

Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura

Ludovic Reveiz,¹ Evelina Chapman,¹ Rubén Torres,¹ James F. Fitzgerald,¹ Adriana Mendoza,¹ Mónica Bolis¹ y Osvaldo Salgado¹

Forma de citar Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):213–22.

RESUMEN

Objetivo. Identificar y evaluar estudios que analizaron las características de los litigios por derecho a la salud en Brasil, Colombia y Costa Rica.

Métodos. Se evaluaron estudios que analizaron las características de los litigios por derecho a la salud identificados mediante una búsqueda en PubMed, LILACS, Biblioteca Cochrane, Scirus (Abril, 2012). Dos revisores evaluaron los estudios. Las variables recabadas fueron, entre otras: causales de litigio, proporción de demandas por beneficios cubiertos por el sistema de salud y demandas por tecnologías de alto costo.

Resultados. Se identificaron 30 estudios (Brasil 19, Colombia 10 y Costa Rica 1). La decisión judicial fue frecuentemente favorable para los demandantes: Colombia (75%–87%), Costa Rica (89,7%) y Brasil (70%–100%). En Colombia las demandas se efectuaron por beneficios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (rango 41%–69,9%). En Brasil se presentó una variación importante de demandas entre el Programa de Medicamentos de Dispensación Excepcional (13%–31%) y los medicamentos básicos del Sistema Único de Salud (aproximadamente 50%). En relación al total de demandas, las de medicamentos fueron variables (Colombia 11,9%–35,6%, Costa Rica 30,2% y Brasil 49,6%). Un estudio de Brasil encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar las demandas por medicamentos excepcionales versus los demás, según el estrato social; y en otro estudio según las demandas de municipios con mejores indicadores socioeconómicos. Se reportó una concentración de las demandas en la prescripción de medicamentos por un grupo acotado de médicos. La prescripción no fue siempre sustentada por evidencia científica. Otro estudio halló que en la mitad de los casos el costo del proceso judicial resultó ser superior al costo de los servicios demandados.

Conclusiones. Existen similitudes en las causales, naturaleza y repercusiones de la judicialización en el contexto de los países estudiados. Los estudios incluidos muestran las debilidades de los sistemas de salud para garantizar el acceso a los distintos servicios así como para la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias.

Palabras clave

Derecho a la salud; sistemas de salud; legislación como asunto; legislación de medicamentos; revisión; Brasil; Colombia; Costa Rica.

Aun con las diferencias que existen en la estructura y el funcionamiento de los

sistemas de salud entre los países de las Américas (1–6), a partir de 1990 en un número considerable de estos países aumentaron los reclamos ante los tribunales de justicia mediante “tutelas”, “amparos” u otras acciones por derechos garantizados en las respectivas Constituciones (7–17).

Tal incremento en los litigios ha repercutido significativamente en el gasto público en salud. Por ejemplo, en Colombia entre 2003 y 2009 el crecimiento anual promedio en el valor de los reembolsos por medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) fue de

¹ Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de la Salud (HSS), Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos de América. La correspondencia se debe dirigir a Ludovic Reveiz. Correo electrónico: reveizl@paho.org

68%, alcanzando a 0,5% del producto interno bruto (PIB) del país (18). Un estudio reciente encontró que el valor facturado por medicamentos de alto costo creció 847% durante 2005–2010 (19). En Brasil, el gasto del Ministerio de Salud fue 3,2 veces mayor en 2007 comparado con el de 2002, mientras que el gasto en medicamentos pasó de 5,4% en 2002 a 10,7% en 2007, con una gran influencia de los correspondientes al Programa de Medicamentos de Dispensación Excepcional (PMDE), cuyo incremento entre 2003 y 2007 ascendió a 252% (6).

Los objetivos de esta revisión sistemática fueron identificar y evaluar estudios que analizaron las características de los litigios por derecho a la salud en Brasil, Colombia y Costa Rica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó una búsqueda sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed (1966 al 5 de abril de 2012), LILACS (1982 al 5 de abril de 2012), Registro Metodológico de la Colaboración Cochrane (volumen 3, 2012), Scirus (Abril 5, 2012). La técnica de búsqueda para PubMed fue adaptada para realizar la búsqueda en las otras bases de datos.² Las referencias de los estudios escogidos fueron revisadas de forma manual y se realizaron consultas a expertos en el tema para ampliar los criterios de selección de la literatura. Adicionalmente, se analizaron los contenidos de los portales de los ministerios de salud y otras instituciones relacionadas (p. ej. Defensoría del Pueblo, Superintendencia de Salud, Defensores del Consumidor).

Según los criterios de inclusión, los trabajos tenían que haber sido realizados en América Latina y debían haber evaluado las características de las demandas de judicialización del acceso a la salud. También se discriminó según los tipos de diseño de los estudios (descriptivos;

-antes-después; cohortes; casos y controles, y series de tiempo).

Dos revisores filtraron las referencias según lo inferido por el título y el resumen de los estudios, clasificándolos en tres grupos: “definitivamente incluido”, “definitivamente excluido” y “pendiente de mayor información”. Luego se examinaron los textos completos de las categorías que fueron definitivamente incluidos o que requirieron más información. Esta selección fue efectuada independientemente por dos investigadores; cuando hubo desacuerdo se discutieron las razones de exclusión o inclusión y se resolvió por consenso.

Para la extracción de datos, se utilizó un formato diseñado especialmente para este estudio. Las variables recabadas fueron país; período estudiado; causales de litigio (por ejemplo acceso a medicamentos, exámenes diagnósticos o cirugía); proporción de demandas por beneficios cubiertos por el sistema de salud; proporción de demandas por tecnologías de alto costo; sexo del recurrente, y proporción de decisiones favorables para los demandantes.

En relación a la calidad metodológica, se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios con diseño antes-después y las series de tiempo, con base en la metodología sugerida por el grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (EPOC)³ (20). Para los estudios descriptivos, se recabaron y reportaron las características metodológicas principales (p. ej. tipo de diseño, población, muestreo y desenlaces). Los resultados de las variables analizadas se presentan en porcentajes. El cruce de variables se realizó con tablas de contingencia sometidas a pruebas de dependencia y asociación, usando el estadístico Ji al cuadrado. Para todos los casos, el nivel de significación fue $P < 0,05$.

RESULTADOS

Características de los estudios

La búsqueda electrónica identificó 408 referencias de interés, principalmente en PubMed y LILACS. La estrategia de búsqueda en Scirus y la revisión manual de los artículos aportaron referencias adicionales, particularmente de trabajos de grado no publicados en revistas bio-

médicas. Se evaluaron los textos completos de 60 publicaciones, de las cuales 30 —pertenecientes a Brasil, Colombia y Costa Rica— cumplieron con los criterios de elegibilidad (21–50). En los cuadros 1 y 2 se pueden observar las características de los estudios y los hallazgos principales para cada uno de los países.

En relación con el país, 19 estudios evaluaron las características de los litigios en Brasil, en tanto que 10 lo hicieron en Colombia y uno en Costa Rica. Se excluyeron 28 estudios por diversos motivos, entre ellos la duplicación de publicación, contenidos que evaluaban demandas a las agencias reguladoras nacionales (ARN) y artículos acerca de la percepción de los usuarios frente al derecho a la salud o que abordaban aspectos legales sin aportar información acerca de las características de los litigios (14–17, 51–74); un estudio fue descartado porque no fue posible localizar su contenido completo (75). No se encontraron estudios que evaluaran intervenciones (o estrategias) con diseños antes-después o series de tiempo. A pesar de que todos los estudios fueron descriptivos, varios de ellos reportaron datos para diferentes períodos de tiempo. Algunos trabajos describieron el cálculo de la muestra y seleccionaron de manera aleatoria los litigios (22, 25–31, 34, 40, 41). En Colombia, la Defensoría del Pueblo publicó cinco estudios consecutivos que incluyeron todas las tutelas interpuestas entre 1999 y 2010 (25–29).

Hallazgos principales

Existieron diferencias de abordaje de acuerdo con los países. En Brasil, la mayoría de los estudios analizó la dinámica de la judicialización desde los municipios o estados particulares; no se identificaron trabajos que consolidaran la información a nivel nacional. En Costa Rica, solo un estudio cumplió los criterios de inclusión para el presente trabajo, factor que limita el análisis del comportamiento y la problemática general de dicho fenómeno, comparado con los otros dos países. Los estudios en Colombia y el estudio en Costa Rica evaluaron los litigios relacionados con la vulneración del derecho a la salud de manera general, en tanto que en Brasil los investigadores se concentraron exclusivamente en la evaluación de litigios relacionados con medicamentos.

En los estudios que reportaron diferencias entre los sexos y otras variables

² En PubMed y LILACS se utilizó la búsqueda booleana de palabras claves. PubMed: (lawsuits [ti] OR right [ti] OR legal [ti] OR Judicialization [ti] OR Judicialisation [ti] OR court [ti] OR lawsuit [ti] OR courts [ti]) AND (Brazil OR argentina OR brasil OR colombia OR chile OR “costa rica” OR mexico) AND (health OR healthcare OR medicine); LILACS: (judicializacion OR judiciais OR judicial OR judicialização OR lawsuits OR right OR legal OR Judicialization OR Judicialisation OR court OR lawsuit OR courts) AND (Brazil OR argentina OR brasil OR colombia OR chile OR costa rica OR mexico) AND (health OR healthcare OR medicine OR salud OR saude).

³ Siglas en inglés de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care.

demográficas, sociales y económicas, se observó una proporción mayor de demandas por parte de mujeres (22–25, 32, 47, 50), así como rangos amplios en cuanto a las edades y los estratos socioeconómicos de los demandantes (cuadros 1 y 2). Se identificó también que en los países estudiados, las decisiones fueron mayormente favorables para los demandantes, con rangos de 75% a 87% en Colombia (en primera instancia), 89,7% Costa Rica y 70% a 100% en el caso de Brasil. En Colombia, una proporción importante de las demandas (41% a 69,9%) se efectuaron para beneficios incluidos en el POS, pero no se provee un análisis detallado de las causas. En Brasil, se halló una variación notable en relación a los cuatro segmentos de la asistencia farmacéutica en el ámbito del sistema único de salud (SUS) (cuadro 2). Algunos estudios de Colombia informaron que hasta 57% de los reclamos fueron interpuestos por personas que no estaban adscritas a ninguno de los planes de beneficios (28). En Brasil, para el caso de los medicamentos incluidos en el PMDE se encontraron tasas de demandas que oscilaron entre 13% y 31% del total de los litigios, mientras que para los medicamentos básicos contenidos en el SUS las tasas rondaron el 50% (cuadro 2).

En los estudios que las reportaron, la mayoría de las demandas tuvieron un único autor (recurrente único) y se remitieron a entre una y cuatro peticiones (p. ej. medicamentos, cirugías, consultas y exámenes) por demanda (42, 43, 47). En Brasil, un estudio encontró que 20% de las demandas solicitaban más de cuatro medicamentos simultáneamente. Abadía y Oviedo aportaron una matriz de itinerarios burocráticos del sistema de salud colombiano, describiendo las implicaciones que tiene la demora en el acceso a la salud en términos de consecuencias perjudiciales y sufrimiento de los pacientes (23).

Los motivos de los litigios fueron variados (38). De acuerdo con Vélez-Arango y colaboradores, en Colombia el régimen de afiliación fue variable, aunque en las demandas predominó el régimen contributivo (21). En este mismo país, otro trabajo halló que en más de 50% de los litigios el costo de la acción judicial resultó ser mayor al costo de los servicios demandados, y que en promedio el sistema judicial gastó 50% del costo del servicio negado por las entidades promotoras de salud (47).

Litigios por medicamentos. En Colombia el porcentaje de demandas relacionadas con medicamentos osciló entre 11,9% y 35,6%, en Costa Rica dicha proporción fue 30,2% (incluyendo desabastecimiento), mientras que en Brasil un único estudio, en el municipio de Belo Horizonte (Minas Gerais), reportó que 49,6% de los litigios fueron por desabastecimiento (39). Como se dijo, los estudios de Brasil se centraron exclusivamente en los medicamentos, omitiendo otras tecnologías sanitarias. El estudio de la Defensoría del Pueblo en Colombia halló un llamativo incremento en la proporción de litigios por medicamentos, que alcanzó un 24,2% en 2010, en comparación con los 10 años previos, cuando permaneció por debajo de 20% (29). (Cabe anotar que en algunos casos una sola demanda puede solicitar diversas intervenciones en salud, por lo que el porcentaje puede exceder el 100%.)

Los reclamos mostrados en el estudio de Costa Rica fueron en su gran mayoría para medicamentos que no estaban en el catálogo oficial de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (63,8% en 2007, 80,4% en 2008 y 90% en 2009) (30). Para 2010, los medicamentos más requeridos en Colombia estuvieron relacionados con las especialidades de neurología, oncología, medicina interna, reumatología y oftalmología; estos hallazgos fueron similares en los estudios efectuados en Costa Rica y Brasil (26, 27, 39, 42). Entre 2003 y 2005 en Colombia, más de 80% de los medicamentos tutelados correspondieron a medicamentos no incluidos en el POS (26).

Un estudio realizado en Belo Horizonte encontró una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,02$) al comparar las demandas de medicamentos excepcionales versus los demás segmentos según el nivel social (zonas de riesgo medio y alto versus bajo) (39); otro estudio, también en Brasil (estado de Santa Catarina), encontró que los municipios con mejores indicadores socioeconómicos presentaban un mayor número de demandas por habitantes (50). Aun cuando en algunos estudios las prescripciones de medicamentos que generaron la demanda provinieron del sector privado (32, 43, 48), otros trabajos reportaron una proporción mayor del sector público (41, 44, 47, 49). Tres estudios encontraron una concentración de las demandas en la prescripción de medicamentos en un grupo pequeño de mé-

dicos y abogados (35, 38, 48). Machado y colaboradores (31) encontraron que 79% de los medicamentos demandados no incluidos en el plan de salud tenían alternativas terapéuticas y 53,9% tenían evidencia que sustentaba la eficacia y seguridad.

Varios estudios revelaron que la formulación sin soporte de guías clínicas o evidencia de eficacia y seguridad fue frecuente (37, 38). Marques observó que en 3,3% y 23,3% de las demandas los jueces no consideraron que el Estado demostrara que el medicamento fuera ineficaz o que existiera alguna alternativa terapéutica a la formulada (32). Otro estudio encontró que el costo de los medicamentos provistos sin evidencia de eficacia y seguridad representó 16,9% (R\$ 6 870,926)⁴ del costo total para el Estado (37). Sant'Ana y colaboradores reportaron que ninguna de las prescripciones cumplió con los principios técnicos y legales de buenas prácticas (43). La proporción de medicamentos en litigio que no tenían registro aprobado por la agencia reguladora osciló entre menos de 1% y 5% (32, 34, 41, 43, 46, 48). Un estudio en Colombia encontró que el costo de la acción judicial resultó ser superior al costo de los servicios y que 15% de las tutelas, por servicios no incluidos en el POS, representaron 43% del costo total para el aparato judicial (47).

En el caso de Brasil, una proporción de pacientes recurrió a la vía judicial, obviando la vía administrativa establecida para obtener medicamentos especiales (p. ej. por presentar documentación incompleta, o no cumplir los criterios) o disminuir los tiempos de espera. En otros casos, los medicamentos no estaban disponibles en las farmacias por deficiencias en la gestión, o se reclamaban todos los medicamentos prescritos al paciente, sin discriminar si ya estaban incluidos en el plan de beneficios (31, 34, 36, 42, 43).

Litigios por otras causas. Con respecto a las otras causales de demanda, en Colombia el rango varió para las cirugías entre 13,1% y 25%, otros procedimientos entre 1,8% y 10,8%, otros tratamientos entre 7,5% y 43%, prótesis y ortesis entre 3,9% y 13,7% y las consultas médicas (particularmente con especialistas) entre 4,3% y 29,9%. En un estudio efectuado

⁴ El tipo de cambio en 2006 era de aproximadamente 1 R\$ = US\$ 0,46.

CUADRO 1. Características de la judicialización del acceso a la salud en Colombia y Costa Rica durante el periodo de cada estudio

Característica	Colombia						Costa Rica					
	Defensoría del Pueblo (29)	Niño (47)	Defensoría del Pueblo (28)	Molina-Marin (22)	Rodríguez (24)	Defensoría del Pueblo (27)	Abadía (23)	Vélez-Arango (69)	Defensoría del Pueblo (26)	Defensoría del Pueblo (25)	Autor (referencia)	
Período de estudio	2010	2002-2007	2009	2004-2008	2002-2007	2006-2008	2006-2007	2003-2004	2003-2005	1999-2003	Vargas López (30)	
Metodología	Universo: 403 380 tutelas (salud 23,4%). Muestra: 2 863	Muestra: 384 tutelas con vulneraciones al derecho a la salud según fallo de primera instancia	640 tutelas (salud 27,1%). Muestra: 2 782	Universo: 160 tutelas. Muestra: 90	Universo: 57 194 fallos de tutelas en los juzgados Municipio y Circuito. Muestra: 384	Universo: 6 164 tutelas por derecho a la salud	Muestra: 458 acciones legales interpuestas bajo asesoría legal de la ONG "Salud al Derecho"	Universo: 9 767 tutelas instauradas. Muestra: 375	Universo: 571 834 tutelas con vulneraciones al derecho a la salud. Datos de la Corte Constitucional. Muestra: 5 132	Universo: 145 360 tutelas (salud 25,7%). Muestra: 2 710	2007-2009 amparos. Muestra: 582 acciones contra instituciones del sector salud y otras entidades estatales.	
Medicamentos	24,2%	11,9%	15,1%	16,5%	20,1%	19,2%	21,4%	35,6%	18,4%	14,9%	30,2% (incluye desabastecimiento)	
Exámenes diagnósticos	18,3%	24,4%	12,3%	19,6%	33,9%	18,6%	24,9%	16,9%	20,1%	20,1%	...	
Cirugía	21,7%	20,7%	13,9%	16,5%	25,0%	20,8%	13,1%	16,7%	17,6%	19,5%	...	
Otros procedimientos	2,4%	8,3%	2,5%	...	7,8%	1,9%	...	10,8%	4,6%	2,5%	...	
Otros tratamientos	43,3%	4,7%	22,5%	...	18,0%	7,5%	10,5%	9,2%	12,0%	17,9%	...	
Prótesis y ortesis	9,2%	...	7,3%	...	3,9%	13,7%	...	5,0%	10,9%	5,4%	...	
Citas médicas	20,0%	22,3%	13,4%	...	29,9%	10,4%	17,0%	4,3%	7,0%	4,3%	...	
Otros relacionados con el sistema de salud	17,6%	...	10,3%	...	...	5,3%	12,0%	...	4,8%	7,5%	...
Beneficios incluidos en el plan de salud	65,4%	79,5% (totalmente incluido)	66,2%	55,7%	88,5% (contributivo) 57,0% (subsidiado) 94,0% (vinculados, no asegurados)	53,4%	...	41,0%	56,4%	69,9%	9,3% (problemas administrativos) 63,8% (en 2007) 80,4% (en 2008) 90,0% (en 2009) (Catálogo oficial de CCSS)	
Altos costos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mujeres que interpusieron acción	...	...	...	53,6%	56,0%	...	61,8%	29,7% ^a 54,2%	...	21,4%	...
Estrato socioeconómico	...	...	...	...	...	...	87,3% niveles más bajos (0, 1 y 2)	...	...	...	...
Edad	...	...	...	41,2% (menores de edad) 58,8% (adultos, 14% de ellos > de 60 años)	13,0% (< 18 años) 29,7% (> de 65 años)	...	15,7% (< 18 años) 30,3% (19-40 años) 27,0% (41-55 años)	3,0% (< 5 años) 81,0% (>25 años)	...	...	...
Particularidades	Entre las solicitudes no incluidas en el plan de salud, se encuentran: 54,4% (med.) 20,8% (prótesis)	79,0% (RC) Costo medio de servicios por unidad de tutela fue 1 318 021,1 pesos. ^b 15,0% (tutelas, por servicios no incluidos en el POS)	...	72,2% (RC) 22,7% (RS) 4,1% (no asegurados) 1,0% (RE)	57,0% (RC) 28,0% (RS) 14,0% (no asegurados) 45,8% (no reportó causa de negación del servicio) 12,8% (impugnaron el fallo)	22,4% (>56 años) 48,5% (RS) 87,3% (perteneían a los niveles más bajos de estrato socioeconómico (0, 1 y 2))	74,7% (RC) 14,4% (RS)	77,0% (RC o RS) 14,6% (acciones contra entes territoriales) 8,5% (contra otras entidades) 4,0% (RS) > 80% (med. tutelados no incluidos en POS) 89,0% (cirugías incluidas en POS). Frecuente no autorización de dispositivos
Decisión favorable para demandante, 1.ª instancia	75,2%	...	80,7%	80,4%	87,0% (medida provisional)	86,0%	84,2% (diferentes acciones)	87,0%	87,0%	78,5%	89,7%	

Fuente: elaboración de los autores con base en las referencias mencionadas.
 (...) sin datos; POS: Plan Obligatorio de Salud; CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social; med: medicamento; RC: régimen contributivo; RE: régimen especial; RS: régimen subsidiado.
 a El 13,3% del alto costo fue incluido en el plan de salud.
 b El tipo de cambio en el periodo 2002-2007 osciló entre 2 000 y 3 000 pesos colombianos por dólar.

CUADRO 2A. Características de la judicialización del acceso a la salud en Brasil durante el período de cada estudio

Característica	Autor (referencia)									
	Machado (31)	Macedo (38)	Sant'Ana (43)	Marques (44)	Borges (33)	Chieffi (34)	Lopes (37)	Menicucci (39)	Barcelos (48)	Figueiredo (49)
Período de estudio	2005-2006	2005-2009	2006	1997-2004	2005	2006	2006-2007	1998-2009	2008-2009	2007-2008
Metodología	Universo: 873 820 demandas por med.	Acciones legales por acceso a med. Muestra: 81 Med.: 128 artículos	Universo: 162. 3 456 demandas en corte de apelación; 27 casos resueltos. Med.: 116 artículos	Muestra: 366 acciones judiciales por med. en 1ª instancia en cuatro estados	Universo: 2 245 acciones judiciales para acceso a med. Muestra: 704	Universo: 3 007 procesos judiciales. Muestra: 2 927	Demandas por 7 med. para tratamiento de cáncer. Muestra: 1 220	Muestra: 2 396. Muestra: 339 acciones legales en ciudad	Muestra: 203 acciones judiciales sobre 283 med. en Secretaría de Salud del Estado	Muestra: 281 demandas en Secretaría de y Defensa Civil de Estado
Medicamentos	100,0%	100,0%	...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	49,5%	100,0%	100,0%
Exámenes diagnósticos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cirugía	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Otros procedimientos	...	...	...	...	...	...	...	24,6% (procedimientos médicos)	...	...
Prótesis y ortesis	...	...	...	...	...	...	...	5,0%	...	...
Otros relacionados con el sistema de salud	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Beneficios incluidos en plan de salud	56,7% (no pertenecían a ningún plan)	33,8% (SUS)	57,0%	50,0% (SUS)	52,0%	...	...	44,0% (med. SUS)	31,4% (en listado de med. esenciales)	49,5% (litigios con ≥1 med. de alto costo)
Altos costos	...	...	13,9% (med. inusuales)	...	...	...	...	...	...	27,0% (como parte de Rename)
Altos costos incluidos en plan de salud	...	19,5% (PMDE)	...	...	...	...	...	21,0% (med.)	...	...
Mujeres que interpusieron acción	60,2%	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Edad	35,4% (> 60 años)	...	...	...	...	...	...	50,0% (< 30 años) 36,0% (> 60 años)	...	...
Estrato socioeconómico	48,2 años de media	...	...	...	...	...	...	19,2% (demandantes en sectores de "alto riesgo" social)	...	...
Particularidades	70,5% (atención en sistema privado) 79,0% (med. no incluidos en plan de salud con alternativas terapéuticas) 53,9% (med. con evidencia de eficacia) 5% (sin registro Anvisa)	Frecuente formulación sin soporte de guías clínicas o evidencia de eficacia y seguridad	Ninguna de las prescripciones cumplió con los principios generales y legales de buenas prácticas de prescripción 29,6% (con nombre genérico) 1% (sin registro Anvisa)	Soporte técnico de demandas bajo. Entre 3,3% y 23,3% de las demandas los jueces no consideraron que el Estado demostrara en su defensa inejecución o alternativa	...	Concentración de demandas por los mismos abogados y médicos (p. ej. 36 abogados presentaron 76% de los procesos con más de 30 solicitudes)	Demandas en grupo pequeño de médicos y abogados. Frecuente falta de evidencia de seguridad. Costo sin evidencia fue el total del gasto para el Estado	...	76,0% (med. tenían alternativas terapéuticas) 50,0% (costo en tratamiento para la demanda)	Frecuentemente la interrupción en la provisión del medicamento generó la demanda
Decisión favorable para demandante	...	...	...	...	89,0% (totalmente)	...	...	70,0% 80,0% (med.)	85,7%	...

Fuente: elaboración de los autores con base en las referencias mencionadas. (...): sin datos; SUS: Sistema Único de Salud; Rename: Relación Nacional de Medicamentos Esenciales; PMDE: sigla en portugués del Programa de Medicamentos de Suministro Excepcional; Anvisa: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria; FDA: Food and Drug Administration; Med: medicamentos.
a El tipo de cambio en 2006 fue de R\$1 = US\$ 0.46.

CUADRO 2B. Características de la judicialización del acceso a la salud en Brasil durante el período de cada estudio

Característica	Autor (referencia)									
	Pepe (41)	Pereira (42)	Chieffi (35)	Alves (36)	Romero (45)	Boing (50)	Marques (32)	Vieira (47)	Messeder (40)	
Período de estudio	2006	2000–2004	2006	2003–2005	2001–2005	2000–2006	1997–2004	2005	1991–2002	
Metodología	Acciones de 2. ^a instancia por med. en el tribunal de justicia del Estado. Muestra: 185	665 procesos judiciales por acceso a med. en Estado. 1 274 med. solicitados 100,0%	Universo: 3 007 procesos judiciales. Muestra: 2 927	Muestra 1 020 decisiones de tribunales de justicia de dos estados	221 acciones del tribunal de justicia del Distrito Federal	2 580 acciones judiciales de med. en el Estado	Muestra: 31 sentencias sobre tecnologías sanitarias en el Estado	170 acciones contra la Secretaría Municipal del Estado Muestra: 133	1991–2002 Universo: 2 733 acciones contra el Estado Muestra 389	
Medicamentos	...	...	100%	...	100%	100,0%	...	100,0%	100,0%	
Exámenes diagnósticos	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cirugía	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Otros procedimientos	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Prótesis y ortesis	...	...	...	8,4%	...	...	...	...	...
Otros relacionados con el sistema de salud	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Beneficios incluidos en plan de salud	98% (med. Rename)	...	...	...	...	19,4% (SUS)	...	62,0% (SUS)	69,2% (con financiamiento definido)	
Alto costo	...	26,4%	...	...	...	...	...	...	...
Alto costo incluidos en plan de salud	...	...	13% (PMDE)	...	...	...	...	...	31,4% (med. excepcionales)	
Mujeres que interpusieron acción	...	...	...	...	...	52,5%	...	63,5%	...	
Edad	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estrato socioeconómico	...	...	16% (estrato 1) 35% (estrato 2) 22% (estrato 3)	...	...	...	...	...	63,0% (en zonas con menores niveles de exclusión social)	
Particularidades	Mayoría de med. con registro de Anvisa	7,5%–11,5% (valor total de med. atribuidos a acciones judiciales) 55,8% (sector privado) 1,4% (med. en 2004 no tenían registro Anvisa y acarrearón 2,4% del costo total)	3% (no disponibles en mercado nacional) 77% (no pertenecían al SUS)	51,9% (demandas por cobertura en salud)	40% (med. de marca raras) 5% (enfermedades raras) 60% (med. se concentran en 4 grupos terapéuticos)	...	77,4% (requirió tecnología sanitaria de una marca comercial determinada)	27,0% (SUS) no cubiertos por el plan de salud sin alternativa terapéutica	...	
Decisión favorable para demandante	100% (1. ^a instancia)	...	...	80,3% (1. ^a instancia) 75% (2. ^a instancia)	...	...	93,5%	...	...

Fuente: elaboración de los autores con base en las referencias mencionadas. (...): sin datos; SUS: Sistema Único de Salud; Rename: Relación Nacional de Medicamentos Esenciales; PMDE: sigla en portugués del Programa de Medicamentos de Suministro Excepcional; Anvisa: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.

en Amazonas, Colombia, se encontró un porcentaje importante de demandas (42%) por desplazamientos a otra ciudad (pasajes y alojamiento) (22). Los litigios por acceso a consultas médicas representaron 22,6% en Costa Rica. En Brasil un estudio encontró que 8,4% de las demandas se efectuaron por acceso a prótesis y ortesis (36); Menicucci y colaboradores (39) reportaron asimismo que 24,6% de las demandas fueron para tener acceso a procedimientos médicos y 10,68% a materiales y equipos, mientras que 5% respondieron a problemas administrativos. El 89% de las cirugías solicitadas por tutelas estaban contempladas en el POS y su negación se debió principalmente a la no autorización de dispositivos (27).

DISCUSIÓN

A pesar de las diferencias en la estructura de los sistemas sanitarios en los países estudiados, la revisión de la literatura denota similitudes en la problemática relacionada con el acceso a los servicios de salud. Una proporción importante de las demandas se sustentan en servicios cubiertos por los sistemas de salud y la mayoría de los litigios resultan favorables al demandante. Los estudios incluidos en esta revisión evidencian debilidades de los sistemas de salud para satisfacer las demandas de la población, particularmente en lo que respecta a garantizar el acceso a los servicios incluidos en las prestaciones de salud y a la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias.

Cuando el reclamo objeto de litigio está incluido en las coberturas obligatorias del sistema de salud, el gasto incurrido por el Estado como resultado de la demanda es una indicación de la necesidad que hay de fortalecer y corregir el sistema. Los montos gastados por el Estado en pagar algunos servicios (en Colombia, por vía de reintegro) suelen ser mayores que el valor de venta de los medicamentos, situación que obviamente afecta al presupuesto de salud (19).

Aun cuando las barreras en el acceso a la salud podrían contener el gasto sanitario "mediato", es probable que a su vez promuevan el gasto de bolsillo de la población (76) y tengan repercusiones sociales y económicas a mediano y largo plazo, que son difíciles de estimar con respecto al costo y la congestión de procesos que implican los litigios para el

poder judicial y para la salud misma de la población.

Por otra parte, es fundamental ahondar en el abordaje para el acceso a las tecnologías o servicios que se reclaman y que no están cubiertos o financiados por los sistemas de salud. En el caso de las tecnologías, tales acciones son particularmente prioritarias en los casos donde hay evidencia científica acerca de su eficacia, efectividad o seguridad, así como de su impacto en la morbimortalidad. Frecuentemente, la prescripción médica es el principal respaldo de la decisión del juez, pese a que en algunos estudios se encontró que no había evidencia de efectividad de los medicamentos prescritos, por lo que se debe profundizar sobre la pertinencia de dicha prescripción y el uso de información adicional de respaldo. Algunos estudios hallaron que una proporción alta de los medicamentos reclamados poseían una alternativa terapéutica incorporada en los mecanismos financiados por el sistema de salud, y en algunos casos es posible que el número importante de acciones judiciales de ciertas tecnologías sanitarias hayan incidido en la decisión de incorporarlas a esos mecanismos (31, 32, 41, 47).

En Colombia, la Corte Constitucional (sentencia T-760 de 2008) determinó los criterios que deben tener en cuenta los médicos tratantes cuando ordenan un medicamento con su denominación de marca, indicando que prevalece la decisión del médico tratante (y, eventualmente, del comité técnico científico) (29, 58). En Brasil, las decisiones judiciales han dejado claro que es el Estado quien debe establecer el listado e indicaciones de los medicamentos excepcionales, reconociendo la importancia de la selección oficial del plan de beneficios (34).

El derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales y en las constituciones de los países, obliga a los Estados a garantizar, entre otros, la disponibilidad oportuna y apropiada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Cuando los Estados no pudieran garantizar estos derechos de manera apropiada, deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva, que obliga a que se avance de la manera más expedita y eficaz posible hasta el máximo de los recursos de que dispongan (77).

De acuerdo con Ferraz, muchos jueces interpretan el derecho a la salud como un derecho individual para satisfacer las necesidades de salud mediante el tratamiento más avanzado del mercado, con independencia de costos (11). Más allá de lo inmediato, las diferentes dinámicas del proceso de la demanda (litigio) están llamadas a influir sobre las políticas, incluso cuando el litigio no haya sido ganado o cuando la sentencia se cumpla parcialmente (10). Los documentos de política, la documentación de la cobertura de los medios de comunicación, las audiencias públicas y los debates legislativos así como las entrevistas con los participantes en el proceso (responsables políticos, jueces, activistas y analistas políticos) (64–69), pueden servir para fundamentar la hipótesis de que los cambios de política están entroncados —al menos en parte— en las órdenes emitidas desde los tribunales (14).

Teniendo en cuenta que una proporción importante de estudios fueron trabajos de grado no publicados en revistas indexadas, es factible que exista un sesgo de publicación y que no se hayan identificado todos los estudios existentes. Para controlar este sesgo, se realizaron búsquedas en Scirus, se consultaron expertos en el tema y se revisaron las referencias de los estudios incluidos. Las definiciones de las variables fueron diversas entre los estudios, algo que dificultó la integración de la información. El presente trabajo no contempló aspectos de índole jurídica, como por ejemplo la naturaleza social del derecho a la salud y sus implicancias en los ordenamientos jurídicos de los países estudiados, o el grado de exigibilidad de este derecho en comparación con otros de carácter civil y/o político. Asimismo, no incluyó disquisiciones de carácter procesal (p. ej. las características de los procedimientos a que fueron sometidos estos litigios en el contexto administrativo, contencioso, judicial, etc.). Se considera importante profundizar la discusión y el análisis de las políticas públicas y los aspectos jurídicos de cada país estudiado, y que estos aspectos sean objeto de futuras investigaciones en el contexto integrativo de la presente revisión.

Conclusión

La judicialización de la salud es un fenómeno común a todos los países evaluados en el presente trabajo, con si-

militudes en sus causales, naturaleza y repercusiones según el contexto de cada país. El incremento progresivo en la asignación de los recursos y en el acceso a los servicios de salud acompañó a un incremento en el número de litigios en la última década. Los estudios incluidos

muestran las debilidades de los sistemas de salud para satisfacer las demandas de la población, particularmente en lo que respecta a garantizar el acceso a los servicios incluidos en los sistemas de salud y a la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Esta revisión de la

literatura mostró similitudes en la problemática relacionada con el acceso a los servicios de salud, por lo que tal vez las estrategias de su abordaje deberían tener algunos puntos en común.

Conflictos de interés. Ninguno.

REFERENCIAS

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Obligatorio de Salud (POS). Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Paginas/InicioPOS.aspx> Acceso el 26 de enero de 2013.
- Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627 Acceso el 17 de enero de 2013.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Ley General de Salud. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=7006¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp Acceso el 1 de abril de 2012.
- Sáenz MR, Acosta M, Muíser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex.* 2011;53 supl 2:156–67.
- Guerrero R, Gallego AL, Becerril-Montekio V, Vázquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53 supl 2:144–55.
- Vieira FS. Ministry of Health's spending on drugs: program trends from 2002 to 2007. *Rev Saude Publica.* 2009;43(4):674–81.
- Hogerzeil HV. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? *Bull World Health Organ.* 2006;84(5):371–5.
- Uprimmy Yepes R. La judicialización de la política en Colombia: casos potencialidades y riesgos. *SUR Revista Internacional de Derechos Humanos.* 2007;6(4):53–69.
- Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Access to health care in Colombia. *Rev Salud Publica.* 2010;12(5): 701–12.
- Gloppen S. Litigation as a Strategy to Hold Governments Accountable for Implementing the Right to Health and Human Rights. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/20460101> Acceso el 12 de enero de 2013.
- Ferraz OL. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *Health Hum Rights.* 2009;11(2):33–45.
- Pepe VL, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2405–14.
- Gandini JAD, Barione SF, Souza AE. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Brasília: BDJur;* 2008. Disponible en: bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694 Acceso el 12 de enero de 2013.
- Nogueira Pires de Sa MCD. Controle judicial da política pública de vigilância sanitária: a proteção da saúde no Judiciário. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08122010-140717/pt-br.php> Acceso el 12 de enero de 2013.
- Grad FP. The Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Disponible en: [www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf) Acceso el 12 de enero de 2013.
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf Acceso el 12 de enero de 2013.
- Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> Acceso el 14 de enero de 2013.
- Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Política farmacéutica nacional. Documento CONPES social 2012 (primera fase de discusión). Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Políticas%20Farmaceuticas/política%20farmaceutica/documentos%20soporte/23042012%20CONPES%20POLIITCA%20FARMACEUTICA%20PROYECTO.pdf> Acceso el 14 de enero de 2013.
- Machado Alba JE, Moncada Escobar JC. Evolution of consumption of high-cost drugs in Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(4):283–9.
- Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Version 5.1.0 [updated March 2011].
- Vélez-Arango AL, Realpe-Delgado C, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro AP. Legal action as mechanisms of protection the right to health in Manizales, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2007;9(2):297–307.
- Molina Marín G, Jiménez Campiño SA, Rodríguez Tejada CM, Berriro Castaño A, Vargas Jaramillo J. Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004–2008. *IATREIA.* 2010;23(4): 335–43.
- Abadía CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Soc Sci Med.* 2009;68(6): 1153–60.
- Rodríguez Tejada CM, Molina Marín G, Jiménez SA. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(1):92–100.
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud causas de las tutelas en salud 1999–2003. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_106.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud Período 2003–2005. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud Período 2006–2008. Disponible en: http://www.semana.com/documentos/Doc-1959_2009924.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2009. Disponible en: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaSalud.pdf> La Tutela y el Derecho a la Salud 2009 Acceso el 17 de enero de 2013.
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2010. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/usuarios/prensa/images/pdf/1324_1310582146.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
- Vargas López K. El desarrollo del derecho a la salud por parte de la sala constitucional y su influencia en el sistema público de salud en Costa Rica (2010). Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/dJuridica/Contextos/EL_DESARROLLO_DEL_DERECHO_SALUD_POR_PARTE_SALA_CONSTITU.pdf Acceso el 15 de enero de 2013.
- Machado MA, Acurcio F de A, Brandão CM, Faleiros DR, Guerra AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2011;45(3):590–8.
- Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1): 101–7.
- Borges D da C, Ugá MA. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad Saude Publica.* 2010;26(1):59–69.
- Chieffi AL, Barata R de C. Legal suits: pharmaceutical industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian public health-

- care system. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3): 421-8.
35. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8): 1839-49.
 36. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):279-90.
 37. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CG. Rational use of anticancer drugs and patient lawsuits in the state of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):620-8.
 38. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. A technical analysis of medicines request-related decision making in Brazilian courts. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):706-13.
 39. Menicucci TMG, Machado JA. Judicialization of Health Policy in the Definition of Access to Public Goods: Individual Rights versus Collective Rights. *Braz Political Sci Rev*. 2010;4(1): 33-68.
 40. Messeder AM, Osorio-de-Castro CG, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):525-34.
 41. Pepe VL, Ventura M, Sant'ana JM, Figueiredo TA, Souza Vdos R, Simas L, Osorio-de-Castro CG. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):461-71.
 42. Pereira JR, dos Santos RI, do Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Cien Saude Colet*. 2010;15 supl 3:3551-60.
 43. Sant'ana JM, Pepe VL, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. Essential drugs and pharmaceutical care: reflection on the access to drugs through lawsuits in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):138-44.
 44. Marques SB. O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política, e a técnica médica. Tesis 2011. Disponible en [http://www.teses.usp.br/teses/Acesso el 26 de enero de 2013](http://www.teses.usp.br/teses/Acesso%20el%2026%20de%20enero%20de%202013).
 45. Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. (Textos para discussão nº 41). Disponible en: http://www.senado.gov.br/senado/conleg/textos_discussao/TD41-LuizCarlosRomero.pdf Acceso el 26 de enero de 2013.
 46. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2): 214-22.
 47. Nieto E, Arango A. Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2011;29(3):223-31.
 48. Barcelos PC. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório. [dissertação]. Rio de Janeiro RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. Disponible en: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1691 Acceso el 15 de enero de 2013.
 49. Figueiredo TA. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2010. Disponible en: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25584.pdf> Acceso el 15 de enero de 2013.
 50. Boing AC. Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2008. Disponible en: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11968.pdf Acceso el 20 de enero de 2013.
 51. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro. Disponible en: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2436> Acceso el 17 de enero de 2013.
 52. Sant' Ana JMB. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
 53. Baptista TW, Machado CV, de Lima LD. State responsibility and right to health in Brazil: a balance of the Branches' actions. *Cien Saude Colet*. 2009;14(3):829-39.
 54. Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. Judicialisation of the right to health in Brazil. *Lancet*. 2009;373(9682):2182-4.
 55. Diniz D, Medeiros M, Schwartz IV. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(3):479-89.
 56. Lopes MACQ, Gubolino LA, Mattos LA, Marin-Neto JA. Conflitos Éticos e Judiciais no Emprego dos Stents Farmacológicos no Brasil. Análise das Principais Controvérsias para Incorporação dessa Tecnologia nos Sistemas de Saúde Público e Privado no País. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2009;17(1):117-32.
 57. Brazil, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Disponible en: http://webserver.mp.ac.gov.br/wp-content/files/Manual_Indicadores_Aes_Judiciais_Medicamentos.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
 58. Yamin AE, Parra-Vera O. How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Med*. 2009;6(2): e1000032.
 59. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (2009). Disponible en: ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-1227110-145542/iv11de1.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
 60. Molina Marín G, Felipe Muñoz Echeverri I, Ramírez AG. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Medellín: Instituto de Estudios del Ministerio; 2009.
 61. Malca CG, Parra Vera O, Yamin AE, Torres Tovar M. ¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. *Health Hum Rights*. 2010;11(1):1-13.
 62. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):745-54.
 63. González AC, Durán J. Impact of Court Rulings on Health Care Coverage: The Case of HIV/AIDS in Colombia. *MEDICC Rev*. 2011; 13(3):54-7.
 64. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2008;10(3):386-94.
 65. Dallari SG, Adorno R, Faria M, Shuqair NS, Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad Saude Publica*. 1996;12(4):531-40.
 66. Leite SN, Mafra AC. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Cien Saude Colet*. 2010; 15 supl 1:1665-72.
 67. da Silva VA, Vargas Terrazas F. Claiming the Right to Health in Brazilian Courts the exclusion of the already excluded. Disponible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1133620 Acceso el 17 de enero de 2013.
 68. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MM. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):342-8.
 69. Vélez Arango AL. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidad. Manizales 2008. *Hacia Promoc Salud*. 2009; 4(1):z68-92.
 70. Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit. Disponible en: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_decit.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.
 71. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 72. Santos CC, Guimarães LG, Gonçalves SA. Estratégias para reorganização e otimização das atividades destinadas ao fornecimento de medicamentos demandados judicialmente contra a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [monografía de especialização]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006
 73. Andrade EIG. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(4 supl. 4):S46-50.
 74. Sartório MJ. Política de medicamentos excepcionais no Espírito Santo: a questão da judi-

- cialização da demanda [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. Disponible en: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4730/000459249.pdf?sequence=1> Acceso el 17 de enero de 2013.
75. Pessoa NT. Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetradas contra a Secretaria de Saúde do estado do Ceará [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2007.

76. CEPAL. Capítulo V: El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeodm/fulltext/odmsalud/cap5.pdf> Acceso el 17 de enero de 2013.

77. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/61/338. Disponible en: <http://www.unfpa.org/derechos/>

documents/informe_mortalidad_000.pdf Acceso el 17 de enero de 2013.

Manuscrito recibido el 29 de mayo de 2012. Aceptado para publicación, tras revisión, el 3 de enero de 2013.

ABSTRACT

Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review

Objective. Identify and evaluate studies that analyzed characteristics of right-to-health litigation in Brazil, Colombia, and Costa Rica.

Methods. Studies were evaluated that analyzed characteristics of right-to-health litigation identified through a search of PubMed, LILACS, Cochrane Library, and Scirus (April 2012). Two reviewers evaluated the studies. Variables collected were, among others, grounds for litigation, proportion of lawsuits for benefits covered by the health system, and lawsuits on high-cost technologies.

Results. Thirty studies were identified (Brazil 19, Colombia 10, and Costa Rica 1). Judgments were frequently in favor of plaintiffs: Colombia (75%–87%), Costa Rica (89.7%), and Brazil (70%–100%). In Colombia, lawsuits were filed for benefits included in the Compulsory Health Plan (range: 41%–69.9%). In Brazil there was considerable variation in the amount of lawsuits between the Exceptional Circumstance Drug Dispensing Program (13%–31%) and basic medicines in the Unified Health System (approximately 50%). Lawsuits on drugs varied as a percentage of all lawsuits (Colombia 11.9%–35.6%, Costa Rica 30.2%, and Brazil 49.6%). A study in Brazil found a statistically significant difference when comparing lawsuits on exceptional drugs versus all other drugs, by social class; and in another study, according to lawsuits from municipalities with better socioeconomic indicators. A concentration of lawsuits on drug prescribing by a limited group of physicians was reported. Prescribing was not always supported by scientific evidence. Another study found that in half of the cases, the cost of legal proceedings was higher than the cost of the services being claimed.

Conclusions. There are similarities in the grounds, nature, and impact of litigation in the context of the countries studied. The studies included show weaknesses of health systems to ensure access to different services as well as in the introduction of new health technologies.

Key words

Right to health; health systems; legislation as topic; legislation, drug; review; Brazil; Colombia; Costa Rica.