

**PÉRDIDA DE SALUD POBLACIONAL
POR EL FINANCIAMIENTO DE
MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO:
ESTUDIOS DE CASO EN COLOMBIA
Y REPÚBLICA DOMINICANA.**

INFORME ACADÉMICO

Pérdida de Salud Poblacional por el Financiamiento de Medicamentos de Alto Costo: Estudios de Caso en Colombia y República Dominicana

El estudio analiza diez medicamentos muy caros en Colombia y República Dominicana y encuentra que, aunque ayudan a algunos pacientes, el dinero que cuesta podría usarse mejor en otros servicios de salud. Por cada año de vida sano que ganan esos medicamentos, el sistema de salud pierde más de dieciséis años de vida sana que podría haber logrado atendiendo a más personas con vacunas, controles prenatales o tratamientos básicos. En total, Colombia pierde el equivalente a 122.507 años de vida sana y República Dominicana pierde 35.221. La lección es que, al decidir qué financiar, hay que pensar no solo en el beneficio para unos pocos, sino en la salud de toda la población.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El estudio realizado por Gutierrez y colaboradores (2026) aborda uno de los dilemas más apremiantes en la política sanitaria contemporánea, particularmente en los países de ingreso medio bajo: la tensión entre financiar medicamentos de alto costo con efectividad incierta o limitada y garantizar la cobertura universal de servicios esenciales de salud. A través de un análisis riguroso aplicado a Colombia y República Dominicana, los investigadores cuantifican la pérdida de salud poblacional —expresada en años de vida ajustados por calidad (QALYs)— asociada al financiamiento público de diez medicamentos de alto costo en cada país, seleccionados por su elevado impacto presupuestario o su alto costo por paciente tratado.

La metodología empleada se basa en la fórmula de beneficio neto en salud (net health benefit, NHB), que compara los QALYs adicionales ganados por el uso

del medicamento de alto costo respecto de una alternativa terapéutica más accesible, con los QALYs que se habrían producido si los mismos recursos hubieran sido invertidos en otros servicios del sistema de salud. Esta aproximación incorpora explícitamente el concepto de costo de oportunidad, entendido como las ganancias en salud que se sacrifican al elegir una intervención en lugar de otra. Para ello, los autores utilizan estimaciones país específicas de la productividad marginal del sistema de salud (λ), que en Colombia corresponde al 86% del PIB per cápita (4.922 dólares en 2022) y en República Dominicana al 39% del PIB per cápita (4.108 dólares en 2022).

Los resultados son contundentes y reveladores. En Colombia, los 22.155 pacientes tratados con los diez medicamentos de alto costo seleccionados generaron un gasto incremental total de 642 millones de dólares, produciendo apenas 7.865 QALYs adicionales. Sin embargo, el costo de oportunidad —los QALYs que se habrían obtenido de destinar esos recursos a servicios de salud con productividad marginal promedio— asciende a 130.371 QALYs. La pérdida neta de salud poblacional alcanza así los 122.507 QALYs. En términos concretos, los recursos destinados a estos medicamentos podrían haber financiado la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para aproximadamente 268.000 personas en los regímenes más desfavorecidos de Colombia durante un año completo. En República Dominicana, los 1.807 pacientes tratados implicaron un gasto incremental de 154 millones de dólares, con una ganancia de 2.174 QALYs y un costo de oportunidad de 37.396 QALYs, resultando en una pérdida neta de 35.221 QALYs.

El estudio identifica que los medicamentos con mayor pérdida neta de salud no son necesariamente aquellos con las razones de costo-efectividad incremental más elevadas, sino aquellos que, combinando un costo significativo con una población tratada numerosa, generan un desplazamiento masivo de recursos. En Colombia, el ibrutinib, el eculizumab y el aflibercept encabezan la lista de pérdidas, mientras que en República Dominicana el palbociclib, el golimumab y el ocrelizumab concentran más de la mitad de la pérdida neta total. Todos estos fármacos ofrecen ganancias incrementales de menos de dos QALYs por paciente, es decir, menos de dos años de vida en plena salud.

Las implicancias de estos hallazgos son profundas para la formulación de políticas sanitarias en América Latina y el Caribe. El estudio demuestra que el financiamiento de medicamentos de alto costo con efectividad marginal no es neutral en términos de salud poblacional: cada dólar gastado en estas tecnologías es un dólar que deja de financiar intervenciones probadamente costo-efectivas, como la atención prenatal, el tratamiento antirretroviral o las vacunas. En sistemas de salud con presupuestos restringidos, la falta de evaluación explícita del costo de oportunidad conduce a una asignación ineficiente de recursos que perpetúa las brechas en la cobertura universal de salud.

2. DIEZ HALLAZGOS CONCEPTUALES MÁS RELEVANTES

Primer hallazgo: el costo de oportunidad como categoría central olvidada en la toma de decisiones. El estudio demuestra que, en la práctica de financiamiento de medicamentos de alto costo en Colombia y República Dominicana, no se considera explícitamente el concepto de costo de oportunidad. Los tomadores de decisiones, los jueces, los pacientes y la ciudadanía en general tienden a evaluar cada medicamento de forma aislada, sin preguntarse qué otros servicios de salud se dejan de financiar para hacer posible esa cobertura. Esta omisión sistemática del costo de oportunidad genera una distorsión fundamental en la asignación de recursos, llevando a decisiones que, desde una perspectiva poblacional, resultan en pérdidas netas de salud. El estudio introduce, por primera vez en estos contextos, una metodología que hace explícito este costo olvidado.

Segundo hallazgo: la paradoja del beneficio individual versus el daño poblacional. Los medicamentos de alto costo analizados ofrecen beneficios clínicos reales para los pacientes individuales que los reciben: ganan entre 0,04 y 1,48 QALYs adicionales en comparación con las alternativas más económicas. Sin embargo, desde una perspectiva poblacional, el financiamiento de estos fármacos produce un daño neto porque los recursos que absorben son sustancialmente mayores que los beneficios que generan. Esta paradoja revela una tensión fundamental entre la ética clínica centrada en el paciente individual y la ética de la salud pública orientada a maximizar la salud de la población total. Resolver esta

tensión requiere mecanismos institucionales que hagan explícita esta compensación.

Tercer hallazgo: la magnitud de la pérdida de salud no se correlaciona directamente con la razón de costo-efectividad incremental. Un hallazgo metodológico crucial del estudio es que el ranking de los medicamentos según su razón de costo-efectividad incremental (ICER) no predice adecuadamente la magnitud de la pérdida neta de salud poblacional. Por ejemplo, en Colombia, el liraglutide tiene un ICER que duplica el umbral de productividad marginal del sistema, pero debido a que más de 10.000 pacientes lo reciben, la pérdida de salud asociada (2.199 QALYs) es sustancialmente mayor que la de otros medicamentos con ICER más elevados pero poblaciones tratadas mucho más reducidas. Esto implica que las políticas de priorización deben considerar no solo la eficiencia marginal de cada intervención, sino también la escala de su utilización.

Cuarto hallazgo: la efectividad incremental de los medicamentos de alto costo es sorprendentemente baja. En ambos países, la totalidad de los medicamentos analizados ofrecen ganancias incrementales de menos de dos QALYs por paciente durante el período de tratamiento. En varios casos, como el aflibercept para la degeneración macular en Colombia, la ganancia incremental es de apenas 0,04 QALYs, equivalentes a catorce días adicionales de vida en plena salud. Este hallazgo cuestiona la narrativa habitual que asocia "medicamento de alto costo" con "avance terapéutico significativo". En realidad, muchos de estos fármacos ofrecen mejorías marginales respecto de alternativas mucho más económicas, y su alto precio responde más a estrategias de mercado y protección de patentes que a un valor terapéutico diferencial sustancial.

Quinto hallazgo: la fragmentación en la selección de comparadores clínicos refleja asimetrías en la capacidad regulatoria. El estudio revela diferencias significativas entre Colombia y República Dominicana en la disponibilidad de comparadores apropiados para cada medicamento. Mientras que en Colombia se pudo acceder a estudios de evaluación económica publicados en el registro CEA de Tufts University, en República Dominicana fue necesario recurrir a promedios simples de múltiples comparadores debido a la ausencia de guías clínicas

nacionales actualizadas. Esta disparidad refleja una asimetría más profunda en la capacidad institucional para generar y utilizar evidencia local que oriente las decisiones de financiamiento.

Sexto hallazgo: el papel de la judicialización como motor de ineficiencia. El estudio identifica, aunque no lo cuantifica directamente, el fenómeno de la judicialización del acceso a medicamentos como un factor que exacerba la pérdida de salud poblacional. En varios países de América Latina, incluyendo Colombia, los jueces ordenan al sistema de salud financiar medicamentos de alto costo para pacientes individuales, sin considerar el costo de oportunidad poblacional ni la evidencia de efectividad comparada. Esta dinámica, si bien responde a legítimas demandas de acceso, puede llevar al financiamiento obligatorio de tecnologías con beneficio marginal nulo o muy limitado, profundizando las ineficiencias en la asignación de recursos y desviando fondos de servicios esenciales.

Séptimo hallazgo: la productividad marginal del sistema de salud como ancla empírica para la fijación de umbrales. El estudio utiliza estimaciones empíricas de la productividad marginal del sistema de salud —es decir, cuántos QALYs genera en promedio cada dólar gastado en el sistema— como referencia para evaluar la eficiencia de los medicamentos de alto costo. Este enfoque difiere sustancialmente del uso de umbrales arbitrarios (por ejemplo, uno o tres PIB per cápita) que no reflejan el verdadero costo de oportunidad del sistema. En Colombia, el λ estimado es de 4.922 dólares por QALY, mientras que en República Dominicana es de 4.108 dólares por QALY. La mayoría de los medicamentos analizados tienen ICER muy superiores a estos valores, lo que explica la pérdida neta de salud.

Octavo hallazgo: las enfermedades crónicas no transmisibles concentran la mayor pérdida de salud. Contrariamente a lo que podría esperarse —que los medicamentos para enfermedades raras u oncológicas avanzadas fueran los principales responsables de la pérdida de salud—, el estudio encuentra que en República Dominicana los medicamentos para enfermedades crónicas de alta prevalencia (palbociclib para cáncer de mama, golimumab para artritis psoriásica, ocrelizumab para esclerosis múltiple) son los que generan las mayores pérdidas netas de salud, acumulando el 56% de la pérdida total. Esto se debe a que estos

medicamentos se utilizan en poblaciones más numerosas y durante períodos prolongados, amplificando el efecto del costo de oportunidad.

Noveno hallazgo: la disponibilidad de biosimilares y genéricos reduce pero no elimina la pérdida de salud. En ambos países, algunos medicamentos seleccionados cuentan con versiones genéricas o biosimilares disponibles en el mercado global (como adalimumab o lenalidomida), lo que en teoría debería presionar los precios a la baja. Sin embargo, la persistencia de precios elevados sugiere que factores institucionales —como mecanismos deficientes de compra centralizada, falta de negociación de precios o segmentación de mercados— impiden que la competencia se traduzca en reducciones de precio suficientes para hacer estos medicamentos costo-efectivos. Este hallazgo apunta a la necesidad de fortalecer las capacidades de negociación y adquisición en el sector público.

Décimo hallazgo: la evaluación de tecnologías sanitarias como herramienta para hacer explícitas las compensaciones. El estudio concluye que la pérdida de salud poblacional documentada no es inevitable. Países con sistemas maduros de evaluación de tecnologías sanitarias, como el Reino Unido con el NICE, han demostrado que es posible financiar medicamentos innovadores sin sacrificar servicios esenciales, siempre que las decisiones de cobertura se basen en evaluaciones explícitas del costo de oportunidad. El estudio de Gutierrez et al. (2026) se inscribe en esta tradición, ofreciendo una metodología replicable para que los países de la región estimen sistemáticamente el impacto poblacional de sus decisiones de financiamiento de tecnologías sanitarias.

3. HALLAZGOS NUMÉRICOS MÁS RELEVANTES

El estudio de Gutierrez y colaboradores (2026) presenta una batería extensa de datos cuantitativos que fundamentan sus conclusiones. A continuación, se exponen los hallazgos numéricos más significativos, organizados por país y por categoría de análisis.

En cuanto a la magnitud del financiamiento público de medicamentos de alto costo, Colombia destina anualmente aproximadamente 101 millones de dólares a

los diez medicamentos analizados, cubriendo a 22.155 pacientes. Acumulado sobre la duración total del tratamiento, este gasto anual se traduce en un costo incremental total de 642 millones de dólares. En República Dominicana, el gasto anual en los diez medicamentos seleccionados asciende a 67 millones de dólares para 1.807 pacientes, con un costo incremental acumulado de 154 millones de dólares.

En relación con los beneficios en salud obtenidos, los diez medicamentos en Colombia generan en conjunto 7.865 QALYs adicionales durante el período de tratamiento. Esto equivale a aproximadamente 0,355 QALYs adicionales por paciente tratado, es decir, algo más de cuatro meses de vida en plena salud por paciente. En República Dominicana, el total de QALYs adicionales generados es de 2.174 para los 1.807 pacientes tratados, lo que representa aproximadamente 1,20 QALYs por paciente, significativamente superior al promedio colombiano. Esta diferencia se explica por la composición de los medicamentos seleccionados en cada país.

Los costos de oportunidad —los QALYs que se habrían producido si los mismos recursos se hubieran destinado a servicios de salud con productividad marginal promedio— son considerablemente mayores. En Colombia, el costo de oportunidad total asciende a 130.371 QALYs, mientras que en República Dominicana alcanza los 37.396 QALYs. La pérdida neta de salud poblacional resulta entonces de restar los QALYs ganados de los QALYs sacrificados. En Colombia, esta pérdida neta es de 122.507 QALYs, lo que significa que por cada QALY ganado con los medicamentos de alto costo, el sistema de salud sacrifica aproximadamente 16,6 QALYs que podría haber obtenido con usos alternativos de los mismos recursos. En República Dominicana, la pérdida neta es de 35.221 QALYs, con una relación de sacrificio de aproximadamente 17,2 QALYs por cada QALY ganado.

Analizando los medicamentos individualmente en Colombia, el ibrutinib para leucemia linfocítica aguda presenta la mayor pérdida neta de salud: 51.017 QALYs. Este fármaco trata a 727 pacientes, con un costo incremental de 255 millones de dólares y una ganancia de 783 QALYs adicionales. Su razón de costo-efectividad incremental es de 325.670 dólares por QALY, 66 veces superior al λ del sistema

colombiano (4.922 dólares por QALY). El eculizumab para hemoglobinuria paroxística nocturna le sigue con una pérdida de 30.235 QALYs, un costo incremental de 149 millones de dólares para 110 pacientes, una ganancia de apenas 171 QALYs y un ICER de 1.355.926 dólares por QALY, 275 veces el λ . El aflibercept para degeneración macular genera una pérdida de 16.988 QALYs, con un costo de 85 millones de dólares para 240 pacientes, una ganancia de 240 QALYs —es decir, apenas 0,04 QALYs por paciente, equivalentes a catorce días— y un ICER de 353.196 dólares por QALY, 72 veces el λ .

En el extremo opuesto, el pembrolizumab para melanoma metastásico es el único medicamento que dominó a su comparador en Colombia, es decir, resultó menos costoso y más efectivo, generando una ganancia neta de salud de 1.379 QALYs. El factor de plasma VIII para hemofilia, por el contrario, fue dominado por su comparador (resultó más costoso y menos efectivo), generando una pérdida neta de 891 QALYs.

En República Dominicana, el palbociclib para cáncer de mama avanzado genera la mayor pérdida neta: 8.176 QALYs, con un costo incremental de 34,6 millones de dólares para 244 pacientes, una ganancia de 244 QALYs (1,0 QALY por paciente) y un ICER de 141.991 dólares por QALY, 35 veces el λ dominicano (4.108 dólares por QALY). El golimumab para artritis psoriásica le sigue con una pérdida de 6.896 QALYs, un costo de 31,2 millones de dólares para 707 pacientes, una ganancia de 707 QALYs y un ICER de 44.193 dólares por QALY, 11 veces el λ . El ocrelizumab para esclerosis múltiple remitente recurrente genera una pérdida de 4.795 QALYs, con un costo de 20,4 millones de dólares para 176 pacientes y un ICER de 116.296 dólares por QALY, 28 veces el λ . Estos tres medicamentos concentran el 56% de la pérdida neta total de 35.221 QALYs.

El estudio también realiza un análisis de sensibilidad bidireccional para evaluar la robustez de los resultados ante variaciones en las estimaciones de QALYs y en la productividad marginal del sistema. Para Colombia, utilizando el límite inferior del λ (22% del PIB per cápita, equivalente a 1.259 dólares) y el límite superior (150% del PIB per cápita, equivalente a 8.585 dólares), la pérdida neta de salud varía entre 503.493 QALYs (con λ bajo, es decir, mayor productividad marginal

del sistema) y 64.338 QALYs (con λ alto). Para el caso base de 4.922 dólares, la pérdida es de 122.507 QALYs. En todos los escenarios, la pérdida neta es sustancial y negativa. En República Dominicana, con λ variando entre 12,3% y 39,6% del PIB per cápita (equivalente a 3.445 y 4.398 dólares, respectivamente), la pérdida neta se sitúa entre 43.210 QALYs (λ bajo) y 32.756 QALYs (λ alto), siempre negativa.

Finalmente, el estudio ofrece una traducción de estos QALYs perdidos a términos de cobertura de servicios esenciales. En Colombia, los 642 millones de dólares gastados en los diez medicamentos podrían haber financiado la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para aproximadamente 268.000 personas en el régimen subsidiado (el más desfavorecido) durante un año completo. La UPC en 2022 era de 227 dólares por persona al año. Esto significa que el costo de oportunidad de estos medicamentos equivale a dejar sin cobertura anual de servicios de salud esenciales a una población equivalente a una ciudad mediana. En República Dominicana, los 154 millones de dólares podrían haber financiado servicios esenciales para una población proporcionalmente significativa, aunque el estudio no ofrece una cifra equivalente por no disponer de una unidad de pago por capitación estandarizada.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS RELEVANTES

Año de vida ajustado por calidad (Quality-Adjusted Life Year - QALY): Medida compuesta que combina la cantidad de vida ganada (años) con la calidad de vida durante ese tiempo. Un año de vida en perfecta salud equivale a 1 QALY. Un año de vida con una discapacidad o enfermedad que reduce la calidad de vida a la mitad equivale a 0,5 QALYs. Los QALYs son la unidad de medida estándar en las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias porque permiten comparar intervenciones que afectan diferentes dimensiones de la salud.

Costo de oportunidad (Opportunity cost): Valor de la mejor alternativa a la que se renuncia cuando se toman decisiones con recursos escasos. En el contexto sanitario, el costo de oportunidad de financiar una tecnología es la salud que se habría generado si los mismos recursos se hubieran destinado a otra intervención o

servicio. Este concepto es central en el estudio porque la mayoría de las decisiones de financiamiento ignoran sistemáticamente este costo.

Productividad marginal del sistema de salud (Marginal productivity of the healthcare system): Estimación empírica de cuántos QALYs genera en promedio cada unidad monetaria adicional gastada en el sistema de salud en su conjunto. Se representa con la letra griega λ (lambda) y sirve como umbral de referencia para evaluar la eficiencia de nuevas tecnologías. Si una nueva intervención cuesta más por QALY que λ , entonces desplaza más salud de la que genera. En el estudio, λ para Colombia es 4.922 dólares por QALY (86% del PIB per cápita) y para República Dominicana es 4.108 dólares por QALY (39% del PIB per cápita).

Beneficio neto en salud (Net health benefit - NHB): Fórmula que cuantifica el impacto poblacional neto de financiar una tecnología, restando del beneficio en salud obtenido el beneficio que se habría obtenido con usos alternativos de los mismos recursos. Matemáticamente, $NHB = (QALY_{HCM} - QALY_{comparador}) \times N - (Costo_{HCM} - Costo_{comparador}) \times N / \lambda$. Un NHB positivo indica que la tecnología genera una ganancia neta de salud poblacional; un NHB negativo indica una pérdida neta.

Razón de costo-efectividad incremental (Incremental cost-effectiveness ratio - ICER): Medida que expresa el costo adicional por unidad de beneficio adicional de una tecnología respecto de su comparador. Se calcula como $(Costo_{HCM} - Costo_{comparador}) / (QALY_{HCM} - QALY_{comparador})$. Un ICER bajo indica buena relación costo-efectividad; un ICER alto indica que se paga mucho por poco beneficio adicional. En el estudio, la mayoría de los ICER son sustancialmente superiores a λ , lo que explica la pérdida neta de salud.

Cobertura universal de salud (Universal Health Coverage - UHC): Objetivo de política sanitaria que busca garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, cuando y donde los necesitan, sin sufrir dificultades financieras. El estudio muestra que el financiamiento de medicamentos de alto costo con baja efectividad compromete el avance hacia la UHC al desviar recursos de servicios esenciales.

Medicamento de alto costo (High-cost medicine - HCM): Término sin una definición universalmente aceptada, que se refiere a fármacos cuyo precio por tratamiento o por paciente es excepcionalmente elevado, a menudo asociado a enfermedades raras, tratamientos oncológicos innovadores o terapias biológicas. El estudio utiliza una definición operativa basada en el impacto presupuestario y el costo por paciente.

Umbral de costo-efectividad (Cost-effectiveness threshold): Valor de referencia utilizado para determinar si una intervención es o no costo-efectiva. Puede ser fijado por política (por ejemplo, uno o tres PIB per cápita, como recomienda la OMS) o estimado empíricamente como la productividad marginal del sistema (λ). El estudio utiliza λ como umbral, argumentando que refleja el verdadero costo de oportunidad.

Judicialización del acceso a medicamentos (Judicialization of access to medicines): Fenómeno frecuente en América Latina mediante el cual pacientes o sus familias acuden a los tribunales para demandar que el sistema de salud financie medicamentos no cubiertos. Si bien protege derechos individuales, la judicialización puede llevar a decisiones inconsistentes con la evidencia de efectividad y el costo de oportunidad poblacional.

Evaluación de tecnologías sanitarias (Health technology assessment - HTA): Proceso multidisciplinario que evalúa sistemáticamente las propiedades, efectos y/o impactos de una tecnología sanitaria, considerando dimensiones clínicas, económicas, sociales, organizacionales, éticas y legales. El estudio aboga por fortalecer la HTA en la región para hacer explícitas las compensaciones entre medicamentos de alto costo y servicios esenciales.

5. COROLARIO DE APLICACIÓN PRÁCTICA

Aplicación práctica general de los hallazgos

Los hallazgos del estudio de Gutierrez y colaboradores (2026) trascienden los casos específicos de Colombia y República Dominicana y ofrecen lecciones de gran alcance para cualquier sistema de salud que enfrente la presión de financiar tecnologías de alto costo con recursos presupuestarios limitados. En esencia, el estudio demuestra que la falta de consideración explícita del costo de oportunidad conduce sistemáticamente a decisiones ineficientes que, desde una perspectiva poblacional, generan más daño que beneficio.

La primera lección de aplicación general es la necesidad de institucionalizar la evaluación del costo de oportunidad como un componente obligatorio de cualquier proceso de decisión sobre cobertura o financiamiento de tecnologías sanitarias. Esto implica que los organismos responsables —ministerios de salud, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, entes de financiamiento— deben desarrollar capacidades técnicas para estimar tanto los beneficios clínicos de las nuevas tecnologías como los beneficios que se sacrifican al desviar recursos de otros usos. No hacerlo equivale a tomar decisiones con información incompleta y sistemáticamente sesgada hacia la sobreestimación de los beneficios netos de las nuevas tecnologías.

La segunda lección se refiere a la necesidad de alinear los procesos de fijación de precios con los umbrales de costo-efectividad derivados de la productividad marginal del sistema. El estudio muestra que muchos medicamentos de alto costo tienen precios que exceden en decenas o cientos de veces lo que el sistema de salud puede generar en salud por cada dólar gastado. Esto sugiere que la negociación de precios —ya sea a través de compras centralizadas, acuerdos de acceso gestionado (managed entry agreements), contratos por volumen o precio, o mecanismos de riesgo compartido— es una herramienta indispensable para acercar la relación de costo-efectividad a rangos aceptables. Sin una negociación efectiva, el solo hecho de financiar un medicamento de alto costo, incluso con evidencia de beneficio clínico, puede ser perjudicial para la salud poblacional.

La tercera lección es la importancia de desarrollar sistemas de información que permitan monitorear no solo el gasto en tecnologías de alto costo, sino también el número de pacientes tratados, las indicaciones aprobadas, el cumplimiento de

guías clínicas y, crucialmente, los resultados en salud. El estudio pudo realizarse gracias a la existencia de sistemas como MIPRES en Colombia, que registra las prescripciones de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios. Sin estos datos, cualquier intento de estimar el costo de oportunidad es inviable. Por lo tanto, la inversión en sistemas de información sanitaria es un prerrequisito para una asignación eficiente de recursos.

La cuarta lección es la necesidad de abordar el fenómeno de la judicialización desde una perspectiva informada por la evidencia. Los jueces, cuando ordenan el financiamiento de un medicamento de alto costo, rara vez reciben información sobre el costo de oportunidad de su decisión. El estudio sugiere que los poderes judiciales deberían contar con asesores técnicos en evaluación de tecnologías sanitarias y que las leyes de amparo o acción de tutela deberían reformarse para exigir que, antes de ordenar la cobertura de un medicamento, se evalúe si existe una alternativa más costo-efectiva y cuál es el impacto poblacional de desviar recursos. Esto no implica negar derechos individuales, sino garantizar que esos derechos se ejerzan de manera consistente con la sostenibilidad del sistema y la equidad en el acceso.

La quinta lección es que los médicos y otros profesionales prescriptores tienen una responsabilidad crucial en la gestión del costo de oportunidad. El estudio muestra que la variabilidad en las prácticas de prescripción puede amplificar o atenuar las pérdidas de salud poblacional. Proveer a los médicos de información sobre los precios de los medicamentos, las alternativas disponibles y la evidencia comparativa de efectividad puede inducir cambios significativos en los patrones de prescripción. Adicionalmente, el desarrollo de guías clínicas claras para el inicio, continuación y discontinuación de tratamientos con medicamentos de alto costo puede reducir el uso inapropiado sin comprometer la calidad de la atención.

Finalmente, el estudio ofrece una lección sobre la escalabilidad de la metodología. El enfoque basado en beneficio neto en salud puede ser aplicado no solo a medicamentos, sino también a dispositivos médicos, procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones sanitarias. En contextos de recursos limitados, esta metodología permite priorizar explícitamente aquellas intervenciones que

generan el mayor retorno en salud por cada unidad monetaria gastada, acercando a los sistemas de salud al objetivo de maximizar la salud poblacional con presupuestos restringidos.

Aplicación particular para la Argentina

La Argentina, con un sistema de salud complejo y fragmentado que combina subsectores público, de seguridad social (obras sociales) y privado (prepagas), enfrenta desafíos estructurales muy similares a los documentados en Colombia y República Dominicana. El financiamiento de medicamentos de alto costo ha sido un punto de tensión persistente en la agenda sanitaria argentina, con casos emblemáticos de cobertura de tratamientos oncológicos, biológicos para enfermedades autoinmunes y terapias para enfermedades raras que han generado debates intensos sobre sostenibilidad financiera, equidad y judicialización. El estudio de Gutierrez et al. (2026) ofrece un marco analítico y lecciones prácticas de alta relevancia para el contexto argentino.

En primer lugar, la Argentina carece de un sistema unificado y vinculante de evaluación de tecnologías sanitarias que considere explícitamente el costo de oportunidad. Si bien existen iniciativas como la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) realiza evaluaciones, sus dictámenes no son vinculantes para las obras sociales, las prepagas o el sector público en todas las jurisdicciones. El estudio sugiere que fortalecer institucionalmente a CONETEC dotándola de mandato legal para realizar evaluaciones de beneficio neto en salud y para asesorar tanto al poder ejecutivo como al poder judicial podría reducir significativamente la ineficiencia en la asignación de recursos. Argentina podría adoptar una metodología similar a la utilizada en el estudio, estimando su propio λ (productividad marginal del sistema de salud) a partir de datos locales de gasto y resultados en salud.

En segundo lugar, el fenómeno de la judicialización es particularmente agudo en la Argentina. Según diversos estudios, el país tiene uno de los niveles más altos de amparos por cobertura de medicamentos en la región, con una sobrecarga significativa para el sistema judicial y costos fiscales crecientes. El estudio

colombiano y dominicano muestra que gran parte de esta judicialización recae sobre medicamentos cuyo beneficio incremental es marginal y cuyo costo de oportunidad es altísimo. Para la Argentina, una lección práctica es la necesidad de formar a los magistrados en conceptos básicos de economía de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias, así como establecer cuerpos de asesores técnicos que puedan informar a los jueces sobre la evidencia disponible y el impacto poblacional de sus decisiones. Algunas provincias argentinas han comenzado a implementar programas piloto en esta dirección, pero el esfuerzo aún es incipiente y fragmentado.

En tercer lugar, el sistema de salud argentino enfrenta una presión presupuestaria creciente por el financiamiento de medicamentos de alto costo, especialmente en el subsector de obras sociales nacionales (como PAMI) y en los programas provinciales de medicamentos de alto costo. El estudio muestra que, en muchos casos, el gasto incremental en estos medicamentos no se compensa con beneficios en salud significativos. Argentina podría beneficiarse de implementar mecanismos de compra centralizada para medicamentos de alto costo, aprovechando el poder de negociación del Estado para reducir precios y acercar las relaciones de costo-efectividad a niveles aceptables. La experiencia regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la compra centralizada de antirretrovirales y tratamientos para hepatitis C demuestra que esta estrategia es viable y efectiva.

En cuarto lugar, el estudio destaca la importancia de contar con sistemas de información que permitan monitorear el uso de medicamentos de alto costo. En Argentina, el sistema de recetas electrónicas y el Registro Nacional de Medicamentos de Alto Costo (ReNaMAC) han sido avances importantes, pero aún enfrentan desafíos de cobertura, interoperabilidad y calidad de los datos. Sin información confiable sobre qué pacientes reciben qué medicamentos, en qué dosis, durante cuánto tiempo y con qué resultados, cualquier intento de estimar el costo de oportunidad es especulativo. Argentina debería invertir en completar y consolidar estos registros, vinculándolos con los sistemas de información hospitalaria y de atención primaria para permitir evaluaciones de efectividad en el mundo real.

En quinto lugar, el rol de los médicos prescriptores es particularmente relevante en Argentina, donde existe una tradición de autonomía profesional muy arraigada y donde los mecanismos de control de la prescripción son débiles. El estudio sugiere que proveer a los médicos de información comparativa sobre precios y efectividad puede modificar conductas. Argentina podría desarrollar guías de práctica clínica basadas en evidencia para las condiciones de mayor impacto presupuestario, así como programas de educación médica continua que incorporen conceptos de uso racional de medicamentos y costo de oportunidad. Además, la implementación de comités farmacoterapéuticos en hospitales y obras sociales, con participación de farmacólogos clínicos y evaluadores de tecnologías sanitarias, podría institucionalizar la discusión sobre la eficiencia de las decisiones de prescripción.

En sexto lugar, el estudio tiene implicancias para la discusión sobre la actualización del Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece el piso de prestaciones para el subsistema de obras sociales. Actualmente, el PMO incluye un número creciente de medicamentos de alto costo sin un proceso explícito de evaluación de su costo-efectividad o su impacto presupuestario. El estudio sugiere que incorporar medicamentos al PMO sin considerar el costo de oportunidad puede ser contraproducente: cada nuevo medicamento de alto costo que se agrega desplaza recursos que podrían haberse utilizado para mejorar la cobertura de servicios esenciales como la atención prenatal, las vacunas o el tratamiento de enfermedades infecciosas. Argentina debería considerar la creación de un proceso formal de evaluación de tecnologías sanitarias para la actualización del PMO, similar al que utiliza el NICE en el Reino Unido o el CONITEC en Brasil.

En séptimo lugar, el estudio ofrece una lección sobre la necesidad de abordar la fragmentación del sistema de salud. A diferencia de Colombia, que tiene un sistema de aseguramiento único con reglas claras (aunque con problemas de implementación), Argentina opera con una multiplicidad de subsistemas que negocian precios de manera independiente y toman decisiones de cobertura sin coordinación. Esta fragmentación multiplica las ineficiencias: un mismo medicamento puede ser financiado por una obra social pero no por otra, o por el sector público pero no por las prepagas, generando inequidad en el acceso y

desperdiciando poder de negociación. El estudio sugiere que la creación de un mecanismo de evaluación y negociación centralizada, con participación de todos los subsectores, podría reducir significativamente el costo de oportunidad del financiamiento de medicamentos de alto costo en Argentina.

Finalmente, el estudio invita a una reflexión de fondo sobre los valores que guían la política sanitaria argentina. La Constitución Nacional reconoce el derecho a la salud, pero no define cómo resolver las tensiones entre derechos individuales y sostenibilidad del sistema. El estudio de Gutierrez et al. (2026) muestra que ignorar el costo de oportunidad no es neutral: conduce a decisiones que, aunque satisfacen derechos individuales en casos concretos, generan pérdidas de salud poblacional que afectan a muchas más personas. Argentina necesita un debate público informado sobre cómo balancear estos valores, y la metodología de beneficio neto en salud ofrece un lenguaje común —los QALYs— para hacer explícitas estas compensaciones. No se trata de elegir entre el paciente individual y la población, sino de reconocer que toda decisión de financiamiento tiene consecuencias para ambos, y que ignorar estas consecuencias no las hace desaparecer, solo las vuelve invisibles y, por lo tanto, más difíciles de corregir.

REFERENCIA

Gutierrez, C., Jorgensen, N., Palacio-Ciro, S., Ollendorf, D., Bettati, L., Distruti, M., Gongora-Salazar, P., & Giedion, U. (2026). Assessing the population-health loss from funding high-cost medicines: Case studies from Colombia and the Dominican Republic. *Value in Health*, 29(6), 1045-1052.

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.12.015>