una normatividad legal que involucre a la eficiencia económica como un factor de decisión clave	2	12
Otros	4	23
TOTAL	17	100

Nota: En "otros" se consideraron elementos como creación de centros de excelencia académica, cambios en los esquemas de incentivos y modificación del sistema por uno que esté menos basado en las fuerzas del mercado.

2.3 Conclusiones

En general se puede afirmar que los miembros del CNSSS consideran que en Colombia las barreras que existen para la utilización de la EETS son institucionales y educacionales. Se notó un conocimiento básico sobre las técnicas de EETS dentro del CNSSS, pero el sentir mayoritario de los integrantes de este grupo es que no existe un alto impacto de las mismas en el proceso de toma de decisiones, ya que pesan más los factores políticos, la defensa de intereses sectoriales y la estabilidad financiera del sistema.

También se observó que no existen incentivos en el CNSSS para que la toma de decisiones se base en estudios económicos con perspectiva social, tal como lo propende la EETS, para lo cual sería necesario modificar algunos procesos de toma de decisiones y que dependieran más de información basada en la evidencia. Esto contribuiría a aumentar la transparencia en la toma de decisiones relacionada con la asignación de recursos limitados en el sistema de salud colombiano. Esta situación se ve favorecida, según la percepción expresada por algunos entrevistados sobre el acceso y manejo de la información, en que el CNSSS se divide en dos grupos, uno que tiene los recursos suficientes para el procesamiento de información con-

formado por los entes gubernamentales y del sector privado, y otro conformado por los usuarios, gremios y academia, y que no tiene la facilidad para procesar y generar información haciéndolo dependiente en la toma de decisiones de la información proveniente del otro sector del CNSSS. Esto trae como consecuencia que no existe un contrapeso técnicamente sustentado por parte de un grupo del Consejo para poder debatir y tomar decisiones desde el punto de vista de asignación de recursos.

A pesar del propio conocimiento teórico que existe dentro de este grupo acerca de la EETS, sus integrantes expresan que en el sistema de salud en su conjunto no hay una suficiencia relacionada con las técnicas de evaluación, y por lo mismo sugieren que el principal facilitador para el uso de las mismas en la toma de decisiones sería fomentar el entrenamiento en economía de la salud. Tal como se anotó anteriormente, el grupo entrevistado mostró un conocimiento básico del tema planteado, pero cuando se llegó a puntos específicos como el de la capacidad de transferencia de resultados de otros contextos al propio, los miembros del Consejo no expresaron mayores dudas sobre esta opción, pese al amplio debate internacional surgido sobre este aspecto.

Aunque los recursos requeridos para realizar evaluación económica no se consideraron un impedimento importante, se mencionó durante las entrevistas que el CNSSS no tenía la posibilidad de realizar estudios propios, por lo que también se debe recurrir a la información provista por los sectores gobierno y entes privados. Es de resaltar la enorme confianza que los entrevistados tienen sobre el funcionamiento de la CRES como un cuerpo eminentemente técnico, que va a poseer la infraestructura necesaria para generar este tipo de estudios.

2.4 Repercusiones

Además de los resultados obtenidos con esta investigación, sería útil que se realizaran estudios similares en los niveles medio y micro del sector salud, y así tener una visión global de cuál es el estado actual en cuanto a la utilización de la EETS en el sistema de salud colombiano, y poder sugerir acciones integrales que incorporen estas metodologías dentro de la toma de decisiones en todos los estamentos del sector.

La confianza manifestada por los entrevistados en la CRES puede aprovecharse para potenciar su participación en el proceso de toma de decisiones, buscando superar allí las barreras institucionales identificadas, tales como la defensa de intereses sectoriales y el peso de los aspectos políticos en la toma de decisiones.

Igualmente, promover mecanismos que permitan que el sector de usuarios tenga la posibilidad de generar y analizar información para poder aportar criterios autónomos en la toma de decisiones, y que sea un actor con más peso dentro de este proceso, ya que finalmente es el sector que recibe el impacto, positivo o negativo, de las mismas.

Es de resaltar la potencial participación que puede tener el sector académico en cuanto al conocimiento, utilización y desarrollo de la EETS, así como en el desarrollo de investigaciones sobre el tema de la capacidad de transferencia de datos para aprovechar los esfuerzos de evaluación realizados en otros países. El sector académico debería ser la fuente de información para el sector usuarios, que carece de la infraestructura necesaria para generarla y analizarla.

Teniendo en cuenta que el principal facilitador para el uso de la EETS planteado por el grupo entrevistado es el entrenamiento en economía de la salud, es necesario efectuar una evaluación de los recursos con que cuenta el país en esta área y poder detectar los puntos que se deben reforzar para lograr promover la formación y el entrenamiento, así como la articulación entre la academia y los otros actores del sector salud con el fin de crear y fortalecer la masa crítica que permita avanzar conceptual, empírica y teóricamente en el conocimiento alrededor de estos temas.

Referencias bibliográficas

- Anis, A., Rahman, T. & Schechter, M. (1998). Using pharmacoeconomic analysis to make drug insurance coverage decisions. *Pharmacoeconomics*, 13, 119-126.
- Anell, A. (2004). Priority setting for pharmaceuticals. The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees. *Eur. J. Health Econom.*, 5, 28-35.
- Anell, A. & Persson, U. (2005). Reimbursement and clinical guidance for pharmaceuticals in Sweden. Do health-economic evaluations support decision making? *Eur. J. Health Econom.*, 50, 274-279.
- Badía, X. & Rovira, J. (1994). *Evaluación económica de medicamentos*. Barcelona: Edición Luzán.
- Díaz, J. (2005). Evaluación económica de tecnología sanitaria. *Rev. Col. Cienc. Quím. Farm.*, 34(2), 209-220.
- Drummond, M., Cooke, J. & Walley, T. (1997a). Economic evaluation under managed competition: evidence from the U.K. *Soc. Sci. Med.*, 45(4), 583-595.
- Drummond, M., Jönsson, B. & Rutten, F. (1997b). The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. *Health Policy*, 40, 199-215.
- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G. & Torrance, G. (2001). *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria* (2a. ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Drummond, M. (2004). Economic evaluation in health care: Is it really useful or are we just kidding ourselves? *The Australian Economic Review*, 37(1), 3-11.
- Gálvez González, A. M. (2003). *Guía metodológica para la evaluación económica en salud*. La Habana: Ministerio de Salud Pública; Escuela Nacional de Salud Pública, Área de Economía.
- Grabowski, H. & Mullins, D. (1997). Pharmacy benefit management, cost-effectiveness analysis and drug formulary decisions. *Soc. Sci. Med.*, 45(4), 535-544.
- Greenacre, M. (2002). Correspondence analysis of the Spanish National Health Survey. *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 160-170.
- Hoffmann, C. & von der Schulenburg, J. (2000). The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. *Health Policy*, 52, 179-192.
- Iglesias, C., Drummond, M. & Rovira, J. (2005). Health-care decision-making processes in Latin America: Problems and prospects for the use of economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(1), 1-14.
- Johannesson, M. (1995). Economic evaluation of health care and policymaking. *Health Policy*, 33, 179-190.
- Kobelt, G. (2002). *Health Economics: An introduction to economic evaluation* (2a. ed.). London: Office of Health Economics.
- Lazaro, P. (1994). *Evaluación de tecnología médica, papeles de gestión sanitaria. Monografía No. II-94*. Valencia: M/C/Q Ediciones.
- Nuijten, M. (1999). Pharmacoeconomics in European decision-making. *Value in Health*, 2(5), 319-322.
- Oliva, J., Del Llano, J., Antoñanzas, F., Juárez, C., Rovira, J. & Figueras, M. (2000). Impac-

- to de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito hospitalario. *Gestión Hospitalaria*, 11(4), 171-179.
- Oliva, J., Del Llano, J., Antoñanzas, F., Juárez, C., Rovira, J., Figueras, M. & Gervas, J. (2001). Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*, 7(4), 192-202.
- O'Malley, S. (2006). The Australian experiment: the use of Evidence Based Medicine for the reimbursement of surgical and diagnostic procedures (1998-2004). *Australia and New Zealand Health Policy*, 3(3).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. Washington: Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud.
- Ortún, V., Puig J. & Pinto, J. (2001). El análisis coste-beneficio en sanidad. *Atención Primaria*, 27(6), 275-278.
- Ortún, V., Puig J. & Pinto, J. (2001). Los costes en la evaluación económica de tecnología sanitaria. *Atención Primaria*, 27(3), 186 -189.
- Peña, D. (2002). *Análisis de datos multivariantes*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Ross, J. (1995). The use of economic evaluation in health care: Australian decision makers' perceptions. *Health Policy*, 31, 103-110.
- Sánchez, R. & Herrera, N. (1999). Caracterización de pacientes hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXVIII(1), 25-34.
- Sheldon, T., Cullum, N., Dawson, D., Lankshear, A., Lawson, K., Watt, I., West, P., Wright, D. & Wright, J. (2004). What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 329, 999.
- Suh, D., Okpara, I., Agnese, W. & Toscani, M. (2002). Application of pharmacoeconomics to formulary decision making in managed care organizations. *Am. J. Manag. Care*, 8, 161-169.
- Van Velden, M., Severens, J. & Novak, A. (2005). Economic evaluations of healthcare programmes and decision making. *Pharmacoeconomics*, 23(11), 1075-1082.
- Varian, H. (1999). *Microeconomía Intermedia* (5a. ed.). Barcelona: Antoni Bosch.



