



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356278>

Recibido: 13/02/2024

Aprobado: 17/04/2024

Publicado: 23/09/2024

Cita:

Vélez CM, Díaz-Hernández DP, Salazar-Franco OF, Patiño-Lugo DF, Velásquez-Salazar P, Velásquez JC, *et al.* Las tensiones sobre qué incluir y a quién cubrir en el sistema de salud colombiano desde la perspectiva de un grupo de ciudadanos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e356278

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356278>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Las tensiones sobre qué incluir y a quién cubrir en el sistema de salud colombiano desde la perspectiva de un grupo de ciudadanos*

Claudia Marcela Vélez¹, Diana Patricia Díaz Hernández¹, Olga Francisca Salazar Blanco³, Daniel Felipe Patiño Lugo⁴, Pamela Velásquez Salazar⁵, Juan Carlos Velásquez⁶, Leydi Camila Rodríguez Corredor⁷, Viviana Vélez-Marín⁸

- 1 Doctorado en Políticas en Salud. Universidad de Antioquia. Colombia. cmarcela.velez@udea.edu.co
- 2 Doctorado en Humanidades. Universidad de Antioquia. Colombia. diana.diaz@udea.edu.co
- 3 Maestría en Educación Superior en Salud. Universidad de Antioquia. Colombia. olga.salazar@udea.edu.co
- 4 Doctorado en Políticas en Salud. Universidad de Antioquia. Colombia. felipe.patino@udea.edu.co
- 5 Magíster en Epidemiología Clínica. Universidad de Antioquia. Colombia. pamela.velasquez@udea.edu.co
- 6 Especialista en estadística Universidad de Antioquia. Colombia. juan.velasquez9@udea.edu.co
- 7 Magíster en Epidemiología. Universidad de Antioquia. Colombia. leydi.rodriguez@udea.edu.co
- 8 Médica y cirujana. Universidad de Antioquia. Colombia. viviana.velez@udea.edu.co

Resumen

Objetivo: Esta investigación pretende explorar y comprender las percepciones de un grupo de ciudadanos sobre las tecnologías y los servicios en salud que deben financiarse con recursos públicos.

Métodos: Se utilizó un estudio de caso cualitativo. Se recolectó información mediante entrevistas semiestructuradas a 46 participantes en cinco grupos poblacionales (personas sin contacto reciente con servicios de salud, pacientes, trabajadores de la salud, administradores y tomadores de decisiones). Posteriormente, se realizó un análisis temático.

Resultados: Se identificaron dos aproximaciones para llevar a cabo la financiación de tecnologías y servicios en salud con recursos públicos: una aproximación la condiciona a 1) las características de quién necesita la atención, 2) la enfermedad que padece, 3) la tecnología o servicio requerido, y 4) la expectativa de desempeño eficiente del sistema de salud, determinando la cobertura por las condiciones económicas y la vulnerabilidad social de la persona, la urgencia de la atención o la evidencia de efectividad. La otra aproximación considera la cobertura total de las tecnologías y los servicios para todos los colombianos, basada en principios de dignidad humana, derecho a la salud y uso honrado de los recursos.

* Este texto es producto de la investigación “Percepciones ciudadanas sobre tecnologías y servicios a ser cubiertos con recursos públicos del sistema de salud, y rol de la evidencia en su modificación”, proyecto financiado por MinCiencias: Código 111584467348, Contrato 849-2019. Fecha de inicio: 17 de diciembre de 2019; fecha de finalización: 26 de junio de 2024.

Conclusiones: Las aproximaciones identificadas responden a tensiones sociales relativas a la estructura del sistema de salud y su organización en la prestación de servicios. Las tres tensiones más importantes son aquellas relacionadas con la capacidad económica del ciudadano, la perspectiva que define el concepto salud-enfermedad, y los significados de efectividad y evidencia científica.

-----*Palabras clave:* acceso a los servicios de salud, financiación gubernamental, necesidades y demandas de servicios de salud, participación ciudadana, sistema de salud

Tensions over what to include and who to cover in the Colombian health care system from the perspective of a group of citizens

Abstract

Objective: This study aims to explore and understand the perceptions of a group of citizens on health technologies and services that should be financed with public resources.

Methodology: A qualitative case study was used. Information was collected through semi-structured interviews with 46 participants in five population groups (people with no recent contact with health services, patients, health workers, administrators and decision makers). Subsequently, a thematic analysis was carried out.

Results: Two approaches to financing health technologies and services with public resources were identified. One approach conditions it on 1) the characteristics of those who need care, 2) the disease they suffer, 3) the technology or service required, and 4) the expectation of efficient performance of the health system, determining coverage according to the economic conditions and social vulnerability of the person, the urgency of care or evidence of effectiveness. The other approach considers full coverage of technologies and services for all Colombians, based on principles of human dignity, right to health and honest use of resources.

Conclusions: The approaches identified respond to social tensions related to the structure of the health system and its organization in the provision of services. The three most important tensions are those related to the economic capacity of the citizen, the perspective that defines the health-illness concept, and the meanings of effectiveness and scientific evidence.

-----*Keywords:* access to health services, government financing, health service needs and demands, citizen participation, health system.

As tensões sobre o que incluir e a quem dar cobertura no sistema de saúde colombiano desde a perspectiva de um grupo de cidadãos

Resumo

Objetivo: Esta pesquisa pretende explorar e compreender as percepções de um grupo de cidadãos sobre as tecnologias e os serviços em saúde que devem ser financiados com recursos públicos.

Metodologia: Foi usado um estudo de caso qualitativo. Coletou-se informação por meio de entrevistas semiestruturadas a 46 participantes em cinco grupos populacionais (pessoas sem contato recente com serviços de saúde, pacientes, trabalhadores da saúde, administradores e tomadores de decisões). Posteriormente, foi realizada uma análise temática.

Resultados: Identificaram-se duas aproximações para fazer o financiamento de tecnologias e serviços em saúde com recursos públicos. Uma aproximação condiciona o financiamento 1) às características de quem precisa a atenção, 2) à doença que padece, 3) a tecnologia ou serviço requerido e 4) à expectativa de desempenho eficiente do sistema de saúde, determinando a cobertura pelas condições econômicas e a vulnerabilidade social da pessoa, a urgência da atenção ou a evidência da efetividade. A outra aproximação considera a cobertura total das tecnologias e os serviços para todos os colombianos, baseada em princípios de dignidade humana, direito à saúde e uso idôneo dos recursos.

Conclusões: As aproximações identificadas respondem a tensões sociais relativas à estrutura do sistema de saúde e sua organização na prestação de serviços. As três tensões mais importantes são aquelas relacionadas com a capacidade econômica do cidadão, a perspectiva que define o conceito saúde-doença e os significados de efetividade e evidência científica

-----*Palavras-chave:* acesso aos serviços de saúde, financiamento governamental, necessidades e demandas de serviços de saúde, participação cidadã, sistema de saúde

Introducción

La *participación ciudadana*, entendida como el proceso mediante el cual los ciudadanos que no ostentan cargos públicos se comprometen con los procesos de toma de decisiones sobre asuntos gubernamentales que los afectan directa o indirectamente, ha ganado protagonismo en los últimos años [1] y se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud [2-4]. Como consecuencia de la pandemia por la COVID-19, los ciudadanos han desarrollado un mayor interés y voluntad para incidir sobre las decisiones políticas en salud [5,6]. Sin embargo, este mayor interés y voluntad no se traduce *ipso facto* en mayores espacios u oportunidades de participación.

Los encargados de la toma de decisiones deben comprometerse con los procesos de participación ciudadana, mediante la identificación del momento del ciclo político en el cual esta participación es deseable, necesaria o indispensable; la escucha de las opiniones de aquellos que serán afectados por las decisiones, y la incorporación y el reflejo de dichas opiniones en los resultados finales. Los sistemas de salud se benefician de la consolidación de espacios y procesos de participación, al aportar decisiones más transparentes, legítimas, responsables, aceptables y creíbles para los ciudadanos [7].

En Colombia, a pesar de los beneficios que se le reconocen a la participación ciudadana, entre los que se incluyen la deliberación pública para dirimir diferencias y construir acuerdos, el fortalecimiento de la democracia y la confianza en sus reglas de juego, varios autores han señalado cómo los espacios institucionales de participación ciudadana en salud tienen un alto nivel de restricción y falta de peso en las decisiones gubernamentales [8-10].

La definición de las prioridades en salud, especialmente al decidir cuáles tecnologías y servicios en salud financiar con el presupuesto público, es una gran preocupación de tomadores de decisiones, investigadores, profesionales y la ciudadanía en general. Colombia no es ajena a este desafío; por el contrario, el reconocimiento progresivo de la salud como derecho fundamental impulsa el interés del sistema de salud en que las voces ciudadanas se reflejen en las decisiones sobre lo que se debe financiar con recursos públicos [11].

Dando cumplimiento al mandato de la Corte Constitucional, la Ley 1751 de 2015 [12] delegó en el Ministerio de Salud y Protección Social el establecimiento de un procedimiento técnico-científico y participativo para determinar las tecnologías y los servicios que serán excluidos de la cobertura con el presupuesto público, y esta ley se ejecutó por medio de la Resolución 330 de 2017 [13]. Pese a los avances realizados tanto por el Ministerio de Salud y Protección Social como por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud para incorporar los valores y las preferencias de los ciudadanos

en las decisiones, existe escepticismo en los tomadores de decisiones sobre la capacidad de un ciudadano informado para participar y contribuir a la tarea de definir las exclusiones y prioridades en salud [14].

En Colombia, el establecimiento de las prioridades en salud es aún más complejo, por factores como la desconfianza que exhiben las partes interesadas sobre la legitimidad de los espacios de participación y sus participantes, la falta de conocimiento sobre las percepciones de los colombianos en cuanto a las tecnologías y los servicios que deben ser financiados con recursos públicos y, finalmente, por el prejuicio que existe sobre la capacidad del ciudadano común de anteponer el bienestar colectivo al interés individual [15].

A pesar de los desafíos, la literatura académica en el campo de los sistemas de salud ha identificado que el uso de la evidencia científica mejora el proceso de toma de decisiones políticas [16] y enriquece a la participación ciudadana [17]. Actualmente, se reconoce la importancia de proponer, desarrollar y evaluar mecanismos que apoyen el uso de la evidencia científica por los tomadores de decisiones y las partes interesadas, como una estrategia para fortalecer los sistemas de salud [18,19]. El uso de esta evidencia trasciende el simple empleo de la información sobre la efectividad de las intervenciones médicas y abarca preguntas más amplias sobre cómo organizar los sistemas de salud para garantizar que las intervenciones lleguen a aquellos que las necesitan, de manera que sean social y culturalmente aceptables.

En este contexto de vacíos y desafíos, esta investigación se propuso explorar y comprender las percepciones que algunos ciudadanos tienen sobre cuáles tecnologías y servicios en salud deben pagarse con recursos públicos.

Metodología

Este estudio cualitativo empleó entrevistas semiestructuradas realizadas a diferentes ciudadanos: personas sin contacto reciente con servicios de salud (*plain citizens*), pacientes, profesionales de la salud, administradores y tomadores de decisiones, que fueron transcritas, codificadas y analizadas por el equipo de investigación, desde un paradigma constructivista para explorar las percepciones de estos diferentes grupos de participantes colombianos sobre las tecnologías y los servicios que deberían financiarse con los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss).

Diseño

Se utilizó la metodología de estudio de caso embebido [20], un diseño de caso único en el cual en un caso incorporan varias subunidades de análisis llamadas “unidades embebidas”, ofreciendo oportunidades de

un análisis más extenso. En esta investigación, este diseño permite un análisis interno de las visiones de cada grupo de participantes por separado y su comparación con los otros.

Para este estudio, el contexto fue el SGSSS colombiano y su normatividad, tipo de financiamiento, infraestructura, recursos humanos, modelo de entrega de servicios y mecanismos de definición de tecnologías y servicios cubiertos.

El caso se circunscribe a las percepciones que los colombianos tienen sobre las tecnologías y los servicios que deberían financiarse con los recursos públicos del SGSSS.

Las unidades embebidas fueron los grupos de participantes con intereses, conocimientos y valores diferentes frente al sistema de salud.

Participantes

Se aplicó un muestreo intencional, para tener una pluralidad en la selección de los participantes, principalmente en cuanto a edad, representación geográfica y género [21].

Los participantes se clasificaron en cinco grupos, de acuerdo con su forma de relacionarse con el sistema de salud, su experiencia y perspectiva de este. Se proyectó elegir entre 4 y 8 participantes por grupo, para un total de 20 a 40 incluidos en el estudio o hasta lograr la saturación de la muestra.

El primer grupo estuvo conformado por personas que no han tenido contacto reciente con los servicios de salud (no han sido pacientes o cuidadores de pacientes en los últimos 12 meses), no son profesionales de la salud, administradores o tomadores de decisiones, ni tienen una relación familiar con alguno (hasta segundo grado de consanguinidad). El segundo fueron pacientes, tanto con enfermedades crónicas como aquellos con un uso reciente de los servicios de salud. El tercer grupo estuvo compuesto por profesionales de la salud con vinculación a diferentes áreas. El cuarto, por personas con experiencia en la administración de instituciones de salud públicas o privadas en los últimos cinco años. El último grupo fueron personas encargadas de la toma de decisiones en instituciones públicas a nivel nacional, departamental o municipal, o con funciones de contratación de servicios y establecimiento de redes de atención en empresas administradoras de planes de beneficios.

Los candidatos postulados para participar en el estudio por el equipo de investigación fueron contactados telefónicamente, en persona o por correo electrónico, utilizando un mensaje preestablecido de invitación al estudio.

Guía y procedimiento de entrevista

El equipo de investigación desarrolló una guía de entrevista semiestructurada con dos secciones: en la primera, se realizaron tres preguntas abiertas, indagando por la

opinión general sobre tecnologías y servicios de salud que deberían o no ser cubiertos con recursos públicos, y la experiencia de pagar de forma particular por ellos. En la segunda sección se presentaron cuatro casos que representaban situaciones polémicas para decidir la cobertura o no de ciertas tecnologías y servicios, en las que se preveía que las opiniones podían ser muy variadas. Esta selección se hizo acudiendo a casos que circularon en los medios de comunicación.

La guía de la entrevista fue refinada después de ser aplicada en una prueba piloto; la versión final se adjunta en el Anexo, y fue usada en todas las entrevistas del proyecto posterior a la firma del consentimiento informado y a la autorización de grabación.

Las entrevistas fueron transcritas y revisadas por un miembro del equipo de investigación para corroborar su exactitud. Los textos transcritos fueron anonimizados y almacenados digitalmente, para su posterior análisis.

Análisis de información

El equipo de investigación desarrolló un banco de códigos usados como categorías semilla para el análisis de las entrevistas. Se efectuó una prueba piloto de codificación abierta de dos entrevistas, que sirvió para depurar el banco de códigos y acordar su forma de uso. La lista final de códigos consistió en opiniones sobre el pago con recursos públicos o no de diversas tecnologías y servicios en salud, y las justificaciones para esas opiniones.

La codificación abierta de las entrevistas transcritas fue efectuada por parejas del equipo de investigación. El análisis de la información, de acuerdo con los grupos de participantes (unidades embebidas), fue realizada en múltiples reuniones del equipo hasta definir las categorías de correlación, así como las similitudes y diferencias entre cada grupo. Se elaboraron varios memos analíticos para documentar las impresiones iniciales sobre los temas que emergieron y sus relaciones.

Se empleó un proceso de codificación axial que estableció categorías que interconectaron la lista de temas, opiniones y justificaciones relacionadas con las consideraciones de inclusión de las tecnologías y los servicios para ser financiados con recursos públicos [21,22].

El programa ATLAS.ti™ 6.2 fue utilizado para facilitar la codificación abierta y axial.

Reflexividad

El equipo de investigación discutió en plenarias las experiencias propias, las opiniones y los conocimientos sobre el sistema de salud y las tecnologías y los servicios que deberían ser financiados con recursos públicos.

Para evitar que estas percepciones propias de los investigadores influyeran en la forma de analizar o presentar los resultados, se corroboró en grupo que las categorías

emergentes y las conexiones entre temas efectivamente emergieran del análisis de las entrevistas y que todos los puntos de vista identificados en ellas quedaran representados en las categorías y los hallazgos a reportarse.

Ética

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en su Acta 009 del 9 de mayo del 2019. Todas las recomendaciones de ética de investigación fueron acogidas por el equipo de investigación, garantizando que los participantes reconocieran sus derechos, que incluye el de retirarse en cualquier momento del estudio, la confidencialidad y el que el estudio no representara un riesgo para su vida o su buen nombre.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de esta investigación. Inicialmente, se hace un análisis descriptivo de la población. Posteriormente, se lleva a cabo un análisis de las percepciones de los cinco grupos de participantes por separado y, por último, se correlacionan categorías sobre la financiación de las tecnologías y los servicios en salud con recursos públicos identificados por los diferentes grupos poblacionales.

Descripción de los participantes

La muestra final incluyó 46 personas, con edades entre los 23 y los 66 años (media = 39; desviación estándar = 11); el 57 % fueron mujeres. Hubo 5 participantes en los grupos de pacientes, 5 en los administradores de servicios de salud y 5 en tomadores de decisiones; 13 en el grupo de profesionales de la salud y 18 en el de personas sin contacto reciente con servicios de salud. Las características de los entrevistados están resumidas en la Tabla 1.

En el grupo de pacientes se entrevistó a personas provenientes de tres departamentos —Antioquia, Santander, Meta—, afiliadas tanto a régimen contributivo como subsidiado, con variedad de condiciones que requirieron la atención en servicios de medicina clínica, quirúrgica, hospitalización y cuidados ambulatorios, e incluyó un participante que fue el cuidador de un niño que requirió atención médica reciente. En el grupo de profesionales de la salud, se entrevistó a profesionales de medicina, enfermería, odontología, trabajo social e instrumentación quirúrgica, quienes se encontraban laborando en instituciones públicas y privadas, tanto en servicios ambulatorios como de hospitalización y servicios quirúrgicos. Todos los administradores de servicios de salud estuvieron localizados en el departamento de

Antioquia —residentes de los municipios de Rionegro, Ebéjico, Medellín y Mutatá—, con vinculación a instituciones prestadoras de servicios de salud y secretarías de salud. Se entrevistó a 2 tomadores de decisiones del orden local —solo de Antioquia— y 3 del orden nacional, algunos vinculados con instituciones privadas y otros con instituciones públicas, tanto de la rama ejecutiva como judicial.

En el grupo de personas sin contacto reciente con servicios de salud se entrevistó a personas localizadas en dos departamentos —Antioquia y Caldas— y en Bogotá. Hubo representación por residencia en zona urbana y rural, y por pertenencia a estratos socioeconómicos del uno al cinco. De acuerdo con la vinculación al sgsss, 3 participantes estaban afiliados al régimen subsidiado, 14 al contributivo y 1 a un régimen especial. El nivel educativo de los entrevistados en este grupo varió desde secundaria hasta posgrado, 8 manifestaron tener hijos y 5 reportaron pertenecer a alguna organización ciudadana.

Argumentos para definir la financiación o no de tecnologías y servicios con recursos públicos

Los participantes consideraron diferentes razones para justificar cuándo una tecnología o un servicio de salud debería o no estar pagado con recursos públicos (véanse Figura 1 y Tabla 2). Una primera perspectiva fue la de incluirlo todo sin que mediara ningún criterio de priorización por población o tecnología/servicio. Quienes coincidieron en esta perspectiva adujeron tres justificaciones: la primera está basada en el precepto de dignidad humana, que reclama la cobertura de la totalidad de tecnologías y servicios requeridos por cada persona, de tal manera que se materialice y alcance la dignidad humana individual. La segunda se sustenta en la prerrogativa derivada del pago de seguridad social, que les atribuye al cotizante y sus beneficiarios el derecho a recibir todas las tecnologías y los servicios que se requieran. La última justifica la cobertura total como respuesta y alternativa a la desconfianza en la administración de los recursos públicos del sistema de salud; en este caso, los ciudadanos anteponen el acceso a todas las tecnologías y los servicios al riesgo de malversación de los recursos de la salud por corrupción o inapropiada administración.

Además de las opiniones sobre la cobertura total y para todos, identificamos cuatro dominios de argumentos que subordinan la cobertura de tecnologías y servicios con recursos públicos: características de la persona, de la enfermedad, de la tecnología o el servicio, y argumentos de desempeño eficiente del sistema

Tabla 1. Características de los participantes por grupos poblacionales

Características	Personas sin contacto reciente con servicios de salud (N = 18)												Tomadores de decisiones (N = 5)			
	Pacientes (N = 5)				Profesionales (N = 13)				Administradores (N = 5)				37-55			
	29-66				23-57				31-46							
Rango de edad*	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	11	61,1	4	80,0	7	53,8	2	40,0	2	40,0	2	40,0	2	40,0	2	40,0
Mujeres participantes	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Municipio de residencia*																
Bello	1	5,6	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bogotá	3	16,7	-	-	2	15,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bucaramanga	-	-	1	20,0	4	30,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ebéjico	2	11,1	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Envigado	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manizales	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marinilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medellín	8	44,4	2	40,0	6	46,2	1	20,0	1	20,0	4	80,0	1	20,0	4	80,0
Mutatá	-	-	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Rionegro	-	-	-	-	-	-	2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-
San Jerónimo	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villavicencio	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yolombó	-	-	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Régimen de salud																
Subsidiado	3	16,7	2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contributivo	14	77,8	3	60,0	13	100,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0
Especial	1	5,5	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plan de atención complementaria																
Sí tiene	3	16,7	1	20	2	15,4	2	40	2	40	1	20	1	20	1	20
No tiene	15	83,3	4	80	11	84,6	3	60	3	60	4	80	4	80	4	80

Variables particulares por grupo poblacional	Área de residencia		Sitio de atención		Sector de trabajo		Entorno de trabajo administrativo		Alcance de las decisiones	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	14	77,8	1	20,0	7	53,8	3	60,0	2	40,0
	4	22,2	4	80,0	6	46,2	2	40,0	3	60,0
							IPS		Local	
							Secretaría de Salud		Nacional	
Estrato socioeconómico										
	3	16,7	1	20,0	5	38,5	-	-	Privada	60,0
	3	16,7	1	20,0	3	23,1	-	-	Pública	40,0
	3	16,7	1	20,0	4	30,8				
	7	38,9	1	20,0	1	7,7				
	2	11,1	1	20,0						
Nivel educativo										
	3	16,7								
	3	16,7								
	6	33,3								
	6	33,3								
	8	44,4								
¿Pertenece a alguna organización ciudadana?										
	5	27,8								

* Esta información es para todos los participantes

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.



Figura 1. Argumentos para la cobertura de tecnologías y servicios en salud con recursos públicos. TyS: tecnologías y servicios; SS: sistemas de salud.

Fuente: Construcción propia, con base en los resultados de esta investigación

Características de la persona

El primer dominio condiciona la cobertura a las *características de la persona* receptora de la atención en salud, particularmente en lo relacionado con el nivel de necesidad de la atención; la afectación en su calidad de vida, el bienestar psicosocial o la limitación de su dignidad humana; los factores de vulnerabilidad, por ejemplo, considerando la edad —priorizando niños y ancianos—; la residencia geográfica, la etnicidad y la condición socioeconómica —capacidad de pago—, como se refleja en el siguiente fragmento de uno de los entrevistados:

Si es un Ardila Lule, o un Sarmiento Angulo,[†] no. Yo no puedo destinar los recursos de la salud a darle tratamiento gratuito a ese tipo de personas si ellos pueden pagar [Mujer grupo 1].

[†] Hace referencia a familias multibillonarias de Colombia [Nota de los autores]

Comúnmente, en este dominio, ciudadanos de los diferentes grupos poblacionales invocaron argumentos de equidad y justicia social que priorizan la garantía del ciudadano para recibir una atención en salud acorde con sus necesidades, buscando alcanzar una equidad horizontal y vertical.

Características de la enfermedad

El segundo dominio condiciona la cobertura con recursos públicos a las *características de la enfermedad* o condición de la persona que requiere la tecnología o el servicio. Esto significa que, para algunos participantes, ciertos tipos de enfermedades, como las cardiovasculares, legitiman la cobertura con recursos públicos del sistema de salud, mientras que otras enfermedades o condiciones, como aquellas que afectan la salud mental,

Tabla 2. Argumentos para la cobertura de tecnologías y servicios en salud con recursos públicos expresados por los grupos de participantes

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Obligación constitucional	<p>"Es que... en un Estado ideal, ¿cierto? En el Estado que se inventaron en el siglo XIX y a principios del siglo XX debía cubrirse todo; pero resulta que somos demasiados, ya somos demasiados, y pues... resulta un poco más complejo... pero ¿por qué? Porque, en teoría, ese Estado tiene que garantizar eso, un estado de bienestar, y ese estado de bienestar también implica la salud de sus ciudadanos"</p> <p>"Yo vuelvo a decirle, con más datos y contextualizando esa situación. El Estado deberá garantizarle, porque si dan para publicidad política, esto también es dignidad de la persona humana; me parece que sí, evidentemente analizando el contexto; no así con la frasecita suelta porque 'puede generar errores en la interpretación'"</p>	<p>"Yo pensaría que no solo los exámenes; yo pensaría que todo lo que esté relacionado con la vida, con la salud debería de ser... de ser responsabilidad, pues, del Gobierno, de que todo se lo pague para que usted esté en un buen estado de salud"</p>	<p>"Porque estamos en un Estado social de derecho, donde prima la salud como un derecho fundamental para todos los colombianos, sin exclusión de nuestra edad, clase social, nivel académico; simplemente porque es un derecho inalienable que tenemos y es el derecho a la salud"</p> <p>"Yo veo la salud como un derecho igual que la educación, y el Estado te debería brindar todo eso. Yo digo que es una visión muy paternalista, no te deberían cobrar por educación, porque tú luego vas a retribuir todo eso"</p>	<p>"Si nosotros nos fundamentamos en el derecho a la vida y a la salud, implica que independientemente del costo, lo que te están garantizando es un derecho y este no tiene cuantía, es un derecho. Entonces, pienso que independientemente del costo, debe estar cubierto si te va a garantizar calidad de vida y mejora del cuadro clínico"</p>	<p>"Porque es que yo no tengo la culpa de que mi enfermedad requiera un tratamiento más costoso que la de otros. Finalmente, es el derecho a la salud, que tiene como consecuencia el derecho a la vida. No tendrían por qué limitarme, sabiendo que yo lo necesito. Creo que es deber del Estado brindarme los mecanismos que yo requiera para garantizar mi derecho a la salud"</p> <p>"Pues todo lo que cubra las enfermedades: tanto enfermedades como prevención, porque la salud es primordial; de hecho, es un derecho constitucional y necesitamos que el Estado lo garantice"</p>
	<p>"Yo pienso que todo debería de ser [cubierto]. ¡Hombre! Yo estoy cotizando con un grupo familiar: mi grupo familiar debería tener derecho a todo ese beneficio que yo como cotizante tengo"</p> <p>"Entonces, uno a veces pierde tratamientos porque uno no los puede comprar. Y uno dice: ¡Hombre! ¡Yo pagando una seguridad social y cómo no tengo derecho a este tratamiento porque el POS no lo cubre! Me parece que uno, sabiendo que está cotizando la seguridad social, deberían cubrirle! Nadie elige enfermarse, pero cubrirle el tratamiento que uno necesita"</p>	<p>"Lo que pasa es que en los pueblos alguna gente dice: 'Ay, es que el Estado me da'. Y yo digo: 'No, el Estado no le da; eso lo pagamos los contribuyentes, porque aportamos'... entonces, yo que soy más paternalista, diría que todo lo tendría que cubrir"</p> <p>"Pues, la verdad, yo considero que todas, eh... ¿por qué? Porque por lo menos nosotros, cuando somos empleados, nos hacen pagar, digamos de cierta manera, la salud; entonces, ahí ya estamos aportando, aparte de los impuestos que pagamos, f"</p>		<p>"Pienso que los servicios, por ser un derecho fundamental, no deben diferenciar enfermedades o patologías, medicamentos o no, capacidad económica o no; por eso, hay un sistema circulatorio de recursos donde también hay unos aportes del Estado, de los contributivos que somos los que pagamos y nos sacan un porcentaje para cubrir el régimen subsidiado, o sea que tenemos una dinámica económica positiva y bien hecha"</p>	
Derecho por cotizar al sistema de salud					

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
	<p>"Sí, porque nosotros estamos realizando permanentemente aportes al sistema de seguridad social y considero que es equitativo y justo que al uno realizar esos aportes mes a mes durante décadas, el Estado se haga cargo de ello"</p>	<p>uera de los servicios, y esos son recursos que también van destinados al Gobierno. Pues yo pienso que deberían cubrirnos en todo lo que se afecte la salud"</p>	<p>"Creo que hay una mala intención de la EPS. Esa persona necesitaba hacerse ese procedimiento dentro de su PBS; por lo tanto, no debió haber barrera de acceso al servicio... O sea que la EPS lo que hizo fue generar una barrera administrativa al acceso de los servicios de salud. Eso debería ser no solamente rechazado, sino castigado"</p>		
Corrupción en el sistema de salud	<p>"Porque se puede decir 'no, es que yo necesito pañales', y esa misma persona puede llegar, los coge y va y los vende; entonces, es necesario saber si se necesita"</p> <p>"Pienso que el mismo sistema, en la parte de corrupción, trata la salud como si fuera un negocio, como si quisiera al máximo prestar los servicios básicos con los medicamentos y tecnologías más baratas, tanto en exámenes como en medicamentos, e incluso colocando las trabas para poder ser atendidas las personas por los especialistas que realmente requieren. Entonces, para acceder a un especialista, hay que recorrer un sinnúmero de veces un médico general, cuando ya lo hicieron. Entonces, yo pienso que ese sistema de corrupción y el acceso a las tecnologías ha sido permeado en contra del usuario y todas las personas de Colombia"</p>				

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Características de la persona	<p>"Si es un Ardila Lule, o un Sarmiento Angulo, no. Yo no puedo destinar los recursos de la salud a darle tratamiento gratuito a ese tipo de personas si ellos pueden pagar"</p> <p>"Todo porque hay gente que no tiene recursos para pagar; si a veces les queda difícil pagar un copago de \$3000 o 4000, ahora un examen, o droga... Yo pensaría que todo"</p>	<p>"Que se le nieguen a uno inclusive por tutela, que porque el [nombre comercial del medicamento] es cosmético... Yo entiendo que es cosmético, pero no lo es para todo el mundo; para algunos es salvador"</p> <p>"Porque posiblemente el trauma que haya sufrido la mujer después de haber tenido o que le hayan arrebatado algo tan femenino como los senos, entonces me parece que sí debería cubrirlo"</p> <p>"Como le digo, lo más grave debería estar incluido en el sistema, por ejemplo, para los niños, personas con cáncer. Yo creo que los medicamentos y todo debería estar incluido en el sistema de salud"</p>	<p>"Sí, porque ahí hay una connotación que va ligada con el tema de la identidad como mujer y en este caso digamos que los senos no solamente son vistos desde el ámbito de la funcionalidad que pueda llegar a tener una mujer, sino en su elemento identitario y cómo se ven a sí mismas, tu condición de mujer. No es solamente el tema de un gusto, porque ahí hay una patología y alteró la percepción de esta persona en su condición como mujer. En este caso, es necesario y lo necesita, claro que sí"</p> <p>"Si yo tengo un problema que lo soluciona o lo corrige, el cirujano plástico y psicológicamente está creando un problema en mí, no solo física, sino mentalmente. También eso debería estar dentro de los recursos a los que tiene derecho"</p>	<p>"Ese es un problema ético y era parecido al que le contaba de [nombre de la EPS]; y es que transferir todo ese dineral a dos personas, y mire que soy sacerdote. Habría que preguntarnos: ¿qué niveles de calidad de vida se están logrando a partir de ese tratamiento?"</p> <p>"Cuando me pones específicamente que no incluya lo de belleza, se me viene a la cabeza la imagen de Natalia Ponce León, la muchacha esta que le desfiguraron... entonces, uno dice: ¿toda esta cirugía reconstructiva pues, finalmente, qué está buscando... belleza?"</p>	<p>"[Depende] de la edad también, porque no es lo mismo invertir en una persona joven que tiene más posibilidades de sobrevivir que en una persona de la tercera edad"</p>
	<p>"Porque una cosa es el cambio de género y está bien el tratamiento hormonal, pero, entonces, ya quieren lipoescultura, liposucción, que les hagan las mamas, les quiten, etc."</p>	<p>"Muy complejo y entendiendo la defensa de los transgéneros y de todas estas personas con trastornos y temas de identidad de género. Que no solamente tengamos que cambiar los defectos, pero después nos entutelan para embellecerlos, y es ahí donde ya no me parece, porque aparte de cambiarles el género hay que dejarlos bonitos. Ahí ya me parece que se abusa del sistema"</p>	<p>"Escúcheme bien, porque no quiero sesgar, como médico, sería ideal que todo estuviera cubierto, pero en un país como el nuestro, donde se muere más gente por desnutrición; donde se mueren más personas por cáncer —este sigue siendo una de las mayores causas de mortalidad—, estas enfermedades ocasionales esporádicas y muy raras, no sé hasta qué punto [puedan] desgastar todo un sistema nacional de"</p>	<p>"Mi idea siempre ha sido costo de oportunidad. Yo me iría por afectaciones más generales, no tan específicas"</p>	<p>"Una mamoplastia de aumento en pacientes con disforia de género, en este caso transmeninos, considero que sí lo debe cubrir frente a un principio de integralidad en una condición en salud, que es el paciente que se siente mujer y que ya tiene todo ese abordaje integral; porque no es entregar una tecnología por entregarla, porque hay EPS que si les llega un fallo judicial, entonces [dicen]: 'Entreguémosle mamas'; que también quiere glúteos: 'Entonces démosle glúteos': ¡No!"</p>

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
	salud, en la cobertura de ese tipo de enfermedades, sometiendo y quitándole recursos a una población mayoritaria"		<p>"Dependiendo del número de casos y pacientes; si se pudiera como condicionar con eso, para que se cubrieran los de alto costo para enfermedades más frecuentes en la población que para las enfermedades más raras"</p> <p>"pero si es una chica que tiene unos senos muy grandes que le está causando problemas de espalda y en el hombro, ¿por qué no se le puede hacer con los recursos públicos si ella ya tiene un problema físico y mental?"</p>		
Características de la tecnología o servicio	<p>"Si tienen el respaldo científico, deberían ser cubiertas. Pero lo que le digo: con el respaldo científico, no lo que dijo el yerbatero de la esquina que eso le va a servir"</p> <p>"Ese tipo de operaciones, no me cabe en la cabeza que se tengan que cubrir con recursos de salud pública como tal, porque realmente no tienes una enfermedad, no pasaste por un proceso médico ni una desgastante enfermedad como el cáncer ni la quimioterapia, que te acaba el pelo y tiene muchos efectos en el cuerpo, como para venir a decir que</p>	<p>"Por ejemplo: muchas estéticas son por vanidad; pero si realmente lo necesita, la EPS debería pagarlo; aunque si es por vanidad, creo que no"</p>	<p>"Ya hay una 'batería' de opciones terapéuticas para las enfermedades, y eso que está recomendado por la comunidad médica para hacer las formulaciones o de tecnologías ya está, y eso es lo que debería cubrir el sistema de salud... entonces, yo creo que esas terapias alternativas no deberían ser cubiertas, porque lo cubierto debería ser lo que está indicado dentro de las recomendaciones de los académicos"</p>	<p>"No... lo que sean temas experimentales... pienso que no debería estar cubierto por el POS. Por supuesto, es que cuando estamos en etapas investigativas [...], todavía estamos en márgenes altos de ensayo y error, que no nos van a garantizar la seguridad del paciente"</p>	<p>"Lo único que yo diría que no debería pagarse con el sistema de salud, que científica y médicamente esté comprobado, es todo lo que sean intervenciones estéticas que estén motivadas por un mejoramiento de la imagen y no por una preexistencia o una condición clínica de base"</p> <p>"Aspectos suturarios, de carácter experimental, y que se hagan por fuera del país, es decir, esos criterios no deberían tener reconocimiento. Tenemos</p>

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
	no estás contenta con una parte del cuerpo o 'estoy como aburrida y me voy a hacer un implante'; o 'no me gusta el gordito que tengo, me voy a hacer una liposucción'"				muchos pacientes que nos piden tratamientos en el exterior cuando no tienen evidencia científica, sino que son experimentales, que porque en Boston o en Houston lo están haciendo de esa forma y que da resultado en algunos pacientes, y resultamos pagándolos cuando no debería ser así"
Argumentos del sistema	<p>"Pues hace poco leí la noticia de un niño que necesitaba un tratamiento experimental y el tratamiento era en Estados Unidos, es decir, un tratamiento en miles de dólares. Por ese lado, el costo y, por otro lado, que es un tratamiento experimental y los resultados puede que no sea lo que las personas esperan. Y teniendo en cuenta que los recursos siempre son limitados, yo creo que en algunas ocasiones —es duro decirlo—, pero ese tipo de tratamientos no se pueden cubrir. Yo sé que estamos hablando de un ser humano y el sufrimiento y todo eso, pero sabiendo que con ese mismo dinero uno puede destinarlo para tratar otro tipo de enfermedades con tratamientos comprobados que tienen efectividad, me iría, pues, por ese lado"</p>	<p>"Sinceramente, ya eso sí ya está por fuera total... Yo digo, [cubrir] las que uno sabe que son para enfermedades normales, para ciertos tratamientos que se nos pueden presentar, eso me parece perfecto; pero ya para la cosa más costosa y que uno no sabe si van a servir o si no van a servir, pero si cuestan un montón de plata, me parece que no"</p>	<p>"Si tiene evidencia, y es semejante a otro y tiene mejor precio, se le puede dar. Pero si hay otras cosas más económicas y tiene igual o superior efectividad, no habría indicación de recurrir a este tipo de ejemplo específico"</p>	<p>"En alguna oportunidad llegó un usuario con leucemia, y resulta que, haciendo los cálculos presupuestales, esa sola persona se gastaba todo el presupuesto del departamento del Chocó en atención de la IPS. Entonces, viene el conflicto ético de atendemos a este con leucemia o atendemos al resto de la población afiliada a ese sistema. Por eso, a mí me parece que eso debe ser escrutado con lupa y manejado con suprema discreción, donde se le garanticen las condiciones de salud"</p> <p>"Entonces, una inseminación artificial, no es el hecho de hacer la inseminación, sino los</p>	<p>"En la literatura médica y económica en salud hay muchos análisis sobre desperdicios en salud, y muchas tecnologías prescritas a veces no le están generando beneficio al paciente, sino efectos adversos o maleficencia como tal, y desperdicios de tecnologías que realmente los pacientes no requieren"</p> <p>"Independientemente del precio, desde que tengan un estudio que se demuestre y esté prescrito por el médico de que va a funcionar y que tiene probabilidades, si creo que tiene que estar cubierto por el sistema, independientemente del valor del mismo"</p>

Argumento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
	<p>"Las cosas deben tener también un límite y otra vez, volviendo al tema de que es un sistema con recursos limitados, hay que usarlos de la manera más eficiente. Y a veces eso implica evaluar un riesgo de hacer o no hacer un tratamiento"</p>			<p>controles y las posibles pérdidas que puedes tener más adelante. O sea, no sabemos cómo va a continuar la cascada y qué recursos va a consumir del Estado, y estos no son infinitos, están en un presupuesto y hay que hacerlos rendir. Yo que he sido administrador, he visto esa dificultad, de tener que destinar un poco de recursos para algo que no va a surgir"</p> <p>"Ahí sí me pone en un dilema. Considero que no, porque no todos traen la mejoría que debería traer. Si todos los tratamientos costosos dieran muy buenos resultados, yo le diría que sí; pero como no todos garantizan un éxito o una mejoría sustentable o relevante, entonces considero que no todos deberían ser autorizados"</p>	<p>"Las cosas deben tener también un límite y otra vez, volviendo al tema de que es un sistema con recursos limitados, hay que usarlos de la manera más eficiente, y a veces eso implica evaluar un riesgo de hacer o no hacer un tratamiento"</p> <p>"Para mí, lo que determina si un servicio de salud debe o no estar incluido serían criterios técnicos científicos. Y hay una discusión de las debilidades de la ciencia que tampoco es una fuente irrefutable o infalible; pero, precisamente, ese pensamiento científico, esa duda metódica es la que nos permite replantear constantemente los conceptos, verificar lo que se está haciendo y cambiar lo que es susceptible de ser mejorado"</p> <p>"El sistema debería financiar lo que es efectivo y no debería financiar lo que no es efectivo. El problema está en que ambos conceptos no son categóricos ni existe una dicotomía clara objetiva sobre cómo clasificar algo si es efectivo o no, y se mueve más dentro de un espectro de efectividad"</p>

eps: Empresa Promotora de Salud; ips: Institución Prestadora de Salud; pbs: Plan de Beneficios en Salud; pos: Plan Obligatorio de Salud.

las enfermedades raras o huérfanas, o aquellas cuyo tratamiento es etiquetado como “cosmético”, no califican como meritorias de cobertura con recursos públicos.

También se mencionó que las actividades de promoción y prevención dirigidas a toda la población, o a grandes grupos dentro de esta, deberían ser privilegiadas.

Estas enfermedades ocasionales esporádicas y muy raras, no sé hasta qué punto [puedan] desgastar todo un sistema nacional de salud en la cobertura de ese tipo de enfermedades, sometiéndolo y quitándole recursos a una población mayoritaria [Hombre grupo 3].

Características de la tecnología o el servicio

El tercer dominio condiciona la cobertura a las *características de la tecnología o el servicio* demandado. En este dominio se recogen gran parte de los criterios de exclusión que utilizó la Corte Constitucional en la Ley 1751 de 2015 [12]. Por ejemplo, los participantes mencionaron que tecnologías y servicios prestados por fuera del país, con propósito cosmético y en fases experimentales, deberían ser pagados de manera particular y no cubiertos con recursos públicos.

Algunos ciudadanos de los diversos grupos mencionaron que tecnologías y servicios costosos, clasificados como “medicinas alternativas”, o considerados complementarios al plan de beneficios en salud como, por ejemplo, los insumos de aseo, también deberían estar excluidos del pago con recursos públicos.

Aspectos suntuarios, de carácter experimental, y que se hagan por fuera del país [...] no deberían tener reconocimiento. Tenemos muchos pacientes que nos piden tratamientos en el exterior cuando no tienen evidencia científica, sino que son experimentales, que porque en Boston o en Houston lo están haciendo de esa forma y que da resultado en algunos pacientes, y resultamos pagándolos cuando no debería ser así [Hombre grupo 5].

En los casos de los dominios dos y tres (características de la enfermedad y características de la tecnología), identificamos que los participantes utilizaron razonamientos que coinciden con una aproximación utilitarista de la justicia social, en la que se maximiza el bienestar agregado y se asume que los recursos del sistema de salud deben invertirse en ciertas tecnologías y servicios o enfermedades que generan un beneficio neto más grande para la sociedad. En este sentido, cubrir con recursos públicos los tratamientos para enfermedades crónicas prevalentes genera más utilidad que cubrir la atención en salud mental o la que requieren personas con enfermedades raras.

Yo digo, [cubrir] las que uno sabe que son para enfermedades normales, para ciertos tratamientos que se nos pueden presentar, eso me parece perfecto; pero

ya para la cosa más costosa y que uno no sabe si van a servir o si no van a servir, pero sí cuestan un montón de plata, me parece que no [Mujer grupo 2].

Argumentos del sistema

En el último dominio recogimos lo que denominamos *argumentos del sistema*, entendidos como aquellos que indican una expectativa de desempeño eficiente del sistema de salud. Dentro de este dominio resaltamos cuatro premisas que fueron empleadas como criterios para definir la financiación o no de las tecnologías y los servicios en salud: 1) la existencia de evidencia científica, que para efectos prácticos implica que en su ausencia no se financia con recursos públicos, y que en su presencia pasa a una fase de reflexión sobre su cobertura; 2) la demostración de efectividad y beneficio de la tecnología o el servicio requerido; en este caso, se cubriría aquello que acredite beneficio y seguridad; 3) la comprobación de una relación favorable entre los costos y el beneficio, lo que supedita la exclusión de la tecnología o el servicio a aquello que razonablemente exhiba un costo muy alto para un beneficio muy pequeño; y 4) la confirmación de ser una tecnología o un servicio explícitamente recomendado por el cuerpo médico-científico, para ser usado en la condición del paciente.

Si tiene evidencia, y es semejante a otro y tiene mejor precio, se le puede dar. Pero si hay otras cosas más económicas y tiene igual o superior efectividad, no habría indicación de recurrir a este tipo de ejemplo específico [Hombre grupo 3].

Adicionalmente, identificamos otros dos argumentos que hacen referencia, por un lado, a la necesidad de priorizar y racionar el gasto en salud, reconociendo la exigüidad de los recursos públicos del sistema de salud; y, por otro, a la obligación constitucional de garantizar y hacer prevalecer en cada decisión los derechos a la salud, la vida y la dignidad humana.

Entonces, una inseminación artificial, no es el hecho de hacer la inseminación, sino los controles y las posibles pérdidas que puedes tener más adelante. O sea, no sabemos cómo va a continuar la cascada y qué recursos va a consumir del Estado, y estos no son infinitos, están en un presupuesto y hay que hacerlos rendir. Yo que he sido administrador, he visto esa dificultad, de tener que destinar un poco de recursos para algo que no va a surgir [Hombre grupo 4].

Identificamos algunas tensiones que influyeron en las percepciones de los colombianos sobre qué tecnologías y servicios en salud deben financiarse con recursos públicos y cuándo. Las tres tensiones más importantes hacen referencia a: 1) el uso de criterios sobre la capacidad económica del ciudadano —y no de su necesidad en salud— para determinar la cobertura de su atención

con recursos públicos; 2) la perspectiva adoptada para definir qué es salud-enfermedad y, por ende, la tensión que emerge entre las enfermedades y las condiciones consideradas “legítimas” y las que no lo son; y 3) la ambigüedad o especificidad que pueden tener los conceptos de *efectividad* y *evidencia científica*.

La primera tensión identificada entre varias personas sin contacto reciente con servicios de salud, pacientes y administradores fue considerar la condición económica de una persona como criterio para definir la cobertura o no de la tecnología o el servicio requerido. Bajo este argumento, es la capacidad económica la que califica y acredita al ciudadano como merecedor de una atención en salud financiada con recursos públicos, y no su necesidad médica [23]. En palabras de los entrevistados, equivale al criterio de “cubrirlos a pobres y cobrarlos a ricos”.

La segunda tensión está vinculada a la definición de salud y enfermedad que tuvieron los participantes. Algunos entrevistados juzgaron que existen enfermedades o condiciones “legítimas” que merecen para su tratamiento la cobertura con recursos públicos del sistema de salud. Por ejemplo, reconocieron fácilmente la legitimidad de cubrir las condiciones prevalentes, las enfermedades físicas y las que requieren tecnologías y servicios dirigidos a mejorar la funcionalidad; pero hubo discrepancias cuando se hizo referencia a las enfermedades mentales, raras o huérfanas, o condiciones en las que los tratamientos tienen el propósito de mejorar la autoestima o calidad de vida. Uno de los entrevistados comentó lo siguiente:

Cuando me pones específicamente que no incluya lo de belleza, se me viene a la cabeza la imagen de Natalia Ponce León, la muchacha esta que le desfiguraron... entonces uno dice: ¿toda esta cirugía reconstructiva pues, finalmente, qué está buscando... belleza? ¡Claro que no! [Mujer grupo 3].

La tercera tensión se asocia al uso de los argumentos de efectividad para decidir la cobertura o no de una tecnología o un servicio. Básicamente, esto hace referencia a que conceptos como *evidencia* o *efectividad* no están exentos de interpretación o cargados de valores.

Discusión

Mediante las entrevistas realizadas identificamos dos aproximaciones claves para considerar qué tecnologías y servicios de salud deberían estar financiados con recursos públicos (en la Tabla 3 se encuentran descritos según grupos poblacionales). Una aproximación condiciona la cobertura o inclusión de las tecnologías y los servicios a las características inherentes de la persona que necesita la atención, la enfermedad que padece, las tecnologías y los servicios requeridos, o las expectativas

de un desempeño eficiente del sistema de salud. La otra, para argumentar la cobertura total de las tecnologías y los servicios requeridos por todos los colombianos, utiliza axiomas relativos a la dignidad humana, el derecho fundamental a la salud, y el uso honrado y legítimo de los recursos.

También identificamos tres tensiones que influyeron en las percepciones de los colombianos sobre qué tecnologías y servicios en salud deben financiarse con recursos públicos y cuándo. La primera tensión hace referencia al uso de criterios sobre la capacidad económica del ciudadano —y no de su necesidad en salud— para determinar la cobertura de su atención con recursos públicos. Aunque a simple vista parece un criterio de equidad o justicia social, lo cierto es que estos criterios no son simples de usar ni están libres de prejuicio e inequidad. La línea que marca quién es rico y quién es pobre no es fácil de delimitar e impone una dificultad especial cuando se trata de distinguir quiénes están en el centro de esa dicotomía, es decir, alguien de clase media sin capacidad de pago. Por ejemplo, ¿una familia cuya vivienda propia es clasificada como estrato 2, tiene *per se* más necesidad económica que una familia que reside alquilando una vivienda clasificada como estrato 4? ¿Una persona con tres salarios mínimos de ingreso y cuatro dependientes tiene *per se* menos necesidad económica que una persona con un salario mínimo de ingreso y sin dependientes? Trasladar este tipo de preguntas al sistema de salud, al médico, al hospital o al juez que falla una tutela, pareciera una carga demasiado pesada y con alto riesgo de sesgos.

La preferencia dada a la condición económica como criterio para acceder a la atención en salud financiada con recursos públicos contradice un valor primordial en los sistemas de salud, el de organizar la atención y el cuidado de acuerdo con el grado de necesidad de la atención. Estas dos perspectivas, substancialmente diversas, demandan una amplia discusión en la sociedad colombiana, principalmente porque nuestro sistema se financia mediante impuestos públicos que se cotizan proporcional al nivel de ingreso salarial. La esencia de este SGSS supone que el ciudadano, cuando está sano y activo laboralmente, contribuye a la financiación del sistema de acuerdo con su capacidad de pago. Luego, no parece racional que cuando el ciudadano está enfermo, el sistema de salud lo juzgue, de acuerdo con su riqueza, como no merecedor de la atención en salud que ayudó a financiar.

El asunto es aún más complejo si se acepta que el principio de necesidad de la atención médica es el que debe prevalecer al determinar el acceso a las tecnologías y los servicios en salud financiados con recursos públicos. Entonces, ningún ciudadano podría ser excluido debido a su capacidad de pago; pero tampoco sería equitativo que alguien demande una mayor atención en

Tabla 3. Matriz de correlación de los determinantes de financiación de tecnologías y servicios en salud con recursos públicos identificados por los diferentes grupos poblacionales

Argumentos para la financiación con recursos públicos		Tecnología y servicio						
		Insumos de aseo		Medicina alternativa	Costoso/alto costo	Experimental	Fuera del país	Cosmético
Persona	Calidad de vida/ dignidad humana	Cubrirlo	NR	Cubrirlo	NR		Cubrirlo	Cubrir todo lo que busca la dignidad humana
	Condición socioeconómica	No cubrirlo a aquellos con capacidad de pago			NR			Cubrir a aquellos sin capacidad de pago
	Necesidad		Cubrirlo		No cubrirlo	NR		Cubrir todo lo que necesitan las personas
	Vulnerabilidad	Cubrirlo a los ancianos			NR			Cubrir todo a niños y gestantes
Tipo de enfermedad				NR				Cubrir todo a personas con enfermedades crónicas
Enfermedad	Prevalencia	NR		No cubrirlo para enfermedades raras		NR		Cubrir todo en las enfermedades prevalentes
	Estético			NR			No cubrirlo si solo tiene un propósito cosmético	NR
Sistema	Evidencia	NR	No cubrirlo si no tiene evidencia	Cubrirlo si tiene evidencia			NR	
	Efectividad	NR	Cubrirlo si es efectivo	NR			Cubrirlo	Cubrir todo lo que es efectivo
			No cubrirlo si es inefectivo					

Argumentos para la financiación con recursos públicos	Tecnología y servicio					
	Insumos de aseo	Medicina alternativa	Costoso/alto costo	Experimental	Fuera del país	Cobertura total
Recomendado	NR		Cubrirlo		NR NR	Cubrir todo lo recomendado
Costo-beneficio						
Recursos limitados	No cubrirlo		NR		No cubrirlo	NR
Obligación constitucional						
Derecho por cotizar al sistema	NR		Cubrirlo		NR	Cubrirlo todo porque es un derecho NR
Para evitar la corrupción	No cubrirlo			NR		Cubrir todo porque es una mejor alternativa que dejarlo a merced de la corrupción

NR = No respuesta.

salud o un cuidado preferencial en virtud de su riqueza o capacidad de pago. Distintos autores han indicado que la “necesidad” es un principio distributivo más legítimo que otros, como “la capacidad de pago”, porque es relevante clínicamente y se puede defender moralmente [24]. Sin embargo, todavía es cuestión de debate cómo conceptualizar y clasificar las necesidades de las personas [24-26]. Académicos dedicados al estudio de los sistemas de bienestar también han resaltado que existe una contradicción en los sistemas de salud: aquella de poner en la misma dimensión los valores de la universalidad y la focalización, cuando estos representan dimensiones opuestas de los estados de bienestar, siendo más útil entender lo opuesto al universalismo como “residualismo”, y la focalización como un residualismo “pro pobre” [27-30].

La segunda tensión identificada estuvo vinculada a la definición de salud y enfermedad que tuvieron los participantes. Algunos entrevistados juzgaron que existen enfermedades o condiciones “legítimas” que merecen para su tratamiento la cobertura con recursos públicos del sistema de salud. Esta tensión fue más evidente en lo relacionado con la cobertura con recursos públicos de las tecnologías y los servicios necesarios para atender personas con enfermedades o condiciones que requieren un tratamiento estético. Parece que los límites entre propósito de la intervención y el tipo de tecnologías y servicios requerido se confunden. Que el procedimiento requerido sea una cirugía plástica no resuelve *per se* la pregunta sobre la necesidad y el propósito de la cirugía; un mismo procedimiento puede ser ofertado a alguien que lo necesita o a alguien que lo desea; para una persona puede tener un propósito reconstructivo o dirigido a mejorar la calidad de vida, mientras que para otra puede ser la forma de alcanzar un ideal de belleza personal. Discernir entre los propósitos no siempre es obvio e introduce una zona gris donde podrían establecerse reglas concertadas para decidir en cada caso particular, pero integradas a la cotidianidad de la atención en salud en Colombia y con la perspectiva de garantizar el principio de dignidad humana.

La tercera tensión se asoció al uso de los argumentos de efectividad para decidir la cobertura o no de una tecnología o un servicio. Como otros autores han señalado, no siempre es posible demarcar una línea que diferencie lo efectivo de lo que no lo es [31,32]. La efectividad no se refiere a una medida única, es un calificador de un desenlace en salud evaluado. En otras palabras, la efectividad puede ser estimada para desenlaces como dolor, calidad de vida, discapacidad, mortalidad, entre otros, y estos desenlaces no son intercambiables o iguales, y no tienen el mismo significado en una enfermedad que en otra. Además de esto, una misma tecnología o servicio puede ser efectivo para una condición, pero no efecti-

vo o menos efectivo para otra, haciendo que los riesgos superen los beneficios. Asimismo, la efectividad de una intervención puede ser muy pequeña comparada con sus altos costos. Por esto, si se implementaran procesos sistemáticos de participación y deliberación ciudadana en la toma de decisiones de políticas en salud, un elemento importante sería diseñar estrategias de educación y entrenamiento a los participantes (técnicos y no técnicos) para utilizar criterios de efectividad, así como los análogos de evidencia y costo-eficacia.

Fortalezas y limitaciones

Una gran fortaleza de esta investigación radica en haber reunido las perspectivas de personas con diferentes perfiles y nivel de contacto con el sistema de salud, involucradas o no en la toma de decisiones médicas, administrativas o políticas. Entendiendo que las posiciones que los ciudadanos asumen están influidas por su propia experiencia y conocimiento de las enfermedades y los sistemas de salud, buscamos que esas opiniones quedaran representadas en los resultados de esta investigación.

Una limitación del estudio fue considerar que los cinco grupos de ciudadanos se comportarían homogéneamente en su interior y, por ende, subestimar la diversidad de posiciones que emergerían en los grupos de profesionales de la salud y personas sin contacto reciente con servicios de salud, especialmente aquella diversidad relativa a una posición política o ideológica, la cual no preguntamos en este estudio. Para abordar la diversidad de opiniones que fueron surgiendo durante las entrevistas en estos dos grupos, se decidió ampliar el número de entrevistados hasta lograr la saturación temática, haciendo el número de participantes en esos dos subgrupos superior al de las categorías pacientes, administradores y tomadores de decisiones. Los investigadores consideramos que esta estrategia fortaleció los análisis, los resultados y las conclusiones de esta investigación.

Implicaciones para el campo de las políticas en salud

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones para la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano, puesto que contribuyen al conocimiento sobre las preferencias y percepciones que los colombianos tienen sobre cómo priorizar el gasto en salud y qué valores motivan la aceptación y el apoyo a las decisiones que buscan organizar y priorizar la prestación de los servicios de salud en el país.

Las tensiones que identificamos revelan la dificultad para generar un consenso sobre cuáles son los prin-

cipios que deben guiar las decisiones de priorización de recursos. Por este motivo, algunos investigadores sugieren que los tomadores de decisiones deben garantizar un proceso justo y transparente para tomar estas decisiones. Por ejemplo, el marco de “*accountability for reasonableness*” (conocido como A4R y que puede ser traducido a “razonabilidad exigible”) [33] propone cuatro criterios que deben tener estos procesos: 1) rendición de cuentas y divulgación: las decisiones de asignación de recursos y las razones que la subyacen deben ser transparentes y públicas; 2) relevancia: las razones que subyacen las decisiones deben ser respaldadas en evidencia relevante; 3) revisión y apelación: el procedimiento debe permitir la revisión y apelación de las decisiones por parte de diferentes actores del sistema, y 4) regulación y aplicación: debe contar con mecanismos que garanticen que los tres criterios anteriores se cumplan [34,35].

Adicionalmente, nuestros hallazgos motivan futuras investigaciones sobre participación y opinión ciudadana, sobre el estado real de la participación ciudadana en Colombia, y sobre aproximaciones más empíricas que tengan como objetivo evaluar el grado de generalización de nuestros resultados en la población colombiana, y si estas percepciones se diferencian de las de otros ciudadanos en sistemas de salud de otros países, con formas diferentes de financiación o en contextos políticos y sociales diversos.

Conclusión

La definición de prioridades en salud, especialmente decidir cuáles tecnologías y servicios financiar con el presupuesto de los sistemas de salud, es una gran preocupación de los ciudadanos. En Colombia, el reconocimiento progresivo de la salud como derecho fundamental ha promovido un interés del sistema de salud en reflejar las opiniones ciudadanas en las decisiones sobre aquello que será financiado con recursos públicos.

En esta investigación encontramos que los colombianos tienen diferentes percepciones sobre los criterios que deben usarse para definir lo que se debe financiar o no con recursos públicos. Algunas responden a tensiones sociales relativas a la estructura del sistema de salud colombiano y a cómo se ha organizado la prestación de servicios de salud. Las tres tensiones más importantes hacen referencia al uso de criterios sobre la capacidad económica del ciudadano para determinar su cobertura por la atención en salud con recursos públicos, la percepción adoptada para definir qué es salud-enfermedad y, por ende, que enfermedad es “legítima” de ser cubierta con recursos públicos y, por último, la ambigüedad o especificidad que pueden tener los conceptos de *efectividad y evidencia científica*.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Ana María Pérez, Javier Steven Granda, Juan Esteban González y Claudia Yaneth Vera por las transcripciones y el apoyo en la recolección de información.

Declaración de fuente de financiación

El estudio fue financiado por Minciencias (Convocatoria 849-2019)

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no tienen conflictos de interés que declarar

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista en el artículo son responsabilidad exclusiva de los autores, no vinculan a la Universidad de Antioquia ni a Minciencias

Declaración de contribución por autores

Claudia Marcela Vélez:

- 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del artículo, así como a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Escritura y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Diana Patricia Díaz Hernández:

- 1) Contribución a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Olga Francisca Salazar Blanco

- 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del artículo, así como a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Daniel Felipe Patiño Lugo

- 1) contribución sustancial a la concepción y diseño del artículo, así como a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) revisión y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Pamela Velásquez Salazar

- 1) Contribución a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Juan Carlos Velásquez

- 1) Contribución en el análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito
- 3) Apoyo en la construcción de gráficas y tablas del manuscrito

Leydi Camila Rodríguez Corredor

- 1) Contribución a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito

Viviana Vélez-Marín

- 1) Contribución a la adquisición, análisis e interpretación de los datos
- 2) Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito

Referencias

1. Herzog L, Lepenies R. Citizen science in deliberative systems: Participation, epistemic injustice, and civic empowerment. *Minerva*. 2022;60:489-508. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11024-022-09467-8>
2. Kishimoto K, Kobori H. COVID-19 pandemic drives changes in participation in citizen science project "City Nature Challenge" in Tokyo. *Biol Conserv*. 2021;255:109001. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2021.109001>
3. Chen Q, Min C, Zhang W, et al. Unpacking the black box: How to promote citizen engagement through government social media during the COVID-19 crisis. *Comput Human Behav*. 2020;110:106380. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106380>
4. Chan EYY, Gobat N, Dubois C, et al. Bottom-up citizen engagement for health emergency and disaster risk management: Directions since COVID-19. *Lancet*. 2021;398(10296):194-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01233-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01233-2)
5. Aldret AD. Participación ciudadana en la gestión y en las políticas públicas. *Gest. Polít. Pública* [internet]. 2017 [citado 2024, abr. 24];26(2):341-79. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792017000200341
6. De Weger E, Drewes HW, Van Vooren NJE, et al. Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *PLoS One*. 2022;17(3):e026540. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265404>
7. Nabarette H, Chastenay MH, Dupont JCK, et al. Patient and citizen participation at the organizational level in health technology assessment: An exploratory study in five jurisdictions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2023;39(1):e51. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0266462323000417>
8. Rueda Rodríguez B. La efectividad de la participación desde la experiencia de las instancias deliberativas locales en Bogotá. *Rev Relac Int Estrateg y Segur* [internet]. 2018 [citado 2024 abr. 24];7(2):131-55. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/ries/article/view/85/1720>
9. Velásquez FE. La participación ciudadana en Bogotá: entre la institucionalización y la movilización. *Cidur* [internet]. 2014:71-102. [citado 2024 abr. 24]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n71/n71a05.pdf>
10. Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, et al. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(6):697-707. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1135-57272005000600009>
11. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, et al. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: A study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan*. 2001;16(Supl. 2):52-60. DOI: https://doi.org/10.1093/HEA-POL/16.SUPPL_2.52
12. Colombia, Congreso de la Republica. Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
13. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 330, por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones (2017, feb. 14).
14. Vélez M, Wilson MG, Abelson J, et al. Understanding the role of values in health policy decision-making from the perspective of policy-makers and stakeholders: A multiple-case embedded study in Chile and Colombia. *Int J Heal Policy Manag*. 2019;9(5):185-97. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.94>
15. Vélez CM, Wilson MG, Lavis JN, et al. A framework for explaining the role of values in health policy decision-making in Latin America: A critical interpretive synthesis. *Heal Res Policy Syst*. 2020;18:1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00584-y>
16. Pantoja T, Barreto J, Panisset U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *BMJ*. 2018;362:k2469. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2469>
17. Carman KL, Maurer M, Mangrum R, et al. Understanding an informed public's views on the role of evidence in making health care decisions. *Health Aff*. 2016;35(4):566-74. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1112>
18. World Health Organization. Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva, Switzerland: World Health Organization [internet]; 2021 [citado 2024 abr. 24]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039872>

19. Global Commission on Evidence to Address Societal Challenges. Global Evidence Commission update 2024: Building momentum in strengthening domestic evidence-support systems, enhancing the global evidence architecture, and putting evidence at the centre of everyday life. Hamilton, Ontario: McMaster University [internet]; 2024 [citado 2024 abr. 24]. Disponible en: <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/evidence-commission/update-2024.pdf>
20. Yin RJ. Chapter 2: Designing case study- identifying your case(s) and establishing the logic of your case: What Are the potential single-case designs (Types 1 and 2)? En: Case study research: Design and methods. 6th ed. Thousand Oaks, CA SAGE Publications Inc.; 2017. pp. 87-90.
21. Patiño-Lugo DF, Vélez CM, Díaz-Hernández DP, et al. Whoever wants better healthcare simply pays more: Citizens' perception about voluntary private health insurance in Colombia. *Int J Equity Health*. 2024;23:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02086-z>
22. Charmaz K. Constructing grounded theory. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications Inc.; 2014.
23. Londoño-F JL, Nieto-L E. Factores socioeconómicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2000 [citado 2024 abr. 24]; 19(1):25-40. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/902>
24. Rosoff PM. Drawing the line: Healthcare rationing and the cutoff problem. Oxford: Oxford University Press; 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190206567.001.0001>
25. Docherty M, Garner S, et al. Using evidence to stop ineffective practice: The UK Cochrane Centre (UKCC) and the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) work together. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2011 [citado 2024 abr. 24]; (Supl. 233):258. Disponible en: <https://abstracts.cochrane.org/2011-madrid/using-evidence-stop-ineffective-practice-uk-cochrane-centre-ukcc-and-national-institute/>
26. Davies B. Medical need and health need. *Clin Ethics*. 2023;18(3):287-91. DOI: <https://doi.org/10.1177/14777509231173561>
27. Roosma F, van Oorschot W, Gelissen J. The weakest link in welfare state legitimacy: European perceptions of moral and administrative failure in the targeting of social benefits. *Int J Comp Sociol*. 2014;55(6):489-508. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020715214565932>
28. Jacques O, Noël A. Targeting within universalism. *J Eur Soc Policy*. 2021;31(1):15-29. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928720918973>
29. Caminada K, Goudswaard K, Wang C, Wang J. Income Inequality and Fiscal Redistribution in 31 Countries After the Crisis. *Comp Econ Stud* 2019;61:119-48. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41294-018-0079-z>
30. Benavides FG, Delclós J, Serra C. Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gac Sanit*. 2018;32(2):193-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.006>
31. Vogt F, Armstrong D, Marteau TM. General practitioners' perceptions of the effectiveness of medical interventions: An exploration of underlying constructs. *Implement Sci*. 2010;5:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-17>
32. Eger J, Schneider SH, et al. Does Evidence Matter? The Impact of Evidence Regarding Aid Effectiveness on Attitudes Towards Aid. *Eur J Dev Res*. 2023;35:1149-72. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41287-022-00570-w>
33. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ Br Med J*. 2000;321:1300. DOI: <https://doi.org/10.1136/BMJ.321.7272.1300>
34. Ramos JGR, Forte DN. Accountability for reasonableness and criteria for admission, triage and discharge in intensive care units: An analysis of current ethical recommendations. *Rev Bras Ter Intensiva* [internet]. 2021 [citado 2024 abr. 24]; 33(1):38-47. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/py3b3NWvFgNj6QtvVFT9t3w/?lang=en>
35. Urrutia J. Un Proceso Justo Para Asignar Prioridades En Salud: Teoría Y Práctica. En: Informe final Conferencia Taller Ética en la priorización en salud pública y en la priorización en salud [internet]. 2015 [citado 2024 may. 21]; 14-17. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/b10887a3-eb1f-4acf-ad7c-db3ef0c4ec0c/content>

Anexo. Guía de preguntas para entrevista semiestructurada. Versión 4

I. Inicio

Saludo inicial.

Introducción acerca de quiénes somos y el objetivo de la actividad: somos un grupo de personas, investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que estamos realizando un estudio en el que con una serie de preguntas quisiéramos conocer su opinión acerca de las cosas en salud que usted cree deberían o no deberían brindárseles a las personas sin que tengan que pagar dinero extra de su bolsillo o pagarlo particular.

A esas “cosas en salud” nosotros las llamamos “tecnologías”, y con esa palabra nos referimos a los medicamentos, las consultas médicas, las cirugías, los exámenes de laboratorio o imágenes de radiología, las vacunas, los dispositivos, es decir, todo aquello que sirva para hacer un diagnóstico, para tratar una enfermedad o condición, o para la rehabilitación en salud.

Aclaraciones sobre la voluntariedad de la participación: si hay alguna pregunta que no quiera contestar o si desea que se pare la entrevista, no hay ningún problema, puede indicarlo tranquilamente al entrevistador.

Puede responder tranquilamente, pues esta entrevista es confidencial. Si acepta, la grabaremos, y cuando esté terminada, se transcribirá. Al transcribirse, eliminaremos su nombre de ella, y con esa entrevista escrita haremos los análisis para la investigación.

Agradecemos su espacio y disponibilidad para este encuentro.

*Hay que confirmar que el entrevistado dispone de aproximadamente una hora para desarrollar la entrevista.

¿Le parece bien si empezamos la grabación?

¿Puede decirme su cargo (ocupación)?

¿Hace cuánto está en este cargo (ocupación)?

II. Proceso interactivo comunicacional: elaboración de preguntas

1. ¿Qué considera que debería estar cubierto o pagado con recursos del sistema de salud? ¿Por qué?

Discusión sobre percepciones en aspectos específicos

Brevemente, voy a mostrarle algunas situaciones, a modo de ejemplo, que se presentan en el sistema de salud, y luego le preguntaré si usted cree que, en esa situación, la tecnología debería pagarse con recursos públicos o particulares.

2. En su experiencia personal o familiar, ¿recuerda alguna tecnología que haya pagado particular y que considere que debería estar cubierta por el sistema de salud? (medicamentos, cirugías, exámenes médicos, consulta con especialistas, otras terapias como las naturistas). ¿Por qué?

3. ¿Qué tecnologías en salud considera que las personas deberían pagar particular y no deberían ser financiadas con recursos del sistema de salud? ¿Por qué?

4. ¿Qué opina sobre que las personas con medicina prepagada o que puedan pagar particular tengan acceso más rápido a las tecnologías en salud?

Discusión sobre percepciones en aspectos específicos

Brevemente, voy a exponerle algunas situaciones, a modo de ejemplo, que se presentan en el sistema de salud, y luego le preguntaré si usted cree que, en esa situación, la tecnología debería pagarse con recursos públicos o particulares.

Situación 1

La madre de un niño de 12 años con parálisis cerebral interpuso una tutela en contra de la EPS x, luego de que esta se negara entregarle 180 pañales y tres paquetes de pañitos húmedos para un periodo de tres meses, entre otros requerimientos que había hecho un hospital de Yopal. La EPS x concedió los medicamentos solicitados, pero negó el

cubrimiento de los pañales y los pañitos húmedos argumentando que eran elementos que no cubría el Plan de Beneficios de salud [1].

1. ¿Considera que el sistema de salud debería cubrir los pañales para este niño?
2. ¿Considera que los pañales deberían ser provistos por el sistema de salud a todas las personas que los requieran, o debería ser comprados con gasto particular de las familias? ¿Por qué?

Situación 2

El padre de un par de gemelas de 10 meses de edad, quienes sufren una enfermedad muy rara (atrofia muscular espinal), que solo tienen 70 personas en Colombia, interpuso una tutela pidiendo que les cubran el tratamiento farmacológico a sus hijas (Spinarza® es el nombre comercial, Nusinersen el nombre genérico). El tratamiento tiene pocos estudios que lo evalúen apropiadamente, y los que hay muestran que puede, en 1 de cada 2 niños, permitir que lleven a cabo algunos movimientos (levantamiento de brazos o control de la cabeza, por ejemplo), pero no cambia el curso de la enfermedad. Este tratamiento cuesta 551 000 000 COP cada inyección, y el tratamiento de un año para las dos niñas sería de 7 346 000 000 COP [2].

Juan Felipe Araújo, padre de las gemelas, señala: “Me han dicho que no existe evidencia científica que demuestre que el medicamento va a ser efectivo. Pero tampoco existe evidencia que diga lo contrario. Un padre buscaría el tratamiento para sus hijas” [2].

1. ¿Considera que el sistema de salud debería cubrir el medicamento de las gemelas?
2. ¿Considera que los medicamentos altamente costosos deberían estar cubiertos con recursos públicos del sistema de salud? ¿Por qué?

Situación 3

A una mujer de 59 años le ordenaron una cirugía reconstructiva de la mama después de haber sufrido de cáncer. La EPS x le negó la cirugía, afirmando que la reconstrucción de su seno era una cirugía estética, que no tiene efecto en el tratamiento de su enfermedad [3].

- ¿Considera que el sistema de salud debería cubrir la cirugía de mama a la mujer?
- ¿Considera que las cirugías cosméticas de aumento de mama deberían estar cubiertas con recursos públicos del sistema de salud? ¿Por qué?

Situación 4

En Colombia cuando hablamos de “terapias alternativas” hacemos referencia a técnicas y prácticas distintas a la medicina convencional. Es decir, entra en este grupo la acupuntura, la aromaterapia, prácticas de medicina oriental o medicina homeopática [...]. Sin embargo, los centros que hacen aba, equinoterapia, terapia asistida con perros, delfines entre otros NO se consideran terapias alternativas [4].

1. ¿Considera que estos tipos de terapia deberían estar cubiertos con recursos públicos del sistema de salud? ¿Por qué?

Situación 5

A una mujer de 45 años se le diagnosticó una masa pélvica. Para clarificar su origen y características, se le ordenó una ecografía, pero en su EPS solo había cita para dos meses después; sin embargo, como la paciente contaba con medicina prepagada, recurrió a ella y le hicieron la ecografía a los dos días. El resultado reportó masa en ovario derecho; se realizó cirugía y la biopsia reportó un tumor maligno de ovario, lo cual llevó a un tratamiento inmediato.

1. ¿Qué opina del uso de la medicina prepagada en este caso?
2. ¿Considera adecuado que, en Colombia, quien tenga recursos pueda contar con medicina prepagada (o planes complementarios) y tener una atención más oportuna y con otros beneficios? ¿Por qué?

III. Cierre

Se agradece por el tiempo y la disposición a participar en el presente espacio; se reitera la importancia de su participación en el proyecto y, adicionalmente, se plantean las siguientes preguntas, a modo de cierre de la actividad:

1. ¿Hay algo más que quisiera agregar sobre lo mencionado anteriormente?
2. ¿Tiene alguna pregunta para realizarme?
3. ¿Tiene alguna preocupación antes de que yo pare la grabación?

¡Gracias por responder estas preguntas y compartir sus puntos de vista!

Referencias

- 1.. Redacción Judicial. Corte Constitucional ordena pañales para niño de 12 años con discapacidad. El Espectador [internet]. 2018 mar. 23 [citado 2024 jul. 9]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/judicial/corte-constitucional-ordena-panales-para-nino-de-12-anos-con-discapacidad-article-745958/>
- 2.. Silva S. El difícil caso del medicamento más caro del mundo. El Espectador [internet]. 2018 jul. 7 [citado 2024 jul. 9]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/salud/el-dificil-caso-del-medicamento-mas-carro-del-mundo-article-798763/>
3. Sarralde M. Corte ordena garantizar reconstrucción de senos por cáncer de mama. El Tiempo. [internet]. 2019 febr. 20 [citado 2024 jul. 9]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/corte-ordena-a-ips-y-eps-reconstruccion-de-senos-por-cancer-de-mama-329022>
4. Gaviria A. Terapias ABA: ¿otro fraude al sistema de salud? Comentario de Eliech [internet]. 2013 jul. 4 [citado 2024 jul. 9]. Disponible en: <http://agaviria.co/2013/06/terapias-aba-otro-fraude-al-sistema-de.html>