



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)  
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 730

Bogotá, D. C., martes, 17 de septiembre de 2013

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

**AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013**

(abril 24)

**“Proyectos de Reforma al Sistema General  
de Seguridad social en Salud”**

Siendo las diez y cinco minutos de la mañana (10:05 a. m.), del día miércoles veinticuatro (24) de abril de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, el honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, en su calidad de Vicepresidente y, como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la Audiencia Pública programada para la fecha, llevada a cabo en el Salón Boyacá del Edificio Capitolio Nacional, con el siguiente Orden del Día:

#### **ORDEN DEL DÍA**

para la Audiencia Pública del día miércoles 24 de abril de 2013

Comisión Séptima Constitucional Permanente honorable Senado de la República

**Proyectos de Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

**1. Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado,** por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, Édinson Delgado Ruiz.

Número de artículos: doce (12).

Fecha de radicación Senado: agosto 1° de 2012

Fecha de radicación Comisión Séptima Senado: agosto 15 de 2012

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 488 de 2012.

**2. Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado,** por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: Ministro de Salud y Protección Social, doctor *Alejandro Gaviria*.

Número de artículos: sesenta y siete (67).

Radicado en Senado: 19-03-2013

Radicado en Comisión: 21-03-2013

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 116 de 2013.

**3. Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado,** por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

Iniciativa: honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda*, *Gloria Inés Ramírez*, *Juan Manuel Galán*, *Camilo Romero*, **Alexánder López**, *Parmenio Cuéllar*, *John Sudarsky*, *Jorge Guevara*, *Juan Fernando Cristo*, *Germán Carlosama*, *Carlos Alberto Baena*, y honorable Representante *Iván Cepeda Castro*, *Germán Navas Talero*, *Ángela María Robledo*, *José Joaquín Camelo*, *Gloria Stella Díaz*, *Alba Luz Pinilla*, *Hugo Velásquez*.

Radicado en Senado: 10-04-2013

Radicado en Comisión: 12-04-2013

Número de artículos: cincuenta y tres (53).

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 198 de 2013.

Participantes: Gremios del Sector Farmacéutico (Entidades afiliadas a Afidro y Asinfar, Aliancoop), ANDI (Cámara de Proveedores de la Salud, Cámara Farmacéutica y Cámara Sectorial de Salud), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), Asocoldro (Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas) y otros Organismos de insumos y dispositivos médicos.

Hora: de 09:00 a. m. a 02:00 p. m.

Lugar: Salón Boyacá del Edificio Capitolio Nacional, Entrada por la Plaza de Bolívar.

### ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la Audiencia (Señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado).

2. De 09:00 a. m. a 09:15 p. m.: Inscripción de Intervenientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, Propuestas Reformatorias al Sistema de Seguridad Social en Salud. No se dará el uso de la palabra a quien no acredite tal requisito.

3. Invitados:

3.1. Gremios del Sector Farmacéutico (Entidades afiliadas a Afidro y Asinfar, Aliancoop), ANDI (Cámara de Proveedores de la Salud, Cámara Farmacéutica y Cámara Sectorial de Salud), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), Asocoldro (Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas) y otros Organismos de insumos y dispositivos médicos.

3.2. Señor Ministro de Salud

3.3. Señor Superintendente Nacional de Salud

3.4. Señor Defensor del Pueblo

3.5. Señor Procurador General de la Nación

3.6. Señora Contralora General de la República

4. Intervenciones de los Inscritos, para sustentar sus propuestas presentadas ante la Secretaría de la Comisión (el tiempo se determinará de acuerdo con el número de inscritos).

5. Cierre del evento.

A esta Audiencia Pública fueron invitadas además, las personalidades y entidades relacionadas, así:

Nº	NOMBRES	ENTIDAD
1	Juan Camilo Samper N.	Marketing Manager, BD Medical
2	Angiely Jiménez	Jefe Dpto. Canal Institucional - Asocajas
3	María Isabel Buitrago	Jefe Aseguramiento de Calidad - Asocajas
4	Alejandro Hurtado	Jefe Depto. Administrativo Salud - Asocajas
5	Jenny Patricia Clavijo	Coordinadora Gestión Farmacéutica - Asocajas
6	Juan Manuel Bottia Calderón	Gerente Planeación y nuevos negocios - Asocajas
7	Claudia Patricia Rodríguez	Jefe de Asuntos Normativos - Asocajas
8	Claudia Herrera Terán	Gerente de Medicamentos - Asocajas
9	Nubia Isabel Solano Celis	Jefe Dpto. de Compras Medicamentos - Asocajas
10	Carlos Eduardo Jurado Moncayo	Cámara Sectorial de Salud
11	Marisol Sánchez	Directora de la Cámara de Proveedores
12	Héctor Eduardo Castro Jaramillo	Director Ejecutivo IETS
13	Mario Andrés Uran Martínez	Laboratorios Lafranco
14	Juan Sebastián Arango Cárdenas	Asesor Jurídico <b>Fenalco Presidencia Nacional</b>
15	Wilson Gerardo Ulloa	
16	Paola Rueda	
17	Eliana Díaz Lemus	Funcionaria de la Contraloría General de la República
18	Aurelio Mejía	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (IETS)
19	Germán Fernández Cabrera	Federación Médica Colombiana
20	Iván Darío Flórez	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (IETS)
21	Diana Esperanza Rivera Rodríguez, BSC, MSC	Subdirectora de Participación y Deliberación - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (IETS)

Nº	NOMBRES	ENTIDAD
22	Angélica Rengifo	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (IETS)
23	Ludy Alexandra Parada Vargas, MG	Health Economics Specialist - Laboratorios Roche
24	Nidia Rocío Puerto Moreno	Reyes & González Abogados SAS
25	Mauricio Hernández Quintana-	Laboratorio Procaps S. A.
26	Maximio Antonio Visbal Niño	Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas Asocoldro
27	Claudia Andrea Padilla García	Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas Asocoldro
28	Julieth Paola González Cárdenas	Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas Asocoldro
29	María Alejandra Villamil Zuluaga	Estudiante de Comunicación Social en la Universidad de la Sabana
30	Andrés Monroy	ANDI
31	Claudia Vargas	ANDI
32	Alejandra Camacho	Asistentes de la Cámara de Proveedores de Salud - ANDI
33	Yessica Valencia	Asistentes de la Cámara de Proveedores de Salud - ANDI
34	Carlos Mario Motta	ANDI
35	Luz Andrea Cataño Barreto	ANDI
36	Juan Valencia	ANDI
37	Sebastián Montoya	Vicepresidencia de Asuntos Sociales y Jurídicos de la ANDI
38	Patricia Calderón	Vicepresidencia de Asuntos Sociales y Jurídicos de la ANDI
39	Doctor Francisco Rossi Buenaventura	
40	Luz Marina Umbasia Bernal	
41	Carlos Ignacio Cuervo	
42	Diana Margarita Gutiérrez de Piñeres	
43	Luz Amparo Ricardo	
44	Savine María Brauer	
45	Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes	
46	Federmán Núñez	Director Ejecutivo Avanzar
47	María Claudia Chacón	
48	Wilson Chacón	
49	Martha Herrera	
50	Adriana Alturo	
51	José Fernando López	
52	Doctora Blanca Elvira Cajigas de Acosta	Directora General - Invima
53	Doctor Elkin Otálvaro	Invima
54	Doctor Javier Guzmán	Invima
55	Doctor Álvaro Muñoz	Invima
56	Doctor Carlos Augusto Sánchez	Invima
57	Doctor Harry Silva	Invima
58	Doctora Olga Lucía Mejía	ANDI
59	Carlos Arturo Jiménez Pulido	
60	Carlos López Saldarriaga	Axon Telemed Ltda.
61	Sandra Aguilera Martín	Axon Telemed Ltda.
62	Ángela Zuluaga	ANDI
63	Simón Muñoz Ramírez	ANDI
64	Héctor Valencia	ANDI
65	Doctor Francisco de Paula Gómez	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
66	Inés Elvira Ordóñez	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
67	Patricia Andrade	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
68	Ricardo Salazar	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
69	Víctor Romero	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
70	Said Murad	Afidro - Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
71	Marcela Ramírez Sarmiento	Ministerio de Hacienda
72	Marcela Brun Vergara	Ministerio de Hacienda
73	Ángela Parra Carrascal	Ministerio de Hacienda

Nº	NOMBRES	ENTIDAD
74	Jaime Abril	Ministerio de Hacienda
75	Alberto Bravo Borda	Asinfar
76	Nubia Inés Bernal Pulido	Asinfar
77	Alejandro Coral Bustos	Asinfar
78	Beatriz Amparo Olarte Jiménez	Asociación Colombiana de Droguistas Asocoldro
79	Daniella Iannini	Estudiante de la Universidad de La Sabana
80	Doctora Ingrid Marcela Reyes	Directora Ejecutiva de la Cámara Sectorial de Gases Industriales y Medicinales
81	Carolina Echeverry	ANDI
82	Guillermo Botero Villoria	Asinfar
83	Jhonny Castillo	Candidato Magister de Estudios Sociales de la Ciencia
84	Francisco Rossi	
85	Luz Marina Umbasia	
86	Augusto Galán Sarmiento	
87	Gustavo Avellaneda	
88	Diana margarita Ojeda Visbal	Procuradora Delegada para asuntos del Trabajo y la Seguridad Social
89	Piedad Mejía Rodríguez	Asesora Procuraduría
90	Adriana Patricia Padrón Villalobos	Funcionaria Procuraduría

**Esta Audiencia Pública contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:**

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer  
 Carlosama López Germán Bernardo  
 Correa Jiménez Antonio José  
 Delgado Ruiz Édinson  
 García Romero Teresita  
 Ospina Gómez Mauricio Ernesto  
 Ramírez Ríos Gloria Inés  
 Rendón Roldán Liliana María  
 Sánchez Montes de Occa Astrid  
 Santos Marín Guillermo Antonio  
 Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth  
 Zapata Correa Gabriel

**Con excusa dejó de asistir la honorable Senadora:**

Jiménez Gómez Gilma

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente Audiencia Pública, Legislatura 2012-2013, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muy buenos días a todas y todos, Secretario por favor sírvase leer el Orden del Día.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Siendo las diez y cinco de la mañana (10:05 a. m.) de hoy miércoles veinte cuatro (24) de abril del dos mil trece (2013) se procede por la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado y por instrucción del honorable Presidente, Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, a dar lectura del Orden del Día para la sexta audiencia pública a los proyectos reformatorios al Sistema General de Seguridad Social.

El Orden del Día es el siguiente:

1. Apertura de la audiencia a cargo del señor Presidente de la Comisión Séptima, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

Un receso de cinco minutos para que se realicen inscripciones de quienes deseen intervenir y registren ante la Secretaría la debidas propuestas o ponencias, hasta el momento la Secretaría les informa hay ocho personas inscritas.

Invitados a la audiencia: Gremios del Sector Farmacéutico, entidades afiliadas a Afidro y Asinfar, Aliancoop, ANDI a través de la Cámara de Proveedores de la Salud, cámara farmacéutica y cámara sectorial de la salud, Instituto de Evaluación Tecnológica, de Tecnologías en Salud y IETS, Asocoldro (Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas y otros organismos del sector farmacéutico de insumos y dispositivos médicos). Por el Gobierno: señor Ministro de Salud, señor Superintendente Nacional de Salud, señor Defensor del Pueblo, señor Procurador General de la Nación, señora Contralora General de la República.

El señor Procurador General de la Nación ha delegado su asistencia hoy en la doctora Diana Margarita Ojeda Visbal y la señora Contralora General de la República delegó en una persona para que asista al evento.

4. Intervenciones de los inscritos con un tiempo que se determinará conforme al número de personas inscritas.

5. Cierre del evento.

Leído el Orden del Día propuesto, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Gracias Secretario. Cordial saludo a todos y a todas, vamos a esperar un poco la llegada del señor Ministro quien nos ha anunciado que en uno diez o quince minutos estará acá, para dar inicio a esta audiencia pública, en el entre tanto quería comentarle a los asistentes en que vamos con estas audiencias y qué trabajo se está haciendo frente al proyecto de ley ordinaria que fue radicado en la Comisión Séptima del Congreso de la República.

En efecto esta es la sexta audiencia de doce audiencias que hemos programado para debatir, para discutir el proyecto de ley ordinaria. Se han realizado otras audiencias anteriores con la presencia de las EPS, de los pacientes, de los prestadores de servicio, de las sociedades científicas, en el día de hoy la invitación especial para quienes tiene que ver con el tema de medicamentos, dispositivos médicos. En el día de mañana lo vamos a hacer con las facultades de medicina, con la academia y posteriormente con las minorías étnicas del país. De igual manera vamos a realizar cuatro audiencias por fuera de Bogotá, comenzando la primera el próximo lunes veinte nueve (29) de abril en la ciudad de Medellín, los que nos pudieran acompañar quedan formalmente invitados, posteriormente a Cali, Barranquilla y Bucaramanga.

Señalar que en el Congreso de la República se están tramitando a la fecha de manera simultánea dos iniciativas de leyes que tiene que ver con reforma a la salud, una que está haciendo tramite por la Comi-

sión Primera del Senado y que esencialmente tiene que ver con la materialización, el propósito que se tiene desde el Congreso de garantizar el derecho fundamental a la salud, tal como lo ha señalado distintas jurisprudencias de la Corte Constitucional y tal como lo han solicitado algunos organismos de control como la Procuraduría, la Contraloría y en general los pacientes y los colombianos.

Ese es un proyecto de ley estatutaria que tiene mensaje de urgencia por parte del Gobierno y que de acuerdo con la hermenéutica jurídica necesariamente tiene que tramitarse y aprobarse en esta legislatura que termina el veinte (20) de junio.

Desde la Comisión Séptima hemos manifestado la importancia, no solamente a la urgencia, sino la importancia que tiene el trámite pronto de este proyecto, porque consideramos que es el marco normativo general de la reforma estructural que se pretende construir en esta legislatura y que en el caso nuestro como Comisión Séptima estudiando el proyecto de ley ordinaria, entendemos que el proyecto de ley estatutaria es el marco normativo, repito, para poder hacer el trabajo de la ley ordinaria, consideramos que la ley ordinaria tiene mucho más que ver con la organización, con la estructura, con el diseño del sistema, tiene mucho más que ver por supuesto con la Ley 100 y sus reformas anteriores bajo el entendido de que el Gobierno quiere en esta iniciativa ordinaria hacer unos ajustes o generar unos avances que realmente le apuesten a una reforma estructural.

Seguramente la mayoría de ustedes conoce el contenido de proyecto de ley ordinaria que está radicado con el número 210 en la Comisión Séptima, de igual manera en la misma Comisión hay otros dos proyectos de ley ordinaria de iniciativa parlamentaria que ya se acumularon con el proyecto del Gobierno, en esas circunstancias pues nosotros pretendemos con estas audiencias que realmente esta iniciativa de ley ordinaria sea suficientemente debatida, suficientemente discutida, para que, como lo ha señalado en otras oportunidades el Ministro, lo que pudiera salir aprobado sea el resultado de una construcción colectiva de todos los actores del sector de la salud.

En el entendido también que es un tema complejo, en donde están en juego distintos intereses, de todas maneras nosotros en un ánimo propositivo creemos que vale la pena hacer el esfuerzo, muy a pesar de los desacuerdos que ha habido y de la baja confianza que hay al interior del sector, que vale la pena que este ejercicio se haga y que se haga de manera abierta, de manera transparente, de manera incluyente y de manera participativa para que, repito, el producto sea el resultado de un gran pacto social de todos los colombianos.

Vamos a iniciar la audiencia, seguramente los intervinientes tocarán temas distintos del contenido del proyecto de ley, hay unos artículos que son muy puntuales frente a la convocatoria de hoy, el artículo 16, y el 17 y 18, pero por supuesto la audiencia está abierta y la Comisión también a escuchar planteamientos y propuestas sobre los otros, sobre el articulado en general del proyecto de ley tal como se ha venido haciendo en las audiencias anteriores.

Hechas estas consideraciones, entonces vamos a iniciar la audiencia. Un saludo también a los Senadores presentes, Senador Delgado Vicepresidente de esta célula legislativa, al Senador Gabriel Zapata, la Senadora Teresita García, quienes nos acompañan pues en el inicio de esta audiencia y seguramente los otros colegas no tardaran en llegar. Entonces Secretario, Secretario.

La metodología que hemos implementado es que cada interviniente toma un espacio de unos quince minutos, le solicitamos también a los intervinientes a que en la medida de lo posible si hay una propuesta concreta, ojalá sea radicada en la Secretaría de la Comisión, porque posteriormente todos estos insumos que se generen de estas audiencias pues van a ser un material importante para la discusión de la ponencia definitiva que será radicada en el próximo mes de mayo.

Un saludo a los presidentes de Afidro y Asinfar, al doctor Rossi también de Infarma y a todos.

Entonces Secretario, comencemos.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Señor Presidente, la Secretaría registra que tres integrantes de la Comisión Séptima del Senado que hacen parte de la Comisión de Ordenamiento Territorial, esta Comisión está sesionando desde la nueve de la mañana en el recinto de la Comisión Séptima del Senado, en un tema minero y por tanto no pueden estar presentes al mismo tiempo en las dos sesiones.

Hay ocho personas inscritas: el doctor Héctor Eduardo Castro en representación del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, el doctor Francisco Rossi de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/2008, el doctor Carlos Eduardo Jurado, Director de la Cámara Sectorial de salud de la ANDI, la doctora Marisol Sánchez, Directora de la Cámara de Proveedores de Salud de la ANDI, el doctor Máximo Visbal Niño, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Droguistas, el doctor James Alberto Henao, de la Alianza Nacional de Cooperativas, el doctor Juan Manuel Acuña, en representación de Fenalco, y los señores Presidentes de Afidro, Francisco de Paula Gómez y de Asinfar el doctor Alberto Bravo Gorda, son las ocho (08) personas inscritas hasta el momento señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Gracias, Secretario. Entonces iniciamos el siglo de intervenciones.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Inicia el doctor Eduardo Castro, del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y se prepara el doctor Francisco Rossi, de la Comisión de Seguimiento a la tutela T-760/2008.

**Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, doctor Eduardo Castro:**

Buenos días y gracias a la Comisión Séptima por la invitación a participar en esta ponencia. Voy a aprovechar el tiempo que me hayan asignado para dividir mi ponencia en varios aspectos.

La primera es contarle un poco a la audiencia qué es el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, dado que somos una institucionalidad recién-

temente creada, pues es importante contar un poco qué hacemos y posteriormente referirnos a cuál sería el rol del instituto ante una eventual reforma entendiendo los proyectos que están radicados como ley ordinaria.

Voy a empezar me presentación diciendo que, utilizando unas palabras de una persona que tiene amplia experiencia a nivel global en estos temas, que reza lo siguiente: el cuidado clínico dado a los pacientes con frecuencia se aparta de la mejor práctica generando ineficiencia, esto derivado de la rápida adopción de nuevas tecnologías sin plena certeza de su efectividad clínica o su costo de efectividad, pero también debido a la lenta adopción de aquellas que han resultado o han demostrado ser efectivas o costo efectivas, con muchísimas frecuencia en la práctica clínica o en los planes de beneficios, pecamos por defecto o pecamos por exceso, a veces nos demoramos en adoptar tecnologías que han mostrado ser beneficiosas para los pacientes, pero también en otros casos las adoptamos rápidamente con base en evidencia internacional sin estar seguros si para la población colombiana estas van a tener el impacto esperado.

Desde la década de los ochentas y uno pudiera incluso rastrearlo hasta mitad de la década de los sesentas, diferentes países han institucionalizado la evaluación de tecnologías en salud, con el fin de fortalecer la toma de decisiones informadas, países pioneros y con sistemas de salud basados en sistemas nacionales como los sistemas Británicos o el Australiano, pero también con sistemas de salud más parecidos a el nuestro, como el que tenemos actualmente de un sistema obligatorio en salud o de aseguramiento en salud como el Canadiense y el Holandés han recorrido a estos métodos.

Países ricos y otros no tanto, incluso países de la región o países en vía de desarrollo como Tailandia, Brasil entre otros, recientemente Colombia han institucionalizado este proceso para hacer que los Gobiernos, pero también los aseguradores en nuestro caso o los prestadores o pagadores, la comunidad de la salud o los prestadores o los profesionales de la salud, pero obviamente los pacientes y sus cuidadores, tengan información de primera mano que sea independiente, riguroso y robusta, de tal manera que permita informarlos de la mejor manera.

Entonces en común esta tendencia global que no es nueva en el mundo, utiliza estas instituciones y habitualmente recurre a procesos rigurosos desde lo técnico independientes y obviamente participativos.

Cuando se le debe decir a las personas si se les da cobertura o si no se les da una cobertura yo creo que y la evidencia lo ha mostrado, debe hacerse de una amera participativa de tal manera que se expliquen las razones por cual, por las cuales se toma la decisión de decir sí o decir no.

Sé que hay muchas de las personas que están aquí en audiencia familiarizadas con el tema, pero quiero recordar que la evaluación de tecnologías en salud, examina las consecuencias de la aplicación de las diferentes tecnologías. Cuando hablamos de tecnología nos referimos a medicamentos, dispositivos médicos, o dispositivos implantables y no implantables,

procedimientos y modelos de atención y habitualmente las dimensiones que se comparan entre una tecnología en salud y otra son: la eficacia, la efectividad clínica, los costos, y los costo-efectividad, pero además de hacer el análisis riguroso de los méritos que tiene cada tecnología, también se incorporan valores sociales, legales y éticos en este proceso de análisis.

Habitualmente la evaluación de tecnologías en salud se apoya en métodos similares a la medicina basada en evidencia y se complementa con análisis de efectividad clínica y costo de efectividad. Todo este proceso que pudiera resultar o verse dispendioso o muy técnico, el fin último o el fin principal que busca es informar la toma de decisiones en salud en los niveles, macro, meso y micro, como dije anteriormente.

Para la creación del instituto, o la creación del instituto de evaluación tecnológica en salud y es, no fue producto de la improvisación o de un momento histórico puntual en nuestro contexto, desde antes del 2010 y del marco que abrió la Ley 1438 para la creación del instituto, uno pudiera rastrear y desde inicios de la década anterior, ya había algún interés al interior del Gobierno en crear una unidad coordinadora de evaluación de tecnologías, así mismo diferentes universidades a nivel local hacían evaluación de tecnologías con el objetivo, o más con una orientación académica que pragmática, analizando el comportamiento de diferentes tecnologías. En el año 2010 como apoyo a la reforma de la Ley 1438 se generaron o se crearon unas mesas temáticas donde había un tema específico que informaba o que recomendaba al Gobierno crear una agencia o una institución de evaluación de tecnologías en salud, que ojalá fuera independiente del Gobierno, de carácter mixto o de participación mixta y que siguiera pues los procesos rigurosa que existían en otros países.

En el año 2010 se hizo una referenciación del top 20 de medicamentos que con mayor frecuencia se recobraba en nuestro contexto y sirvieron para ilustrar pues que había oportunidades de mejoras en nuestra arquitectura institucional y finalmente la Ley 1438 abrió la oportunidad y otorgó al Ministerio facultades para crear esta institución, aunque no la creo *per se*.

Finalmente y después de hacer una referenciación de buenas prácticas de evaluación de tecnologías, en países como dije anteriormente, pioneros en el tema como Inglaterra y Australia, o países con sistema de salud similares al nuestro como Holanda y Alemania, pero también revisando experiencias regionales como los casos de Chile, Uruguay y Brasil, se informó una hoja de ruta que permitiera crear el instituto.

En ese año también, en abril del 2011 se hicieron unos grupos focales y diferentes entrevistas con actores del sector farmacéutico, del Gobierno, de sociedades de pacientes, sociedades científicas, académicas, entre otros, y caso que en todos los casos las personas contactadas consideraban que una institución de este tipo le hacía falta a nuestra arquitectura institucional y que llenaba un vacío o un espacio importante donde se produjera información científica rigurosa que permitiera a los diferentes actores

tomar decisiones y obviamente también empoderar a la población generar sobre los beneficios que tiene de manera comparativa una tecnología versus otra. Posteriormente se hizo una fase de contextualización, planeación y finalmente puesta en marcha, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud existe formalmente como persona natural desde hace cerca de cinco meses y empezó a hacer actividades que les voy a relatar a continuación.

Una cosa importante que aprendimos a lo largo del proceso es que el proceso de priorizar y decidir en salud, es un proceso de múltiples pasos y que además es un proceso que sirve para definir si vamos a tener un listado explícito de beneficios o un listado explícito de exclusiones, y parte desde el mismo momento en que una tecnología ingresa a nuestro país dado que este ejercicio es un ejercicio que requiere un esfuerzo técnico importante, no todas las tecnologías habitualmente se evalúan, habitualmente se evalúan aquellas que representan mayor impacto o mayor esperanza terapéutica, Pudiéramos decirlo y también aquellas que pudieran representar mayor impacto económico para el sistema. Una vez priorizada estas tecnologías se hace una fase de evaluación rigurosa habitualmente haciendo algo que se llaman revisiones sistemáticas y meta análisis para encontrar el efecto medio de una tecnología y compararlo con otra, y así mismo si una tecnología encuentra o tiene méritos que dan un carácter de favorabilidad o permite considerarse que es recomendable utilizar esta tecnología versus otra opción, se hace análisis de impacto económico y se emite unas recomendaciones para que habitualmente sea otro ente en este caso el Gobierno del Ministerio, quien decida incorporar o si nos moviéramos a un sistema de exclusiones, excluir una tecnología con base en los méritos de su desempeño. Finalmente viene un proceso de seguimiento y monitoreo y evaluación pues de la adopción de estas recomendaciones.

Qué es entonces el IETS, el IETS es una corporación sin ánimo de lucro de ciencia y tecnología, de participación mixta y de carácter privado, acogiendo los preceptos de lo que ha mostrado la evidencia internacional de hacer un cuerpo técnico independiente, pero también acogiendo las recomendaciones locales de las mesas de trabajo del año 2012, donde recomendaron una institución que no fuera ni adscrita ni vinculada al Ministerio, con patrimonio propio, regida o enmarcada en el marco legal que ustedes ven allí en la diapositiva, actualmente al instituto de evaluación tecnológico en salud lo conforman el Ministerio de salud y Protección Social, el Invima, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicinas.

Cuáles son los objetivos primordiales del IETS, realizar evaluación de tecnologías basado en evidencia científica, recalco, cuando hablo de tecnologías en salud, me refiero a medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos con el fin de producir recomendaciones, guías y protocolos que le permitan a las autoridades competentes conocer cuales tecnologías debieran financiarse con recursos del sistema, pero además y de acuerdo al marco de la 1438, las recomendaciones del IETS trascienden lo que hoy conocemos como el plan de beneficios o el POS, porque

la recomendaciones del IETS también se espera sea un referente para las juntas técnico científicas de pares o los comités técnicos científicos, en últimas se da también un referente para cuando sea necesario decir sí o decir no, con base en los méritos de una tecnología, cuando se requiera coberturas excepcionales.

El fin último de este instituto es promover acceso equitativo, eficiente y sostenible a tecnologías de calidad a todos los colombianos, el objetivo del instituto no es minimizar costos, es maximizar beneficios en salud, entendiendo que existen restricciones presupuestales en un país de renta media como Colombia.

Tenemos una misión y una visión retadora y es a 2016 ser reconocidos en el ámbito local por el Gobierno, por los diferentes actores como una fuente legítima de información diferente a Google, a Wikipedia o al esfuerzo importante que hace la industria farmacéutica con los visitantes médicos, por proveer información legítima, independiente y robusta. Así mismo y dado que somos la única institución de estas características en América Hispano Parlante ser un referente para las Américas en estos temas.

El objetivo general ya lo resumí anteriormente y como lo decía el señor Presidente de la Comisión, en el tema de confianza pues realmente queremos utilizar la evidencia científica para promover confianza en el sector, para que las personas recurran a fuentes legítimas y nos reconozcan como fuertes desde lo técnico para que se empoderen respecto a la información necesaria relacionada con el desempeño de una tecnología, pero también para que el Gobierno y los demás actores del sector acojan estas recomendaciones para tomar decisiones informadas en salud.

Qué venimos haciendo desde hace cinco meses que fuimos creados, pues primero crear una organización, ponerla en marcha, contratar al primer equipo de personas que empiecen a hacer estas actividad, adicionalmente y dado que estos métodos y procesos no son nuevos a nivel mundial de evaluación de tecnologías nos estamos apoyando de agencias y de expertos mundiales en estos temas de las personas, algunos canadienses, británicos, brasileros para que construyamos unos métodos riguroso y fuertes que se compadezcan obviamente de las condiciones de nuestro país y de los recursos que tiene disponibles, pero que siempre sean de alta calidad, estamos trabajando de manera importante en armonización institucional con el Ministerio de Salud y Protección Social a la luz de la supresión de la Comisión de Regulación en Salud, revisando quién hace qué y alineando procesos, por supuesto con Invima en los roles que competen a una institución y a otra, con el Instituto Nacional de Salud y con otros actores.

Hemos empezado nuestro trabajo adicionalmente haciendo la evaluación piloto de quince tecnologías, de manera rigurosa y adicionalmente apoyando al Ministerio de Salud y Protección Social en la revisión de noventa tecnologías en salud, dado que este año como todos sabemos y derivados de la Sentencia T-760 hay plazo perentorio para la actualización del integral del POS. Esta es una ilustración de con quienes nos hemos reunido, con sociedades científicas, sociedades de pacientes, con agremiaciones en nuestro trabajo.

¿Cómo vemos el marco, como el IETS en el marco de los proyectos de reforma?, me voy a tomar de pronto un minuto más para poder concluir, simplemente concluir y decirle que para legitimar inclusiones o exclusiones es necesaria información independiente, robusta y un proceso participativo que permita escuchar la voz de diferentes actores, pero siendo claros que es importante administrar posibles conflictos de interés. Aunque no es el objeto de esta ponencia la ley estatutaria, creemos que el IETS apoyaría con información científica, rigurosa, independiente y transparente, ya sea las inclusiones o exclusiones de un plan de benéficos, que garanticen el goce al derecho fundamental a la salud.

Respecto a las leyes o proyectos de ley que se han radicado como proyecto de reforma de ley ordinaria, tenemos que en el marco del Proyecto de ley número 210, pudiéramos apoyar en la construcción de un listado de exclusiones con base en dos aspectos importantes: con base en el desempeño de cada tecnología, ustedes saben que cada día aparecen nuevas tecnologías, pero también cada día aparecen más conocimiento científico y nueva evidencia a favor y a veces en contra de una tecnología y creemos que si somos dinámicos y realizamos de manera rigurosa la seguridad, eficacia, efectividad, entre otras de las tecnologías, podemos informar de manera importante inclusiones y exclusiones, y adicionalmente también creemos que tenemos un espacio en donde podemos informar las preferencias sociales agrupadas, preguntarle a nuestra población a puertas abiertas que es para ellos un procedimiento estético, que es suntuario y que considera esencial y que no lo considera esencial.

En el proyecto de ley que se unió con este que es el 51, creemos pues que también haríamos un papel semejante, en el Proyecto de ley número 233, hay un artículo, que es el artículo 11 que contempla la creación de un Instituto Nacional de Evaluación de tecnología, innovación en salud Inefis, como entidad adscrita con la misión de realizar estudios necesarios para garantizar la pertinencia, calidad e inocuidad de las tecnologías, creemos que en ese caso pues el IETS ya existe, es una realidad, podríamos seguir entonces haciendo nuestra misión y apoyar la construcción de lo que mencione anteriormente, importante de pronto como consideraciones finales y nuestra recomendación respetuosa a la luz de la reforma es, utilizar adecuadamente algunos términos que generan confusión, por ejemplo recomendaríamos sustituir pertinencia clínica o necesidad que tiende a ser parámetros o percepciones que pueden ser relativos por una terminología un poco más clara que la efectividad clínica, que tiende a ser absoluta aunque es dinámica. Adicionalmente no utilizar de manera indiscriminada en el marco de la ley términos como eficacia y efectividad, porque eficacia habitualmente es el comportamiento que tiene una tecnología en condiciones controladas y habitualmente en experimentos fuera de nuestro país y efectividad clínica hace referencia al desempeño de esa tecnología en el contexto local, así mismo sustituir el término inocuidad que hace referencia más a la calidad de alimentos por seguridad.

Creo que básicamente o como condiciones finales o consideraciones finales, creemos que la evidencia científica es importante para definir inclusiones o exclusiones, creemos que construir un listado de exclusiones o listado negativo requiere un esfuerzo importante, como también lo es la construcción de listados positivos y adicionalmente recomendamos en aras de fortalecer las instituciones un periodo de transición durante el proceso de reforma.

Básicamente era eso, muchísimas gracias por el espacio.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias, doctor. Le damos la cordial bienvenida al señor Ministro Salud, doctor Alejandro Gaviria, señor Viceministro doctor Fernando Ruiz y a su equipo de colaboradores. Secretario, continuamos con el Orden del Día.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Francisco Rossi, de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia de tutela T-760/2008, y se prepara el doctor Carlos Eduardo Jurado, Director de la Cámara Sectorial de Salud de la ANDI.

**Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/2008, doctor Francisco Rossi:**

Muchas gracias, muy buenos días a todos, señor Presidente, señor Secretario, señor Ministro, muchas gracias por esta oportunidad.

Iniciar solamente diciendo que esta participación se hace en nombre de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760, que ha presentado un proyecto de ley y se hace por la participación de la Fundación Ifarma en esta Comisión, para hacer los planteamientos que en el seno de esta Comisión de seguimiento hemos discutido, a propósito del tema que digamos que nosotros consideramos es el más crítico de la crisis de la salud actual y es natural que los que estamos trabajando en el tema, consideremos que nuestro tema es el más crítico.

Voy a presentarles tres o cuatro argumentos por los cuales pretendo defender este concepto, de que es el tema más crítico para la salud en Colombia y en el resto del mundo, con una primera diapositiva, bueno que básicamente lo que ahí está. Básicamente lo que quiero mostrar es que el gasto en salud en todos los países y en todos los sistemas de salud del mundo, tengan la orientación y la estructura que tengan está creciendo más que lo que crecen la economías, eso hace que la relaciones entre los Ministros de Salud y Hacienda sean siempre difíciles y el rubro que más crece, en el gasto de salud en todos los países y sistemas de salud es el de tecnologías, ochenta o noventa por ciento de los cuales corresponden a medicamentos, pero realmente lo que aquí estamos discutiendo es tecnologías y lo que hay que diferenciar, hay que ponerle un matiz, a propósito de esta evidencia que es yo diría indiscutida globalmente, es que los países desarrollados están con economías estancadas y están haciendo todos los esfuerzos posibles para que el crecimiento del gasto en medicamentos se pueda controlar. Qué hacen las industrias que están acostumbradas a un nivel de crecimiento anual más o menos estandarizado, y tienen obligaciones con

sus juntas directivas de responder a unas metas de crecimiento anual; pues ir a buscar mercado en los cuales las regulaciones sean más débiles, los países sean más débiles y los sistemas de salud avancen hacia terceros pagadores para que sean ellos quienes financien ese crecimiento en el gasto, eso quiere decir que está creciendo más el gasto en medicamentos en los países en desarrollo que en los países ricos, y las cifras de crecimiento son impresionantes en sus diferencias, América Latina creció en 2011 el 20%, mientras Norte América tres, y Europa 3%, los datos más recientes muestran que en Europa y Estados Unidos se ha estancado crecimiento 0, cero algo mientras América Latina cree entre el 10 y 20% con casos extremos como el de Venezuela que está creciendo por encima del 27% más que China en medicamentos.

Y aquí una preocupación que en el seno de la Comisión hemos tenido propósito de este tema y es que el sistema de medicamentos, el esquema comercial de los medicamentos dejó de ser nacional para convertirse en un problema global, hace ya bastantes años, es una de las mejores expresiones de la globalización y eso significa palabras más palabras menos, que todos los países debemos contribuir igualmente, para llenar las expectativas de crecimiento y de ganancia de una industria que tiene muy buenas expectativas de crecimiento y de ganancia, entonces Bangladés con 23 dólares de gasto per cápita en medicamentos debe contribuir a la salud financiera de estas industrias, lo mismo que Suiza que tiene 7000 dólares per cápita, eso significa que los de Bangladés van a tener que esforzarse y nosotros también.

Este es el gasto del 2008 al 2010 per cápita en dólares en medicamentos, eso es para que ustedes se preocupen. Yo tengo solo quince minutos eso quedará en los análisis.

Qué, que cuál es el fenómeno que rápidamente se hace visible cuando uno examina, de qué manera crece el gasto de medicamentos y tecnologías: se concentra en lo que hoy se conoce medicamentos de alto costo, tiene otros nombres, pero básicamente se refiere a que en todos los países y sistemas de salud del mundo veinte medicamentos, treinta medicamentos, cincuenta medicamentos de más de cuatro mil que circulan en el país, se llevan el 60, 70 hasta el 80% del gasto anual y eso tiene una explicación, esos productos son los productos más rentables y aquí puedo anticipar la conclusión a la que hemos llegado en nuestros debates en la Comisión y en debates que por otro parte tengo que decir que hoy son debates internacionales y casualmente van a ser discutidos en la próxima asamblea mundial de la salud, propósito del modelo de innovación y de la propiedad intelectual y de su influencia en que gastemos tanto en los medicamentos de alto costo. Y es que a nivel mundial, no es esto privativo del sistema colombiano, tenemos un esquema que pareciera haber sido hecho por aquellos que tenían interés en que el esquema fuera lo más rentable, uno pensaría que cualquier sociedad tendría que esforzarse en buscar un equilibrio entre los intereses de los ciudadanos y los intereses comerciales de alguien que ha invertido en una industria, aquí lo que voy a tratar de demostrar o al menos dar algunos elementos, es que pareciera

que quienes tienen el interés comercial lograron influir por distintos mecanismos en quienes tomaban las decisiones regulatorias y comerciales, para que el sistema responda muy bien a sus expectativas y necesidades y muy mal a las necesidades de los ciudadanos. Este gasto se concentra en productos nuevos, por unas catorce razones la más importante de las catorce, porque los nuevos son los que yo puedo meter al mercado a más alto precio y son los más rentables, por supuesto si yo quiero que los productos nuevos que yo puedo poner a alto precio, especialmente si hay libertad de precio, que fue una de las cosas que nos pasó en Colombia que a partir del 2004, eso productos exigen un enorme esfuerzo en *lobby*, un enorme esfuerzo en promoción y publicidad, un enorme esfuerzo en visita médica y otras modalidades de influencia sobre los prescriptores, que yo tengo que trasladar al costo del producto.

Los medicamentos nuevos no son caros, porque la investigación sea costosa o porque el producto en sí mismo sea costosa, o porque la tecnología de producción sea costosa, es muy costoso venderlos, es muy costoso promocionarlos y algunos dicen que representa el treinta por ciento del valor final, del precio final, yo soy del criterio que al menos en biotecnológicos que se supone que son productos muy baratos de producir debe significar entre el 90 y el 99.9 % de su precio final.

Y aquí una nota rápida sobre un tema de debate, la reglamentación de Biotecnológicos, no estamos discutiendo si los Biotecnológicos son imitables o no, son inimitables, la discusión, yo he participado en muchas discusiones sobre biotecnología y sobre reglamentación de biotecnológicos, y lo que he podido observar es que a las discusiones asisten gerentes de ventas y cuando uno tiene que discutir un reglamento con una persona que aspira a obtener una ganancia por aquella decisión que se tome en el reglamento, uno no puede esperar tener argumentos convincentes, si estoy negociando el salario de mi contendor en una discusión pretendidamente técnica, tengo la pelea perdida desde el arranque, y eso pasa con biotecnológicos, en estos productos lo que hay es un afán de conseguir una reglamentación que garantice exclusividad en el mercado y la exclusividad en el mercado ha demostrado que cuando yo estoy solo pongo el precio que quiera. Y voy muy mal de tiempo.

Y esto para resumirlo en la discusión que hemos tenido en el seno de la Comisión se podría traducir en este par de frases, un poco más de ideológica y filosófica, la otra un poco más técnica y la primera dice que hemos tenido demasiada confianza en la mano invisible del mercado y que en el tema de los medicamentos y las tecnologías de salud el mercado no funcionan para equilibrar las necesidades de los ciudadanos y de los actores con poder y que en la otra cara de la moneda y desde una perspectiva más técnica hay enormes asimetrías de información en un mercado profundamente imperfecto que pretendemos corregir con instrumentos de mercado, eso es muy difícil que funcione y nuestra experiencia yo creo que ha sido suficientemente lamentable en ese terreno.

Y yo voy a pasar a una diapositiva que quería mostrarles, porque me parece que refleja muy bien el

problema que enfrentamos con el modelo de negocio que tenemos detrás de la búsqueda de resultados en salud, que es lo que la tecnología debería buscar. En una reunión global en el Congreso Mundial de VIH y Sida, una reunión entre la industria farmacéutica multinacional y las asociaciones de personas con VIH, las personas con VIH le pidieron a la industria que bajara los precios de los anti retro virales, porque sí son muy caros, hay gente que se muere si no los pueden pagar, cosa que sucedió y sigue sucediendo, y el gerente, no era el gerente, un funcionario de Roche contestó con mucha honestidad, que el negocio de la industria no es salvar vidas, el negocio es producir dinero, eso hizo por supuesto que este caballero perdiera su empleo, pero también que todos los años en Basilea, en las oficinas de Roche, todas las organizaciones de activistas que pueden se desplazan a Basilea y hacen una manifestación, una vez por año con este afiche, que yo tengo el gusto de compartir con ustedes, porque me parece que refleja muy bien los términos del debate y de que se trata cuando estamos discutiendo estos asuntos relacionados con la tecnología y los costos de los medicamentos de alto costo.

Dos palabras sobre la explicación que más se utiliza para decir que los medicamentos nuevos son caros, especialmente los Biotecnológicos, es que poner un medicamento nuevo en el mercado puede costar ochocientos millones de dólares, mil quinientos millones de dólares, dos mil doscientos millones de dólares y la industria que no es, eso creo quedó suficientemente claro, una industria no es altruista, es una inversión, es una empresa que espera ser rentable y eso es absolutamente legítimo, tiene que recuperar los costos de esta innovación.

Este modelo que utiliza la propiedad intelectual, patentes, marcas, protección de datos y este tipo de medidas para poder colocar sus productos a precios por fuera de la competencia, eso es lo que tenemos en el modelo de innovación, eso significa precios altos, ese es el que nos tiene con ese crecimiento en el gasto y con esa dificultad para controlar el crecimiento en el gasto. Y tenemos que decir que hay hoy una crisis de este modelo de innovación una crisis global y que ya es un tema de debate en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud, que en los próximos días se reúne justamente para discutir que hacemos a este respecto y lo que hoy por hoy está relativamente claro, es que el modelo que estamos utilizando en países en desarrollo y en países desarrollados, en primer lugar ya no es sostenible, los países ricos dijeron: este modelo de innovación ya no lo podemos seguir financiando, ustedes van a tener que hacer algo y ya hay muchos procesos de ajuste, especialmente en el tema de propiedad intelectual, pero para el caso de los países en desarrollo el modelo es prácticamente una tragedia al menos en dos sentidos; una es que no hay medicamentos para las enfermedades que no tienen mercado, puesto que el mercado es el motor de la innovación, la recuperación de la inversión, pues donde no haya mercado no vamos a tener medicamentos, ese es un problema para los países que tiene malaria, tuberculosis, leishmaniosis y esas enfermedades de los países en desarrollo, entre los cuales estamos en un lugar bien interesante. Pero la otra cara

del problema que tenemos es que hay medicamentos biotecnológicos, sobre los cuales se ha exagerado mucho su utilidad, sus beneficios, hay que exagerar los beneficios, si yo necesito concentrar el gasto en los productos, tengo que convencer a los médicos de que lo último siempre será lo mejor, el hecho de que sea más caro nos resulta beneficioso a todos y lo que el mundo está discutiendo es que con este modelo no vamos a poder ni sostenerlo, ni continuar buscando respuestas a los problemas de salud.

Está en debate, la firma de un tratado de todos los países para que se financie la innovación con contribuciones de los Gobiernos, que además significa que los Gobiernos van a dirigir los proyectos de investigación, que es algo que ha dado muy buen resultado con una iniciativa para enfermedades olvidadas, la *Dien Di Drug For Niglet Decisis* iniciativa, que ha podido en diez años colocar veinte tres, si mi memoria no falla, nuevas respuestas tecnológicas, nuevos medicamentos para este tipo de enfermedades a un costo promedio de veinte millones de dólares, no los dos mil, no los ochocientos, etc., etc.

Dos palabras sobre las relaciones entre los médicos y la industria a las que prefiero no ponerle adjetivo en una presentación pública, en presentación privada pondría muchos adjetivos a estas relaciones, solamente para decir que la educación médica y la influencia sobre la prescripción que para los reguladores, para los observadores desde la sociedad civil se perciben como un esfuerzo por actualización y este tipo de cosas, en la práctica es marketing, punto, no es nada distinto, y las inversiones que se hacen en el *marketing* funciona, los médicos, yo soy médico, nos preciamos por no dejarnos influir por la industria, pero las cifras de la industria, las ganancias de los visitantes médicos, que dependen de comisiones de los productos sobre los cuales hicieron visitas médicas, con los médicos demuestra que esto funciona, que está hecho para vender y que logra que se vendan estos productos y que el gasto se concentre en los más caros y los más rentables.

Dos palabras sobre el problema con las marcas, las marcas son un derecho de propiedad intelectual, es un derecho comercial, pero que en el caso de los medicamentos, y para hacerlo de manera muy breve, esta es una postal que distribuyó Médicos Sin Fronteras en el año 2000, 2002 aproximadamente, y que refleja un problema muy complejo que tenemos con los medicamentos y que rescata esta imagen de que estamos hablando de negocios y no de salud. Existe, nos enseñan los teóricos del mercadeo, bienes de lujo en los cuales el mercadeo tiene por objeto lograr que ciertas personas, que más que tener un interés en adquirir una mercancía cualquiera, lo que tienen es un interés es en proyectar que pertenecen a una élite que compran bienes de lujo, nadie compra una Armani porque se vea elegante, nadie compra una BMW o un Mercedes Benz para llegar más rápido a la 72, uno compra un Mercedes, porque después quiere conseguir un chofer, nadie es tan tonto de comprar un Mercedes para manejarlo, a nadie le interesa el producto por el producto, sino por lo que proyecta. Señores en medicamentos de marca usamos la misma lógica y argumentamos que los que quieren comprar la marca que la compren, que al final el que quiera

pagar el producto caro que lo pague, yo puedo decirles como médico, que los médicos que nos tragamos el cuento que los medicamentos de marca son de mejor calidad, lo cual sanitariamente no tiene ninguna presentación y no debería tener ninguna discusión, le decimos a los pacientes de Ciudad Bolívar o de los municipios en el Chocó, que no le conviene comprar un antibiótico genérico, que en asuntos de calidad y tratándose de la salud personal, haga el sacrificio y compre la marca y esto en antibióticos no tiene ninguna presentación.

Voy a omitir esta, para referirme a los dos proyectos de ley que nos interesan en estos momentos debatir, el que el gobierno ha presentado y cuáles son los artículos que hemos observado que tienen propuestas de abordaje de este problema que rápidamente he querido yo presentar y los que aparecen en el proyecto de ley que la Comisión ha presentado con la Alianza Nacional por la Salud.

Y yo creo que en ambos proyectos hay una claridad de que el primer problema que tenemos tiene que ver con la propiedad intelectual y que en el proyecto del Gobierno, yo lo quiero llamar, hay un propuesta de hacer gestión de la propiedad intelectual, de tomar el manejo de un asunto que es una realidad que tenemos que enfrentar en Colombia y en el mundo, y que a este tema hay que introducirle algunos mecanismos de modulación, me refiero especialmente a la anuencia previa que no aparece allí, así en el proyecto de ley, es el artículo 18 que dice que las solicitudes de patentes que se hagan a la Superintendencia serán examinadas en cuanto a su patentabilidad por el Ministerio de Salud o el organismo del Ministerio, que seguramente sería el Invima o alguna institución nueva para este tipo de examen. Por qué, porque estamos observando que en Colombia, como en el mundo entero, hay un presión y hay un interés para que los criterios con los cuales se otorga una patente cada vez sean más lapsos, cada vez sea más ligeros, con el argumento de que mientras más propiedad intelectual, más innovación, más desarrollo, pero al final lo que tenemos es productos más costos, productos que concentran el gasto y toda esta historia.

Solamente una anécdota que a mí me angustia mucho, la Superintendencia le otorgó patente, ya es una patente concedida a una combinación, y patentes para combinaciones es un tema para debatir, si una combinación de dos productos es un invento, les dejo esa inquietud.

Pero la combinación contiene Olmesartán, que es un Sartán otro Sartán, más Hidroclorotiazida, que los médicos que han perdido el cabello como yo, saben perfectamente que la Hidroclorotiazida era el producto cuando estábamos de estudiantes, ya era un producto viejo, ese producto, esa combinación tiene en Colombia una patente. Ese es el tipo de cosas que la propuesta que está haciendo el Gobierno en el artículo 18 y que tiene un espejo si se quiere decir, tiene la misma orientación en la propuesta del proyecto de ley 233, se refiere a la gestión de la propiedad intelectual con una política de ciencia, tecnología e innovación y con la aplicación que sí aparece en nuestro proyecto, enérgica, de las flexibilidades que existe en la ley colombiana y en los acuerdos internacionales.

El Gobierno y la alianza por la salud coinciden, digamos, en un diagnóstico, nuestro esquema para regular los precios no funcionó, o más bien, la libertad de precios que ensayamos del 2006 hacia acá fue un desastre, fue un descalabro, eso lo reconoció el ex Ministro Diego Palacio que fue, quien digámoslo así, fue el protagonista de esa decisión en el marco de las negociaciones de los tratados de libre comercio que tiene todo que ver en esta discusión de precios y de propiedad intelectual.

En el proyecto del Ministerio, en el proyecto del Gobierno, la Comisión desaparece para devolver esa responsabilidad al Ministerio de Salud, eso nos parece excelente; en la propuesta de la Alianza Nacional por la Salud se insiste en que la Comisión tenga la participación de la sociedad civil, no desaparezca pero tenga la participación de los usuarios y adicionalmente que se modernice un esquema de control de precios. El control de precios es muy complicado; en este momento es objeto de una reglamentación, de un debate y en lo que, en lo único que yo creo que haya un acuerdo es que tenemos que volver a empezar y que tenemos que encontrar mecanismos inteligentes de ejercer un control sobre los precios porque se salió de las manos.

No hay una mención fuerte en el proyecto del Gobierno, si hay una mención explícita, menos fuerte de lo que Emifarma o yo hubiera querido pero esta, de tomar cartas en algo que yo sí quiero decirles aquí públicamente, me parece angustiante lo que está pasando con publicidad de medicamentos, en medios masivos de comunicación, en visita médica y en trabajo cara a cara, en trabajo consultorio a consultorio, está pasando cualquier cosa y prefiero no hacer ni siquiera un ejemplo porque con eso perdería los minutos que me quedan que yo creo que son muy poquitos. Y la propuesta es que si estamos haciendo una regulación de los precios, también hagamos algún mecanismo de control, algún mecanismo de influencia en esa relación de la industria con los usuarios a través de la publicidad masiva y en la relación de la industria con los médicos, porque aquí también puedo contarles seiscientos catorce anécdotas que van desde los sobornos, que van desde por supuesto los viajes a congresos, a la pretendida educación médica continuada, la visita médica por supuesto, los regalos, en fin. Yo creo que ya estoy terminando.

A ver, solamente para insistir en el proyecto de ley de la Alianza Nacional por la Salud se insiste en una medida que está en la 1438 en el artículo 106, que dice de manera general, que no se tolerará, no se permitirá ningún tipo de incentivos, ni positivos ni negativos, sobre la prescripción y sobre los prescriptores. Si desarrollamos ese artículo que se rescata, estaríamos en un escenario bastante, bastante, bastante más razonable, ¿cuál es la tendencia que observamos?, la misma que hemos observado en el resto de temas, este es un asunto crítico para el buen funcionamiento del negocio, es un problema serio para la salud y no hemos sido capaces de responderle a la salud pero sí al negocio.

Y termino, ah no, tengo que hacer una nota adicional, todavía tengo tiempo.

Aparece en los dos proyectos un asunto sobre el cual vamos a tener que trabajar mucho más y que si me hubiera querido concentrar en él me habrían alcanzado los quince minutos, que es un POS con lista negativa o un POS sin lista o un POS sin inclusiones y solamente con algunas exclusiones. Ese es un tema muy interesante. De hecho nosotros hicimos esa propuesta hace más o menos un año, siempre y cuando una, el proceso de selección de los productos que un sistema de seguridad social financie estuviera precedido de correctivos a todas las distorsiones que desde el negocio se han podido hacer al manejo del medicamento, si yo no puedo controlar al influencia de la industria sobre los infectólogos que manejan solamente el último antirretroviral por que el otro ya pasaron de moda o si yo no puedo evitar que los, que la artritis reumatoidea solamente se trate con biotecnológicos de última generación, páseles lo que les pase a los pacientes, y con todos los problemas que eso significa, si no puedo evitar que salgan del mercado antineoplásicos que eran de excelente resultado clínico, de excelente, pues de demostrada eficacia y de utilidad indiscutible, pero que dejaron de ser rentables y todo el mundo los dejó de producir porque es que hay unos más rentables en este momento, si yo no puedo hacer nada ahí no se me vaya a ocurrir tener un sistema sin lista, pues porque no hay ninguna posibilidad de controlar el gasto. Si yo reconozco que cuando alguien invierte mercadeo para poner una marca y yo le pago por esa marca por todos los esfuerzos de *lobby* para diferenciar ese producto, pues el sistema no va a poder financiar ese reconocimiento a la diferencia de precios, hay país en los cuales, y estoy hablando de países europeos que tomaron ya la decisión de pagar por un principio activo un precio, póngale el precio que quiera a la marca el sistema reconoce un único precio por principio activo e incluso existe en este mercado farmacéutico lo que se conoce como medicamentos *mi-tu*, medicamentos similares o seguidores que no son otra cosa que el Omeprazol seguido del Esomeprazol, seguido de Lansoprazol, seguido del no se Omeprazol o la hidroclorotiazida o etc.

Esos grupos terapéuticos en varios países ya se reconocen el mismo precio para cualquier estatina, entendiendo las diferencias que puede haber, son diferencias de tipo terapéutico pero que no tienen que ser reconocidas por precio.

Si este tipo de medidas no se incorporan a un POS sin lista, yo no quiero ni pensar cómo se va poder controlar este crecimiento en el gasto que nos tiene donde nos tiene, porque eso fue lo que nos pasó con el no POS.

Quiero terminar contándole a muchos de ustedes que no lo supieron, recordándole a muchos de ustedes que lo supieron, que el Senador Ballesteros en el año 2009, radicó un proyecto de ley que descansa en los anales del Congreso de la República para respeto de muchos de los que hemos estado en estos temas por muchos años, que tiene muy pocos artículos y que en resumen dice: los medicamentos no tendrán patente, los medicamentos no tendrán marca, en un lenguaje jurídico como corresponde al Senador Ballesteros.

Esto fue calificado como una herejía pues porque en Colombia por razones constitucionales y por acuerdos internacionales los medicamentos tiene que tener patente, uno no puede poner en un proyecto de ley herejías, eso se ha visto y el Senador Ballesteros así lo hizo, tengo que decir que esa herejía la comparten personas como por ejemplo los integrantes de la Comisión que las Naciones Unidas integró el año pasado para el VIH y Sida y la ley presidida por el ex Presidente de Brasil, Fernando Enrique Cardozo, que entre una de sus conclusiones recomienda revisar el modelo internacional de propiedad intelectual y revertir la decisión de otorgar patentes para medicamentos en el mundo entero, es decir revisar el acuerdo TRIPS, el acuerdo a ADPIC, que ya es hoy un tema de debate internacional, bendita sean las herejías, ojalá se hicieran con bastante más frecuencia en estos temas de propiedad intelectual, en otros temas también pero eso es materia de otras discusiones.

Hay países que no manejan marcas y este proyecto de ley que fue archivado, tenía un par de adiciones: prohíbe la visita médica, eso dice el proyecto de ley, otra herejía, por considerar que es una actividad de marketing, no es una actividad educativa y que en el tema de medicamentos no debería existir marketing; prohíbe las otras modalidades de promoción a los médicos, prohíbe, eso dice el proyecto de ley, la publicidad de medicamentos en medios masivos de comunicación, a los medios de comunicación no les gusto el proyecto, cambiaba la Comisión Nacional de Precios y terminaba con una nota que me olvide de hacer que aparece en el proyecto del ley del Gobierno y aparece en el proyecto de ley de la Alianza Nacional por la Salud, el no POS, más bien el pago de cosas por fuera del POS con cargo al Fosyga se tiene que acabar, esa fue la principal distorsión del sistema de salud, esa fue la principal, ese fue el principal motivo de la corrupción en el sistema, en el no POS se alinearon los intereses de todos los actores, para, eso con elegancia se dice, capturar rentas, sin elegancia se dice, para corrupción hicieron dinero muchos incluyendo médicos, laboratorios, EPS, otros intermediarios, IPS, etc., etc. y eso tiene que terminar, los únicos que no se beneficiaron fueron los pacientes, hace algunos días tuvimos oportunidad de grabar un programa con una paciente muy valiente que recibió un producto de última moda, sufrió efectos se, para una patología de artritis sin mayores, sin que tuviera una indicación real, una paciente bajo control, que fue pasada al último biotecnológico líder del laboratorio que lo producía y que experimento efectos secundarios, serios, sin haberse realmente beneficiado por el producto. Hay mucha gente que ha recibido hormona del crecimiento, la ciencia no está clara y eso por decirlo con suavidad, sobre si la hormona del crecimiento hace crecer a las personas que naturalmente iban a crecer o no, muchas de estas personas que lo recibieron sin que está claro si va a servir o no va a servir han experimentado crecimientos óseos, deformidades y de todas maneras eso ha sido muy saludable para las industrias, para los intermediarios, este es el principal problema que le tenemos que poner fin.

Yo ahí termino, muchísimas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias, doctor Rossi. Saludamos a los Senadores Mauricio Ospina, el Senador Santos, la Senadora Claudia Wilches, la Senadora Astrid Sánchez, yo creo que tenemos quórum decisorio, Secretario cierto.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Hay quórum decisorio, señor Presidente. Hay ocho (08) Senadores de la Comisión Séptima en el recinto.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Seguimos, Secretario con el siguiente interviniente.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Carlos Eduardo Jurado, Director de la Cámara Sectorial de Salud de la Asociación Nacional de Industriales y se prepara el doctor Maximio Visbal Niño, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Droguistas.

**Director de la Cámara Sectorial de Salud de la Asociación Nacional de Industriales, doctor Carlos Eduardo Jurado:**

Muy buenos días, señor Presidente Ballesteros, muy buenos días, señor Ministro, señores Congresistas, muy buenos días a todos.

Creo que arrancamos diciendo que celebramos este escenario en el que es muy importante que nos acerquemos todos a discutir lo que nos figura de aquí en adelante como sector salud, ya venimos de dos experiencias anteriores y creo que es fundamental que no repitamos esa experiencia de aquí en adelante.

Quiero hacer una pequeña introducción enmarcando cómo nuestras entidades y por qué razón nuestra presentación se hace alrededor de los que ustedes van a escuchar ahorita.

Entonces primero, vengo en representación de la Cámara Sectorial de Salud de la ANDI, básicamente nuestros afiliados son sector privado y nuestras entidades son prestadoras de servicio, incluyendo imágenes diagnósticas, prestación de servicios clínicos y en una relación muy estrecha con el aseguramiento.

Entonces desde esta perspectiva de lo que es un sector privado somos conscientes de que participamos en un sector, en un servicio público tal como lo define la Constitución y como después posteriormente fue añadido también en el tema de que estamos ante un derecho fundamental, y desde esa perspectiva sabemos que el Gobierno en toda su capacidad, el Congreso en todo lo que le compete, es el encargado de fijar las políticas, pero nos ha invitado precisamente como sector privado a participar de este elemento y somos respetuosos de la política que se fije de aquí en adelante, y por esa razón nuestras propuestas están muy encaminadas a sacar adelante lo que viene como proyecto de reforma.

Como sector privado es clave que tengamos una estabilidad sectorial, yo creo que es clave la economía nos muestra cada cuanto los sectores económicos sufren esos procesos de reveses y estamos muy amarrados también a lo que nos ocurre sectorialmente, económicamente como país, de modo

que estamos en unas oscilaciones de las cuales no somos ajenos, pero los sectores si tiene que llegar a ese tema de estabilidad sectorial. Estamos inmersos en un tema de estabilidad económica, de una sostenibilidad yo creo que allí es importante, ya lo he mencionado en este escenario en algunas presentaciones anteriores, de que para todos es evidente cómo ha evolucionado nuestro IPC, es evidente cómo ha evolucionado nuestro IPC de salud en los últimos diez años y es evidente cómo estas entidades se han enfrentado a que las tarifas no han evolucionado al mismo ritmo el que se han enfrentado las tarifas de IPC y IPC salud.

Y esto nos lleva también a pensar en otra estabilidad que debemos tener en cuenta dentro del sector, y es como sector privado, y es una estabilidad normativa, yo no puedo traer inversionistas al país que quieran radicarse básicamente en algunos de los sectores, si lo estoy reformando cada dos años, si lo estoy reformando cada tres y no le estoy dando unas reglas de juego claras para lo que viene de aquí en adelante, y esto nos obliga a pensar cuál es el ejercicio que hemos hecho a lo largo de los años anteriores frente al sector, y la imagen que dejamos como sector frente a nuestros demás colegas sectores. Segundo, que estamos en un engranaje, estamos hablando de un sistema de seguridad social en salud o estamos hablando de un sistema de salud, en el que nos movemos todos al unirse una piñonería perfecta en el que los ajustes que yo realice en cualquiera de esos eslabones, en cualquiera de esos piñones, va a repercutir directamente sobre los demás eslabones y desde esa perspectiva es clave que tengamos en cuenta esa articulación, es clave que tengamos en cuenta cuál es la legitimidad de las decisiones que vienen de aquí en adelante. Durante el proyecto uno encuentra que solamente hablamos de IPS, de EPS, de profesionales de la salud, pero no encontramos otros actores fundamentales que tienen influencia directa como las Cortes, como todas las vigilancias, como todas las instancias de vigilancias dentro del sistema y que tiene repercusión directa sobre nosotros; organismos como la Corte Constitucional que precisamente con algunas de sus medidas tiende, o ya lo ha hecho, a reformar en alguna medida lo que nosotros hemos tenido como sistema de salud.

Tercero, el hablar de un sentido de pertenencia y lograr ese liderazgo, y quiero referirme aquí a un tema que está muy de moda, una palabra que está muy de moda dentro de nuestro medio y es el *bullying* y digamos que como sector salud nosotros hemos sido víctimas de *bullying* de todos los demás sectores, entonces somos el niño que llegó al colegio y entonces llegó el profesor y dijo: este chino si es más malo, y resulta que ese le pasó el dato al prefecto de disciplina y el prefecto dice: es que ese chino es desastroso, y este le pasó el dato al rector y el rector dijo: no es un desastre ese sardino y resulta que al papá nunca le consultaron el tema y cuando lo llamaron no había papá, no había papá que saliera a defender esos actores y esos hijos del sistema de salud. Hoy puedo dar fe, le he escuchado al Ministro en sus presentaciones que ya dice, hombre aquí los corruptos no son todos y aquí hay entidades que han hecho muy bien las cosas de las cuales tenemos que

aprender durante los próximos años, y es necesario invitarlos a participar, entonces es muy complicado que nos enfrentemos a un medio en el cual todo el tiempo se está hablando que nosotros somos unos corruptos dentro del sector salud en su integralidad.

Y por último punto para cerrar esta introducción, el tema de lo que nos mata generalmente es la microgestión, y eso lo hemos estado hablando con el Ministro, lo hemos estado hablando con los Viceministros, con la mesa que tenemos en frente y la idea es qué estamos viendo frente a la micro gestión, la macro la ley como tal nos deja un parámetro espectacular para desarrollarnos, y teníamos una ley que nos permitía desarrollarnos como entidades con algunos ajustes, pero lo que definitivamente nos mata en el día a día, la glosa, la facturación, la radicación, todos estos temas que son los que convierten a nuestros gerentes en cajeros, muchas veces no los tenemos en las reuniones importantes precisamente porque lo que están negociando la caja de las entidades y no los podemos tener en estos ámbitos de discusión donde uno definitivamente viene a discutir, viene a decidir qué es lo que se enfrenta precisamente más adelante.

Hemos dividido unos momentos claves que debe haber dentro de la reforma, entonces podríamos hablar uno de lo logrado por el sistema, que yo creo que podemos pasar por ahí muy rápidamente; segundo lo que hay que resolver del pasado para poder entrar al nuevo sistema sin necesidad de estar cojeando; tercero, los temas a corregir y aclarar y aquello que muestra dentro del proyecto de reforma y sabemos que son muy importantes. Hemos venido haciendo la tarea muy juiciosos no desde que se publicó el proyecto de reforma hace unas cuatro semanas, sino desde hace unos veinte años, y yo creo que hay precisamente herramientas para aportarle al Gobierno algunos elementos claves de cómo debe ser esa relación entre actores, y por último los pasos claves que hay que dar, esos pasos estratégicos que hay que dar previos a hacer la formulación y a hacer la implementación como tal de la nueva reforma.

Entonces hablemos de esos momentos: el primer momento es exaltar lo que ha logrado la implementación de reforma ley durante estos veinte años, y ya el Ministro lo ha mencionado y creo que la exposición de motivos es muy clara en el tema, una disminución de mortalidad infantil, los incrementos de cobertura, el pasar a tener los recursos que hoy tenemos como sistema de seguridad social, pasar a participar en un ocho por ciento (8%) el PIB alrededor del ocho por ciento, el acceso de las poblaciones con bajos quintiles de ingresos a los elementos de promoción y prevención, en fin, herramientas que nosotros podemos salir y destacar del sistema de seguridad social.

Segundo la resolución de los elementos del pasado, no podemos llegar a un nuevo modelo, no podemos llegar a una nueva instancia cojeando, y no podemos llegar con unas instituciones raquíticas que no se van a poder enfrentar a lo que vienen precisamente como reto dentro de la conformación de ese nuevo sistema.

Uno, entonces es conocida por todos, la carteras entre las entidades, y aquí el Gobierno tendrá precisamente, ya ha venido haciendo planteamientos

muy concretos, ya ha venido haciendo planteamientos alrededor de glosas administrativas, ya ha venido haciendo el tema de giros directos, pero nos quedan todavía algunos otros elementos de algunos cuantos millones o billones por resolver y son los que nos darían el recurso suficiente para enfrentarnos a esa nueva posibilidad.

Segundo, el tema de cómo hacer esas conciliaciones, pero previo a hacer esas conciliaciones, de pronto plantearle al Gobierno, hoy tenemos dentro de la Superintendencia Nacional de salud la posibilidad de ver cuánto por un lado existen cuentas por cobrar y cuánto por el otro lado existen cuentas por pagar, y hacer un primer cruce entre esas dos cifras como para lograr un orden de magnitud, de qué estamos hablando dentro del sistema, cada uno sale con una cifra y dicen me deben tanto, pero a ciencia cierta no sabemos cuánto es realmente ese valor que tenemos, como para que podamos llegar al siguiente paso que es conciliar entre las entidades y sentarnos en un escenario en el que en el lapso de seis meses podamos definir precisamente a que nos estamos enfrentando y como va a ser el pago de esas, de eso que tenemos hacia el pasado, y lo otro ya se ha implementado una medida de giros directos pero posiblemente en ese periodo de transición habría que pensar dentro de las entidades que hoy tiene intervenidas el Ministerio, esas EPS intervenidas por el Ministerio diferentes al régimen subsidiado, pensar ya en el giro directo para los prestadores en aquellas de régimen contributivo.

Con respecto al proyecto de ley, entonces aquí viene el tercer punto que es lo que está dentro del proyecto, lo que debería venir dentro del proyecto y algunas correcciones que uno debería plantear, el texto, ahorita voy a pasar de una manera muy general sobre ellas, ya le haremos llegar al Ministro y la Comisión precisamente los puntos concretos, como le decía hemos venido haciendo la tarea, ya tenemos la revisión artículo por artículo y los comentarios de cada uno de ellos, y lo importante es hacer unos comentarios generales, entonces, con respecto plan de beneficios, flujo de recursos, prestadores, la relación prestadores y cómo nos enfrentamos al tema de inspección, vigilancia y control.

Primero, el plan de beneficios, plantear muy sobremedida que el plan debe ser algo finito, si nosotros estamos hablando de un trescientos setenta y cinco dólares per cápita en salud frente a lo que muestran nuestros vecinos y frente a lo que muestran países desarrollados, para mostrar, para brindar, todo ese plan de salud infinito y de esa amplitud que nosotros tenemos, es posible que tengamos un problema de financiamiento hacia adelante.

Segundo, es clave no solo ver los derechos de los pacientes, es clave ver los deberes de los pacientes y eso nos lleva a que planteemos un tema en la racionalidad y en el autocuidado que debe tener la población frente a su salud, y posiblemente esto podría ligarse a un tema de incentivos, no tratarlo tanto como ya otros países lo han hecho de una forma negativa y punitiva frente al que no cuida su salud, como eso puede repercutir sobre una prima, sino más bien como si efectivamente tiene impactos positivos en hacer proceso de autocuidado de alimentarse adecuadamente, de tener un ejercicio apropiado, reper-

cutir sobre cómo podría ser algo de incentivos sobre su plan complementario de otra o acceso a otro tipo de tecnologías.

Sobre la integralidad, estamos hablando de unos proceso de habilitación de las IPS, sabemos que muchas son, habilitan su proceso integralmente no por pedacitos, no por bloques, son muy contadas las que tienen una habilitación por especialidades específicas, pero pensado en el bienestar del paciente y esto tendría repercusión hacia delante también en la forma de relacionarnos con el Gestor, la idea es si yo ya hice esta habilitación, si yo ya tengo una relación adecuada con el Gestor, si me fue contratada toda la prestación del servicio, pensado en ese paciente, permítanme que le hagamos la atención integral al paciente y no lo pongamos a pasear por conveniencia de tercero de una institución a otra.

Un punto fundamental y es, para que este plan de beneficios se pueda llevar a cabo y pueda tener el impacto que debe tener y podamos cumplir con lo finito y para hacer eco de lo que hablaba ahorita también el doctor Rossi, creo que es fundamental, creemos que es fundamental que debemos ceñirnos a unas guías y a unos protocolos, porque si no vamos a estar brincando a cada rato la cerca y vamos a estar en un plan de que perpetuar el tema de las zonas grises y yo creo que ese es el punto con que empato aquí el siguiente punto, y es dentro del proyecto de ley se habla de una revisión cada dos años y eso nos lleva a preguntarnos, eso será que vamos a prolongar durante esos dos años usan una zona gris, ya sacamos otra lista y otros dos años para otra zona gris, sacamos otra lista y otros dos años para otra zona gris, estamos frente a uno de los sectores más dinámicos de la economía, no solamente en nuestro ambiente, esto es mundial y un sector que tiene un crecimiento y una movilidad total y recambio de conocimiento en muy corto plazo, de modo que ahí nos toca preguntarnos ese tema.

Frente al tema de flujos de recurso, yo creo que fundamental, arranquemos por el tema de claridad en el plan de beneficios, de pronto Presidente le voy a pedir un minuto, unos minuticos adicionales para terminar y no me demoro más de cinco minutos en lo que tenemos así adelante, hacer esa claridad en el plan de beneficios que definitivamente tiene impacto sobre el tema de recursos de flujo, nos da un miedo si, por la experiencia demostrada hacia el pasado con los manejos de los recursos del sector y nos da miedo ese gran único pagador que se llama Salud Mía, y el cual debería estar con una conformación de una junta directiva, no sé, llamémoslo si queremos tomar un ejemplo similar algo parecido a lo que se observa hoy con la junta directiva del Banco de la República, unas decisiones que nos permitan a todos llevar hacia adelante la ejecución de esos recursos, el día de mañana que estos recursos nos queden encapsulados, nos queden atrapados, nos queden en manos de unos funcionarios que no quieran hacer la utilización adecuada de esos recursos, nos vamos a estar viendo en el sector en una situación mucho más compleja de lo que estamos viviendo actualmente.

Si el pagador único va a ser Salud Mía, posiblemente nos vamos a tener que enfrentar a un tema de manual de facturación, vamos a tener que hablar todos las mismas reglas de juego, vamos a tener que

tener todos los mismos elementos para medirnos los mismos soportes que todos deben entregar en sus procesos de facturación y esto debe estar atado de un elemento clave, que lo habíamos hablado el otro día con el señor Ministro y es una estructura de costo que posiblemente vamos a tener que desarrollar dentro del sector salud. Ya hay experiencias de otros sectores que podemos adoptar en este momento para el sector y hay unos elementos que ya podemos tomar de otros lados para hablar sobre esto.

Ya lo mencionó el Ministro en unas reuniones anteriores, pero si debemos hablar, sobre todo para la operatividad de las entidades que hoy le prestan servicios al sector, y es la dispersión de los recursos, hablando esto de ARL, de todos los temas que ya se, que manejan recursos del sector, y es muy complicado dentro del sector para poder hacer una facturación apropiada de estos recursos que están dispersos por diferentes instancias.

Si se está pensado en agregar elementos dentro del sistema, entonces pensemos muy bien qué tanto valor le agrega la auditoría, qué tanto valor le agrega la autorización, qué tanto valor le van agregar las cosas que nosotros estamos manejando dentro del sistema, porque si no lo único que podemos llegar a hacer es establecer nuevas talanqueras para el flujo de recursos.

Se menciona un punto específico con respecto a la prescripción de la factura y es fundamental que de pronto pensemos que si la factura se encuentra en un proceso de discusión por parte de las dos partes que están en ese momento hablando, pues no deben tener una prescripción al año tal como se menciona, creo que allí son de los ajustes que hay que entrar a realizar para que no lleguemos a entorpecer y nos vamos contra alguno de los códigos ya existentes en el tema de comercio.

En el tema de sostenibilidad, hablemos de la sostenibilidad de todos los actores y algo que también ya lo hemos mencionado es, ya funcionó el tema de sostenibilidad y el manejo dentro de lo que es un costo promedio de capital dentro del sector energético, pensemos precisamente, nosotros debemos alejarnos posiblemente de lo que es la sostenibilidad únicamente a partir de la prima que hoy se calcula dentro del sector salud, nosotros no solamente somos UPC, tenemos que pensar que hay, la UPC es un factor integral, es un factor que forma parte de otra gran ecuación que es ese... y ya está dando resultados dentro del sector energético, pensemos si esa puede ser una herramienta para que nosotros hablemos de una rentabilidad mínima del sector, de una sostenibilidad del sector y precisamente de ese costo promedio de capital que nosotros podemos tener dentro del sector.

Aquí hay una posición de pronto muy agresiva, siempre nos hemos enfrentado a unas glosas por encima del 70%, nuestros procesos de facturación y a unos tiempos de facturación y a unos tiempos de pago por encima de los 120 días, que tal pensar hoy, aprovechando la nueva instancia, un giro de ciento por ciento en el momento que se radique la cuenta y más bien previo a esas revisiones posteriores que se realicen lograr esa devolución de esos recursos.

Frente al tema de prestadores y gestores no nos vemos aislados en un contexto del sistema de seguridad social, la idea es que debemos trabajar en conjunto con los gestores y para ello ya le hemos propuesto a las mesas de trabajo, nosotros venimos trabajando en la ANDI desde hace diez años, en un programa que se llama La Llave, y resulta que en este programa donde se sientan aseguradores y prestadores ya han llegado a consenso de cómo debe ser un tema de auditoría, ya han llegado a temas de glosas, ya han llegado a consensos frente a un tema de autorizaciones, ya han llegado a tips, frente a diversos elementos que nosotros tenemos y podemos dar prueba que hoy nos servirían, la idea es discutirlos entre todos para ver precisamente como se articulan.

En el tema, ya para que vayamos cerrando, son los elementos que no vemos dentro de la reforma, y es considerar todos los actores, no solamente IPS, los gestores y los que participamos actualmente dentro del sistema. Con ese fue, con ese punto fue con que yo abrí la presentación, tenemos que sentarnos en esto para darle una legitimidad al sistema frente al tema de la participación de esas Cortes. Qué va a ser el tema de auditoría, es fundamental que nosotros veamos tiempos concretos, que veamos qué le agrega a la autoridad, perfecto, y un punto adicional, basándonos en el artículo 26 de la Constitución Política, y sería el tema de talento humano. Lástima que se nos fue el Viceministro Fernando, pero con él se trabajó precisamente hace diez años el tema de plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de recurso humano, y de allí de pronto sí hay unas herramientas muy concretas para que llevemos a este tema de la reforma.

Qué sería fundamental tener listo para la implementación de la reforma: unas pruebas piloto, esto no es un sistema que nosotros hagamos borrón y cuenta nueva el día de hoy y mañana ya tenemos un gestor funcionando, y ya tenemos unos giros, y ya tenemos una entidad; aquí hay que asumir diez millones de transacciones mensuales que se realizan en el concepto de giros, transacciones, afiliaciones, etc., etc., y en eso hay que darle a Salud Mía un tiempo prudente precisamente para que se adapte, para que tenga esa prueba piloto.

Segundo, la armonización, ya el Ministro nos mencionó en la reunión anterior que se está realizando un proceso de armonización entre la estatutaria y la ordinaria, que las dos vayan en la misma vía y que la una sea un marco jurídico precisamente para que podamos implementar la siguiente, y un elemento clave es sistema de información, vamos a radicar todo este andamiaje de información dentro de Salud Mía, y como Salud Mía va a ser capaz de manejar esos millones de datos que se manejan, quinientos millones de datos era lo que manejaba la base de datos cuando se hacía el cálculo de UPC, de modo que eso es un elemento.

Para cierre, solamente quiero manifestar un elemento y es: qué bueno que las entidades del sector salud sean rentables, que bueno que las entidades del sector salud puedan tener elementos de sostenibilidad, y cuarenta y seis millones de personas en el país estamos pendiente precisamente de que esas entidades que participan en el modelo de salud, tengan una

sostenibilidad, no sean unas entidades raquíticas, no sean unas entidades faltas de nutrición, que no les permitan ir a la par de lo que es el desarrollo científico y tecnológico del sector salud a nivel mundial. Muchísimas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchísimas gracias. Secretario, anunciamos la...

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Maximio Visbal Niño, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Droguistas y se prepara el doctor Juan Manuel Acuña en representación de Fenalco.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Perdón Secretario, anunciamos que también se encuentran presentes, la Senadora Gloria Inés Ramírez, el Senador Antonio Correa y la Senadora Liliana Rendón, con lo cual están todos los Senadores de la Comisión Séptima presentes.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Once Senadores y Senadoras de la Comisión Séptima presentes en el recinto. Once.

**Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Droguistas, doctor Maximio Visbal Niño:**

Muy buenos días. Pues no manejo la tecnología de mis antecesores, ni el reloj que usó el doctor Rossi en sus quince minutos, pero pues vengo a expresar el clamor, el sentimiento de un gremio.

Para los que no me conocen mi nombre es Maximio Visbal, desde hace veinticinco años represento, soy el vocero de los propietarios de droguerías y farmacias en Colombia, soy droguista de corazón, no tengo establecimientos farmacéuticos, soy abogado de profesión y vengo a contar una historia, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

El Congreso de la República, en el año de 1949 creyó oportuno, conveniente darle una facultad, una competencia al Ministerio de Salud para que teniendo en cuenta unos factores especiales, número de habitantes, estrato socioeconómico, proximidades de un establecimiento a uno a otro, estableciera, consagrara los requisitos de apertura de apertura y traslado de las droguerías de todo el territorio nacional. Y así lo ratificó posteriormente con la Ley 8ª de 1971, devolviéndome un poco más hacia el tiempo presente, a raíz de la expedición del Decreto-ley Antitrámites en este momento nos encontramos en un limbo jurídico, porque con una interpretación respetable, pero que no compartimos, se dice que el artículo 136 del Decreto ley Antitrámites derogó entre otros los requisitos de apertura y traslado de las droguerías en todo el territorio nacional, incluyendo las distancias mínimas que deben existir entre ellas.

Después de muchos años conseguimos el asocio de otros respetuosos gremios que la mesa de discusión y la política farmacéutica nacional se incluyera a la droguería de Colombia, usted no va a creer, Senador Ballesteros y demás honorables Senadores, la farmacia en Colombia no formaba, ni forma todavía, salvo excepciones que confirma una regla general, no forma parte de la red articulada de salud, es decir si seguimos las cifras que nos da IMS de diecinueve

mil quinientas farmacias en Colombia, somos el país de Latinoamérica que por millón de habitantes más droguerías tenemos y tenemos, existe una droguería, existe una farmacia en todos los mil ciento cincuenta de los municipios de nuestra geografía nacional, pero como cosa curiosa, nosotros somos los buenos en determinados momentos y somos el niño malo en otros, somos unos servidores sociales en salud, hemos trabajado fuertemente con el convenio a favor de la legalidad de los medicamentos en asocio de otros dignísimos gremios, participamos en las reuniones de política de precios, nos preocupa que cuando se habla en Colombia, y que dolorosamente hay que decirlo, existe un mercado negro de medicamentos, es la verdad, pero si cada día no volvemos a reglamentar y se le devuelve a través del legislador esa facultad al Ministerio de Salud y Protección Social y se vuelve a generar una racionalización de los establecimientos farmacéuticos en Colombia, los resultados serían funestos, no solamente para la sobrevivencia y subsistencia de un gremio, sino la salud pública nacional.

Encontramos venta de medicamentos en tiendas, mensajerías, misceláneas, puesto de la calle, San Andresito, sin ninguna inspección y control por parte del Gobierno. Es más, como cosa curiosa, pues decíamos nosotros si un Ácido Acetilsalicílico está en un establecimiento farmacéutico y tiene que cumplir unas condiciones establecidas en la Resolución 1403, en el Decreto 2200 de modelo gestión de servicio farmacéutico, porque ese mismo Ácido Acetilsalicílico no debe cumplir los mismo requisitos, las mismas condiciones de temperatura, húmeda, en otros tipos de establecimiento y el Ministerio nos contestó hace un año, que evidentemente tenían que cumplir, perdón que debían cumplir, no que tenían que cumplir, los otros establecimientos no farmacéuticos con esos requisitos, y qué ocurrió, acordándome que disque algún día fui abogado, cogí ese concepto del Ministerio, me recorrí todo el país entregándoselo a los entes territoriales en salud, y ¡oh! Sorpresa, la competencia para visitar droguerías y para dar medicamentos lo tienen los institutos departamentales, y las competencias para visitar tiendas, cacharrerías, misceláneas, puestos de la calle, san Andresito etc., etc., la tienen los municipales, entonces el departamental dice: yo puedo ver el medicamento pero no puedo entrar a la tienda, y el municipal dice, yo puedo entrar a la tienda pero yo no soy competente para ver el medicamento, en este momento más del 25% de los mal llamados medicamentos de venta libre, no tiene el más absoluto control en este país, honorable Senador y señor Ministro.

Voy a terminar mi intervención refiriéndome al tema específico de inclusión, en el Proyecto de ley de la Reforma de Salud de un artículo relacionado con el último eslabón de una cadena, pero que si bien somos el último eslabón, somos el único eslabón en materia, refiriéndome a la droguería comercial que tenemos contacto directo con el paciente y que si estamos hablando de acceso al medicamento y si estamos refiriéndonos por otro lado a calidad, también estamos preparados y llevamos más de veinte años preparando al gremio.

En este limbo jurídico que nos encontramos en la actualidad, porque además ya existe un concepto aunque cuando los conceptos no obligan, el Consejo de Estado que dice que se campo la norma, también existe una demanda nulidad que formulamos nosotros ante el honorable Consejo de Estado, pero vamos a suponer que se caen los requisitos de apertura y traslado y las distancias entre las droguerías; por un lado se generaría una proliferación indiscriminada de droguerías o farmacias-droguerías reflejándose indiscutiblemente en una alta concentración en unas zonas y un número reducido en otras, ese aumento desordenado en el número de droguerías contribuiría a prácticas de hechos contrarios a la ética farmacéutica, es decir a la venta de productos de mala calidad y dudosa procedencia, viéndose afectada la salud pública nacional y contrariando el interés público social, quedarían las veinte mil droguerías de Colombia de las que dependen su sustento de manera directa, sesenta mil familias en la más total y absoluta indefensión ante la llegada de nuevas hiperdroguerías extranjeras y de poderosas droguerías de cadena, y porque no decirlo, de los comercializadores del mercado negro de medicamentos y los lavadores de dólares, generándose una competencia desigual, desleal e ilegal que acabaría de un solo tajo con el trabajo serio, honesto de ese servidor social en materia de salud que es el propietario de la droguería.

Nuestra propuesta respetuosa es que se incluya un artículo que diga los siguiente: corresponde al Ministerio de Salud y Seguridad Social la facultad para reglamentar los requisitos de apertura y/o traslado de los establecimientos farmacéuticos, farmacias, droguerías, tiendas naturales y/u homeopáticas y similares con el objeto que este tipo de establecimiento no se aglutinen en los denominados sectores comerciales y se desprotejan otros y para tal efecto procederá a estudiar y mirar los barrios, zonas, sectores y lugares que preferencialmente se tiene tal servicio en función del número de habitantes, condiciones socioeconómicas, distancias mínimas de un establecimiento a otro con el objeto de expedir permisos de apertura o traslado de este tipo de establecimientos en todo el territorio nacional.

Parágrafo. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social contará con cuatro meses para efectuar la correspondiente reglamentación y para tal efecto contará con la asesoría de los diferentes entes territoriales de salud y con la concertación con el gremio de los droguistas de Colombia.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Ya se tomó el tiempo doctor.

**Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Droguistas, doctor Maximio Visbal Niño:**

Muchas gracias, yo sí cogí los quince minutos, muy amables.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias doctor Visbal, entendemos su preocupación como legítimo vocero de la droguería y nos gustaría que nos hiciera llegar la propuesta oficialmente a la Secretaría de la Comisión Séptima. Secretario, se perdió, continuamos, Secretario, por favor, quién continua.

Continúa con el uso de la palabra el doctor, Hamel Alberto Henao, de la Alianza Nacional de Cooperativas.

Le recuerdo, doctor Henao, el manejo útil del tiempo.

**Alianza Nacional de Cooperativas, doctor Hamel Alberto Henao:**

Buenos días para el honorable Senador, Senadoras y Senadores presentes, señor Ministro muy buenos días y altos funcionarios del Ministerio que nos acompañan.

Inicialmente de una manera rápida quisiera hacer referencia a lo que tiene que ver con la Alianza Cooperativa de Hospitales de Colombia, esta asociación agremia diez (10) entidades cooperativas de hospitales públicos del país, en estas diez cooperativas se encuentran once departamentos y estos once departamentos agrupan más o menos en esta región del país, agrupan los hospitales públicos de once departamentos, lo acabo de decir, el departamento de Córdoba, Antioquia, Santander, Boyacá, Caldas y Quindío en una sola cooperativa, Cundinamarca, Risaralda, Tolima y Nariño. Estas once cooperativas tienen más o menos una cobertura sobre digamos, más o menos veinticuatro millones de habitantes del país que están concentradas en estas once regiones, su existencia viene desde hace más o menos de treinta años, las cooperativas más antiguas, Valle y Antioquia tiene entre treinta y treinta y un años creadas y las más recientes tienen un tiempo de unos quince años, todas ellas fueron creadas, promovidas en ese entonces por el Ministerio de Salud y por la Organización Panamericana de Salud, algunas de ellas por iniciativa propia de los hospitales y otras por iniciativa de las Asambleas Departamentales.

Agrupan estas cooperativas alrededor de trescientos noventa y cinco hospitales, esos trescientos noventa y cinco hospitales tienen una capacidad de compra para el año 2010 de unos cuatrocientos once mil millones de pesos en insumos y medicamentos hospitalarios, y a través de estas cooperativas se realiza la compra en negociación conjunta, en la gestión logística y distribución alrededor de un 35% de esta capacidad de compra que tienen las cooperativas.

En general estas cooperativas tienen como el mismo sector solidario indica, un Gobierno corporativo creado por una, llevado por una asamblea general, un consejo administración y unos equipos gerenciales. Su principal actividad, aunque muy de la mano con la asociación de los hospitales, las cooperativas están muy enfocadas en la gestión de insumos hospitalarios.

Dada nuestra procedencia de hospitales públicos, algunas observaciones que vamos a hacer con respecto al proyecto de reforma, están muy enfocadas pues precisamente desde este punto de vista de los hospitales públicos. Inicialmente pues estamos en este momento en el país, aunque sea una tercera reforma que se está implementando al sistema, se esté llevando nuevamente con ánimo siempre de buscar corregir las situaciones que en las dos anteriores reformas no se han podido resolver. Quisiéramos insistir de alguna manera en que debe fortalecerse o conservarse en la actual reforma las redes integradas

de servicios de salud y su modelo de atención primaria, de los trece parámetros, las trece características que tienen el modelo de redes integrales de servicios de salud, quisiéramos resaltar algunos que favorecen de alguna manera la mejora, la eficiencia de los hospitales públicos, algunos de ellos como el aspecto de gobernanza, el aspecto de región o de población asignada, el aspecto que tiene que ver con el modelo de atención, los aspectos que tiene que ver con los sistemas de información, creemos que son aspectos que tiene el modelo de redes integradas del servicio de salud que ayudarían a resolver de una manera importante la ineficiencia, entre comillas, que tienen o que sufren los hospitales públicos del país. Esta ineficiencia no solamente por aspectos endógenos, sino por aspectos que digamos el mismo modelo de atención, algún tipo de reglamentación le exigen a los hospitales públicos.

En el país tenemos poblaciones de cinco mil habitantes, de diez mil, de veinte mil, de cincuenta mil, de ochenta mil o de cien mil o más, en cada una de esas poblaciones afortunadamente hay un municipio, ve perdón, ahí un hospital público, sin embargo, este hospital público con diez, quince o veinte funcionarios en total, debe responder de igual manera administrativamente como lo tienen que hacer aquellos hospitales con mayor capacidad administrativa. Entonces, estos hospitales pequeños que tienen que responder igualmente ante esas exigencias administrativas se verían beneficiados de manera importante de un modelo de prestación de servicios en redes integradas de salud en lo que mencionaba antes, el tema de gobernanza, el tema de sistemas de información, en el tema de modelos de información, en el tema incluso de infraestructura. Obviamente pues seguimos insistiendo, en lo que han insistido mis antecesores el tema de resolver problemas estructurales, en lo que tiene que ver con fragmentación, integración vertical, barreras de acceso y obviamente en lo que tiene que ver inspección, vigilancia y control.

Celebramos la propuesta del proyecto en lo que tiene que ver con el recurso, con el fondo de Salud Mía, los recursos públicos, celebramos que la existencia de este fondo, sin embargo, insistimos en que estos recursos públicos deben conservar a lo largo del sistema el carácter de parafiscalidad y que en ningún momento luego de que los recursos salgan del fondo deben de cambiar ya, de perder esta característica de parafiscalidad y que siempre que se permanezca dentro del sistema permanezcan con esta característica.

En cuanto al fondo si bien celebramos nuevamente que este fondo tenga autonomía administrativa y financiera, nos unimos a los antecesores en lo que se recomienda que tenga una mayor participación, que este fondo, la dirección, el manejo, la dirección de este fondo tenga una mayor participación de la misma sociedad y de los demás actores del sistema.

Nos preocupa en lo que tiene que ver en la participación de las Gestoras o lo que actualmente tenemos EPS, Entidades Promotoras de Salud, en lo que no vemos claro en el sistema cómo estas nuevas Gestoras cambian el papel que tienen actualmente en lo que tiene que ver con el favorecimiento del acceso, del acceso a la prestación efectiva de los servicios de salud y en lo que tiene que ver con garantizar los

cambios en el estado de salud de la población; si bien es necesario, en el caso que fuera necesaria la presencia de Gestores en el sistema de salud, consideramos que la remuneración, el incentivo que debería existir en el sistema para estos actores, no debe ser un incentivo económico o financiarlo como lo plantea el proyecto en el sentido de que los excedentes de la operación fueran a hacer parte ya de la remuneración o el incentivo de estas entidades. El incentivo o la remuneración de este tipo de Gestor debe estar basado en resultados en el estado de salud de la población, una vez se produzcan cambios en la salud de la población, en la morbilidad, de mortalidad, cambios en el acceso, cambios en las coberturas de vacunación, cambios en general en el estado de salud de la población, podrá haber un incentivo, pero que no el incentivo se genere en la medida que haya mayores incentivos financieros, porque creemos que esto de alguna manera es un incentivo perverso que se lograría a expensas de regular el acceso, a expensas de regular el uso y a expensas del trámite de glosas y pagos del sistema.

Ya me había referido a la instancia del tema de RIPS. En el capítulo quinto, pues ya lo acabo de decir, enfocar más el resultado de los gestores en lo que tiene que ver con resultados en el estado de salud de la población y en este capítulo quinto y concretamente en el artículo treinta y dos, ya lo han discutido en otras audiencias, queremos llamar la atención sobre el artículo treinta y dos en el sentido que prohíbe tanto la integración vertical como la integración horizontal y en ese sentido en la medida que prohíbe la integración horizontal pues, estaría prohibiendo todo este tipo de asociación o agremiaciones que incluso estamos aquí presentes, tipo cooperativas o tipo asociaciones, entonces, qué pues obviamente, estamos completamente de acuerdo que son necesarias las asociaciones del gremio para fortalecimiento de ellos mismos, pero no la integración vertical con otros actores de la cadena de prestación.

En el sentido de salud pública queremos proponer que dada la dificultad que se genera para mantener una oferta demanda en los primeros niveles de complejidad y sobre todo en aquellas regiones apartadas del país donde el mercado no es atractivo, establecer para estas regiones y asociado a la gestión de salud pública unos montos fijos que por lo menos garanticen la existencia de la infraestructura necesaria, de la infraestructura física, del recurso humano y de todos los demás recursos que necesiten, garantice la existencia en esas regiones para la prestación tanto de salud pública, como los de baja complejidad y que estos hospitales no se vean obligados a subsistir de acuerdo a la venta y compraventa de servicios, sino más bien nuevamente con base a los resultados en salud.

En el momento, en el momento, aunque el tema de la inclusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la cobertura complementaria a través de los planes adicionales de servicio de salud es un tema que en otros países de la región incluso en Latinoamérica se ha implementado con algunos aciertos y desaciertos, creemos que en el momento no es propicio incluir estos servicios complementarios en el Sistema General de Seguridad Social en

Salud, creemos que los recursos públicos parafiscales deben seguir dentro del sistema y el sistema de atención complementaria pues desarrollarse de una manera independiente.

En el Capítulo VIII, hay una, solicitamos, es necesario que se haga una mayor precisión en cuanto a lo que sucederá con las actuales entidades promotoras de salud que no cumplen los indicadores financieros y los indicadores de habilitación, el proyecto propone todavía dos años más para adaptación o transición y entonces, pues no sabemos si es para que nuevamente haya un plazo adicional para que cumplan estos requisitos que ahora no cumplen o si es para las que actualmente lo cumplen se transformen en Gestoras.

En el Capítulo X, alguna una observación concretamente con la elección de gerentes de las Empresas Sociales del Estado, se propone que estos directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado sean de libre nombramiento y remoción del gobernador o del alcalde, en este sentido creemos que pierde digamos la autonomía administrativa, la autonomía patrimonial y la autonomía financiera que se pretende que tengan estas entidades y que en el sentido de que sean entidades descentralizadas también pierden espacio en ese sentido y nos inclinamos a proponer más bien que no se abandone los anteriores esfuerzos en el sentido de que esta elección se haga por la vía de la meritocracia. Existen en el país en otros sectores, en el sector educativo, en el sector de notariado y registro algunos modelos basados en meritocracia que creemos que pueden tomarse, retomarse y no abandonar la descentralización, la autonomía administrativa patrimonial y financiera de que gozan estas entidades.

Bueno y finalmente dos propuestas en lo que tiene que ver más concretamente con el sector farmacéutico y nos vamos a referir básicamente a lo que tiene que ver con la atención farmacéutica, pues existe ya diagnosticado en el país, en las dificultades que tenemos en cuanto al acceso inequitativo, en cuanto a dificultades en la calidad de la atención farmacéutica. Obviamente conocemos todo lo relacionado con uno inadecuado, irracional de medicamentos, con el crecimiento irracional del gasto en medicamentos, que no se compadece con el acceso: tenemos alto gasto y bajo acceso. Con la dispersión y falta de servicios farmacéuticos. En el país la integralidad de la atención farmacéutica tiene un desarrollo muy escaso, solamente observamos algún intento, algunos casos de atención farmacéutica integral en las enfermedades de alto costo y concentrado básicamente en las principales ciudades del país, en el resto de la cadena de la dispensación, de la entrega de medicamentos en el sistema no existe, perdón, una gran debilidad o incluso ausencia de atención farmacéutica. Creemos que esta ausencia de atención farmacéutica pues no favorece en ninguna manera el logro de los objetivos en salud que pretenderíamos con el sistema, prácticamente de una manera, digámoslo así, dolorosa, uno tendría que decir que en la mayor parte de nuestra atención farmacéutica esta se reduce a la recibo de fórmula y entrega de medicamentos, sin que medie alguna atención de este tipo y tiene como resultado, vuelvo y lo digo, uso inadecuado, baja adherencia a medicamentos y alto costo, baja adherencia al tratamiento, perdón, y alto costo y gasto en el sector.

Igualmente conocemos las dificultades que tenemos en el país para la calidad de la información y que favorece algunas prácticas que ya mencionaba el doctor Visbal en el sector como el contrabando, el lavado de activos, la evasión de impuestos, todo eso es conocido como en algunas regiones del país, con la misma factura con la que compra se compran medicamentos en enero se trabaja todo el resto del año, en enero un establecimiento de estos adquiere la industria de un medicamento por 10 millones de pesos y al final del año ha vendido más de 1000 millones de pesos del mismo producto con una sola factura de 10 millones de pesos al comienzo del año y pues no pasa absolutamente nada, entonces en ese sentido pues de una manera de contribuir a resolver algunas de estas situaciones proponemos que tal como ya lo esbozan los diez lineamientos de la política farmacéutica de agosto del año pasado, se incluya en esta reforma un artículo que garantice la prestación de servicio de atención farmacéutica, servicio de atención farmacéutica, no dispensación, no entrega de fórmulas y suministro de medicamento, sino servicio de atención farmacéutica de manera integral dentro del sistema, o sea el servicio de atención farmacéutica debe prestarse de manera integral dentro de los servicios de promoción, de prevención, de atención, de rehabilitación y atención farmacéutica con el fin de garantizar por lo menos el acceso, la continuidad y algún tipo de resultado.

Y finalmente, en el tema de la eficiencia de la transparencia el Estado colombiano, el Gobierno colombiano es tal vez el mayor comprador de medicamentos e insumos hospitalarios en el país, pero lo hace de una manera dispersa, desorganizada, lo cual pues le permite, no le permite lograr algunos efectos de economía de escalas, de trazabilidad, de racionalidad, en este me permite para aprovechar este músculo importante, entonces queremos que por lo menos se revisen las compras de insumos hospitalarios que hacen los hospitales públicos del país, o sea que se hacen directamente con dineros públicos del país y que esto se haga a través, que estos hospitales se agremien de alguna manera como lo permita nuestra normatividad, se agremien en asociaciones, en grupos de compra para que realicen compra y gestión conjunta de medicamentos e insumos hospitalarios.

Esa es toda nuestra presentación, nuestra propuesta.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias doctor, muy amable. Doctor España, continuamos.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Juan Manuel Acuña en representación de Fenalco y se prepara la doctora Marisol Sánchez, Directora de la Cámara de Proveedores de salud de la ANDI.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Un llamado nuevamente a la buena utilización del tiempo en la medida en que en este salón va a sesionar el Congreso a partir de las dos de la tarde (2:00 p. m.).

**Doctor Juan Manuel Acuña, representación de Fenalco:**

Buenos días a todos los presentes, mi nombre es Manuel Acuña, vengo en representación de Fenalco, específicamente el tema de cadenas de droguerías si son mayoristas.

Básicamente cuando uno lee la exposición de motivos de la ley, efectivamente concuerda con el Gobierno, la evolución que ha tenido el sector de salud en el país, el mejoramiento en la cobertura de salud, la disminución en la brecha de acceso de clases más pobres y las más favorecidas, la disminución de mortalidad, efectivamente los indicadores son contundentes. Compartimos completamente los ajustes que está planteando el Gobierno, el manejo unificado de los recursos, efectivamente el sistema que se montó anterior o el que está montado en este momento vigente genera unos incentivos perversos que buscan motivar más la facturación que la prestación de servicio, compartimos este concepto de llevar el proceso a 11 incentivos diferentes y por otra parte también compartimos el modelo de plan de beneficios, aunque preocupante toda la ampliación si no se le pone un eco a lo finito, como decía alguien acá hace un tiempo, claramente un plan tan específico y detallado genera una incentiva a mayor facturación mediante generación y formulaciones de medicamentos particulares que no están presentes en el plan limitado, y por último estamos totalmente de acuerdo en la prohibición tajante de la integración de los prestadores, de los gestores de servicios de salud con los proveedores de medicamentos. Este punto es tal vez uno de los puntos que a nuestro parecer ha generado mayor conflicto y mayor dificultad en la evaluación y en la ejecución de la ley durante los últimos tiempos, en la medida en que fue precisamente en los proveedores de medicamentos donde se dieron sobrecostos gigantescos a través de los recobros del Fosyga, generando pues unas rentabilidades a algunos operadores de no muy santa ética y desfalcando completamente la arcas del Estado, generando unos recobros cerca de 2.4 billones de pesos en el año antepasado, si no me equivoco.

En este proceso estamos de acuerdo que se separen tajantemente los gestores de salud con los proveedores de medicamentos y en esto estamos de acuerdo también en que el servicio de proveeduría, de entrega, de dispensación o como lo nombraba el exponente anterior, el servicio de entrega farmacéutico, deba hacerse de una manera más adecuada y es en este punto donde queremos presentar nuestro aporte principal al proyecto de ley y es que efectivamente en el proceso anterior cuando las EPS se conformaron a raíz de la Ley 100 y se empezaron a conformar los modelos de dispensación de medicamentos, el modelo de seguridad social discriminó completamente al canal comercial de medicamentos, lo discriminó de un amañera tajante y absurda, en ese momento diciendo que era porque ellos lo hacían más eficiente, porque tenían seguimiento, tenían trazabilidad y hoy a la luz de varios años de evaluación nos damos cuenta que eso fue, llamémoslo, una imagen porque realmente lo que había detrás del manejo de los medicamentos directamente con las EPS y los proveedores de seguridad social fue un ánimo de

renta gigantesco en donde comprar los medicamentos a unas cifras inferiores completamente a lo que lo compraba el canal comercial tradicional y salían a recobrarlo al sistema a unas cifras totalmente escandalosas, generando rentabilidades y un desfaldo gigantesco de medicamentos.

Nosotros como canal comercial que hemos estado presentes en la entrega de medicamentos al país por más de 100 años, porque las droguerías existen hace más de 100 años, nos ha tocado ser testigos muy dolorosos de ver cómo la entrega de los medicamentos, que en teoría debería de haberse hecho por el canal comercial, se desvió en algún momento con una mala intención claramente reflejada en el descuadre de las cuentas fiscales del país y que de alguna manera nos tocó ver como las EPS continuaron manejando directamente sus medicamentos y logrando unas rentabilidades excesivas.

Nosotros tenemos en este momento como lo decía el doctor Maximio, como lo decía el anterior expositor, cerca de veinte mil droguerías; hace poco tiempo salió en noticiero un reportaje de drama y ha sido recurrente de como la persona cuando va a reclamar un medicamento, o no lo hay, o tiene que hacer una fila muy larga, o como lo decía una persona, me fue bien porque solo en 4 horas me entregaron el medicamento, nosotros nos preguntamos cómo canal comercial, cómo es posible esto cuando en la esquina de cada casa de este país hay una droguería que tiene la capacidad de entregar el medicamento porque tiene el tiempo y el conocimiento del profesional que esta atrás del mostrador para entregar el medicamento de una manera adecuada, por qué hoy la dispensación de medicamentos es tan rápida como lo decía el exponente anterior, una entrega de una fórmula versus la entrega del medicamento, es porque el sistema integrado le podría dar medicamentos con los proveedores de salud del sistema de seguridad social, lograron concentrar en muy pocos establecimientos la masa completa de los cuarenta millones de personas reclamando medicamentos, por lo cual cuando uno va allá tiene que hacer filas infinitas y no se presta un servicio cabal que asegure todo el tema de seguimiento y control de los medicamentos y lo curioso es que este dispensario tiene una fila de más de una cuadra y al rededor este dispensario hay más de 50 o 100 droguerías en no más de 10 cuadras que no tiene nada que hacer y que tienen inventarios y que tienen medicamentos para entregar a la población, pero básicamente esta distensión, esta separación de lo que es el canal comercial, el canal institucional, en el modelo de negociación de industria que le generó precios preferenciales al canal institucional hizo que se perdiera en el país el aprovechamiento de una red de más de 20.000 droguerías que tienen más de 100 años o más de 200 años de prestación a la población para concentrarnos en 800 o 1.000 dispensarios que hay en este momento, con un ánimo de lucro absurdo que desfalcó las cuentas totalmente en el proceso.

Nosotros extrañamos en el proyecto de ley un artículo que nos integre completamente a la entrega de estos, a la posibilidad de entregar medicamentos a la población, qué bueno sería que cualquier colombiano cuando va al nuevo prestador de servicios y salga con una fórmula y tenga que tener un medica-

mento ambulatorio, qué bueno fuera que él pudiera ir a cualquier droguería de las 20.000 que hay, la red es extensísima, como lo decía un expositor anterior, Colombia es el país de Latinoamérica con mayor penetración de droguerías, si no me equivoco según la cifra de IMS hay una droguería por cada dos mil setecientos treinta y pico de habitantes, mientras que en países como Chile hay una droguería por cada 12.000 habitantes, eso quiere decir que a nivel de presencia del canal comercial en el país nosotros lo tenemos cubierto completamente y lo tenemos cubierto completamente con establecimientos comerciales ya abiertos, con inventarios a disposición del ciudadano y con un recurso totalmente entrenado, porque hemos estado en esto mucho antes de que las EPS llegaran a entregar los medicamentos. Nosotros como dispensadores de medicamentos, como independientes de farmacia hemos construido la entrega de medicamentos en la historia, han habido debilidades, se han presentado problemas que hay que trabajar y estamos de la mano con el Gobierno en el manejo de control de precios, estamos de la mano en el manejo de trazabilidad porque somos un sector que tiene muchísimo interés en integrarse completamente en este proceso, pero para integrarnos en este proceso claramente tiene que haber un delineamiento muy claro en las políticas de negociación de la industria.

Hace poco tiempo vimos en televisión también reportajes donde el industrial decía: no pueden unir el incremento de los precios de medicamentos en Colombia con el precio de venta del laboratorio. Yo digo, es cierto, efectivamente hay un margen de intermediación por parte del canal comercial, pero en ese canal comercial participan veinte mil droguerías, compiten una a otra, asegurando que el margen de intermediación sea el más eficiente según el mercado. Entonces yo pregunto realmente dónde está el desequilibrio de los precios, por eso hemos insistido de una manera tajante en las mesas de negociación del Gobierno el control de los precios, que el control debe ser claramente a un tema de ex factory donde ellos son los que tienen una posición monopólica, dado que cuando un laboratorio saca un medicamento ese solo es de ese laboratorio, tienen posición monopólica pero cuando un medicamento entra al canal, entra a veinte mil droguerías donde claramente es una competencia perfecta. Si logramos equilibrar estos modelos de negociación, claramente el Estado cuenta con veinte mil droguerías para que cuando salga cada una de las personas de una EPS actualmente o de un Gestor, de un prestador de servicios más adelante, esa persona puede dirigirse a cualquier droguería y no tenga que someterse a las filas infames de los dispensadores de las EPS, donde aparte de que prestan un servicio deficiente, de alguna manera están cobrando unos costos excesivos al proceso, porque ellos no están sometidos a leyes de oferta de demanda, porque ellos no están vendiendo el medicamento, ellos no están sometidos al dolor que vivimos nosotros en la calle que es que si yo cobro 50 pesos más en el medicamento la persona camina 10 pasos se encuentra en otra droguería ese medicamento a un precio más bajo y eso hace que yo me regule operando completamente la oferta y de-

manda de precios, si nosotros tenemos la posibilidad de acceder al sistema de salud de una manera mucho más integrada, tenemos que aportarle al país una red de veinte mil droguerías, con más de veinte mil personas entrenadas en este proceso, que claramente estamos en el proceso de seguirlas profesionalizando y mejorando todo el proceso, toda la capacidad de gestión de los medicamentos.

Entonces lo que nosotros queremos, nuestro mensaje fundamental en el proyecto de ley es: estamos de acuerdo con el proyecto de ley, nos gusta el proceso de la unificación de los recursos, nos gusta el proceso del manejo de plan de beneficios llamémoslo con lista negativa, obviamente teniendo presente lo que se expuso acá que un proceso limitado tiene unos costos altísimos, y sobre todo compartimos totalmente el prohibir la integración de los proveedores de medicamentos con los gestores de salud, porque ahí se dio una corrupción que le costó y de la cual se lucró, como decía el doctor Rossi, muchas personas de una manera. Nosotros actores de toda la vida de más de 100 años en este proceso de medicamentos hemos estado marginados en este proceso y la verdad es que ha sido una marginación con efectos perversos, una marginación para lograr incentivos económicos y lograr beneficios económicos y nos dejaron a nosotros marginados completamente, hoy venimos acá a decir que como canal, como canal de distribución de medicamentos tenemos un elemento, puede ser muy valioso y puede apoyar muchísimo el proyecto de ley que tiene el gobierno y es simplemente buscar las metodologías para que el colombiano cuando va a su servicio de salud y tenga que reclamar un medicamento ambulatorio, tenga la capacidad de ir a cualquiera de nuestras veinte mil droguerías que hay en el mercado y que están preparadas, que tienen inventarios.

Se hablaba también que cuando alguien va ir a un dispensario y va a reclamar un medicamento no lo hay, incluso en la exposición hechos, en la exposición de motivos se habla que el 33% de la gente que va a un dispensario no encuentra un medicamento, si esa persona tiene solo la posibilidad de ir a un dispensario y no la posibilidad de ir a 30 droguerías que pueden estar alrededor de ese dispensario indudablemente la probabilidad de que el medicamento se quiebre es mucho más alta que si tiene una red de veinte mil droguerías en donde en todas hay posibilidad de entregar medicamentos. Los inventarios del canal comercial son por mucho, mucho más grandes que los inventarios del canal institucional, pero esos inventarios están allá aislados, simplemente sujetos a que alguien se le ocurra ir a comprar un medicamento porque toma la decisión de irlo a comprar, eso es válido, el canal comercial tiene que seguir existiendo y la entrega de medicamentos, pero esos inventarios están allá perdidos, están aislados y están ahí sujetos simplemente mirando pasar por el andén del frente las personas para ir a los dispensarios, hacer las filas eternas, hacer el tema de que voy a tener en cuenta su medicamento y que en ese proceso de recobro de ese medicamento, en ese proceso de entrega de medicamento, ese operador se lucró de una manera gigantesca con el tema de los medicamentos.

Ese es el objetivo de nosotros, queremos básicamente proponer que se incluya de una manera mucho más formal la integración del canal comercial con sus veinte mil droguerías, más de cuatrocientos distribuidores mayoristas, redes de transportes, camiones, sistemas de bodegas en todas las capitales del país, droguerías no solo en capitales, en todos los municipios, no hay un solo municipio de Colombia que no cuente con una droguería, es más no hay un municipio de Colombia que no cuente con más de, si los municipios de Colombia tienen configuraciones de 50-70 mil personas y he dicho que en Colombia hay una droguería por cada 20.300 personas y pueden hacer los cálculos de la capacidad que tenemos de atender la entrega de medicamento ambulatorios.

Ese es el mensaje que vinimos a presentar y muchas gracias por la atención.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Señor Secretario, ¿quién sigue en el Orden del Día?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa la doctora Marisol Sánchez, Directora de la Cámara de Proveedores de Salud de la ANDI y se prepara el doctor Carlos Ignacio Cuervo, a quien la Mesa Directiva le concederá cinco minutos, posteriormente el doctor Alberto Bravo Borda y finalmente el doctor Francisco de Paula Gómez a nombre de Afidro.

**Doctora Marisol Sánchez, Directora de la Cámara de Proveedores de Salud de la ANDI:**

Buenas tardes para todos, buenas tardes señor Ministro, honorables Senadores, señoras y señores, la Cámara de Insumos para la Salud de la ANDI agradece a ustedes este espacio que nos brindan para presentar las propuestas de modificación o de inclusión al proyecto de ley de la reforma a la salud.

Mi presentación la divido en tres grandes grupos, la primera es necesario desde el sector de los dispositivos médicos, identificar y diferenciar claramente cuáles son los componentes del sector; la segunda, son nuestras de proposiciones al proyecto de ley de la Reforma a la Salud y finalmente manifestar algunas inquietudes que dentro del articulado consideramos podrían ser más explícitas en su alcance y en su contenido.

En primera instancia es necesario identificar los dispositivos médicos. Los dispositivos médicos son todos aquellos instrumentos, máquinas, incluso *software*, que usados solos o en combinación permiten el tratamiento, uso, cura, rehabilitación de las personas. Los dispositivos médicos tienen una gran variedad de productos que van desde la baja complejidad o los artículos consumibles como el algodón, la gasa y las jeringas hasta equipos de alta tecnología como los tomógrafos, incubadoras, o equipos de rayos X. Pero dentro de los dispositivos médicos también encontramos unas clasificaciones propias dada la diversidad de los dispositivos, unos son consumibles, otros son para el monitoreo, otros se consideran o hacen parte de procesos implantales, otros son soporte de vida y algunos hacen parte de las ayudas ergonómicas para la población. Todos estos dispositivos médicos tienen unas características muy específicas, al-

gunas de ellas son, primero, reiterar la diversidad del producto, es una diversidad de productos que incluso ha llevado que la regulación sanitaria identifique claramente la calidad y la seguridad de manera puntual dependiendo del producto. Igualmente, abarcan varias especialidades de la medicina y su uso y durabilidad son distintos. Los procesos de ingeniería en los procesos médicos son fundamentales en el desarrollo de los mismos productos, por eso pues ustedes ven que la mayoría de los productos pues tienen un avance de innovación incremental en el desarrollo de los dispositivos médicos.

Hasta aquí hemos visto qué son los dispositivos médicos y cuáles son sus deferencias intrínsecas en el mismo sector, pero es importante señalar que adicional a esto tenemos unas diferencias con otros actores, principalmente con el de medicamentos y existen muchas diferencias sobre los medicamentos, pero me voy a referir puntualmente a tres: al de la competencia, al del uso y al del valor.

Sobre la competencia, es importante tener claridad que los dispositivos médicos no hay monopolios y no hay monopolios por qué, porque existen sustitutos tecnológicos funcionales, una gran variedad de sustitutos tecnológicos funcionales, por ejemplo los casos más comunes para todos: las camas de dotación hospitalaria y los audífonos, en los audífonos tenemos audífonos análogos, de un canal, de dos canales, hasta de cinco canales, todos cumplen la misma función. En las camas hospitalarias tenemos camas manuales, eléctricas y hasta de altísima tecnología con componentes que cumplen otras funciones aleatorias. Entonces qué determina la prescripción de los dispositivos médicos, los requerimientos del estado clínico del paciente, los cuales van a redundar en los desenlaces de salud que ellos tengan.

Sobre el uso es importante señalar que el 93% de los dispositivos médicos son de uso hospitalario por parte de los profesionales de la salud y aquí también es importante identificar una gran diferencia y una característica propia de los dispositivos médicos y es que el acompañamiento de la industria de dispositivos médicos con el profesional de la salud debe ser muy, muy cercana, por qué, porque el profesional de la salud, llámese enfermera, terapeuta, ortopedista, etc., debe tener e incrementar sus competencias laborales en el uso adecuado de los dispositivos médicos en cuanto a la lectura, la interpretación, la adecuación y la implantación de estos dispositivos.

Sobre el valor. Dentro de los determinantes de valor de los dispositivos médicos tenemos el mantenimiento correctivo y preventivo, los repuestos, los servicios conexos a los dispositivos médicos, la calibración, la logística, el reentrenamiento continuo y permanente de los profesionales de la salud y de las formas de comercialización que hacen parte de los procesos posventa. Todo esto para concluir que los dispositivos médicos el valor no se agota en el precio final ni el valor de compra en la adquisición del dispositivo médico; como ustedes pueden ver, el valor del dispositivo médico traspasa esa frontera del precio final.

Esta clara diferenciación entre las características de los dispositivos médicos y frente al sector farma-

céutico en particular nos hace proponer que en el articulado de proyecto de ley se modifique el artículo 16 consignando de manera expresa la necesidad de contar con una política nacional de dispositivos médicos. Una política nacional que responda a las necesidades y a las características de sector; tal cual como está redactado, señor Ministro, podría entenderse que hay una extrapolación de la política farmacéutica con otras políticas y como hasta ahora lo hemos señalado, este sector tiene unas diferencias muy claras y muy marcadas que ameritan una política basada en pilares fundamentales como la calidad, la seguridad, la efectividad, la asequibilidad, la accesibilidad, entre otras. Esto será por supuesto el desarrollo del proyecto de ley.

Adicionalmente, como aquí se ha dicho en las últimas audiencias y compartimos con usted, señor Ministro, la necesidad del fortalecimiento, la renovación y modernización tecnológica de la red hospitalaria y principalmente de la red hospitalaria pública, pero para ello hay que eliminar algunas barreras de acceso, como cuáles: generar incentivos, incentivos para que las IPS públicas hagan una verdadera, equilibrada, racional y eficiente renovación y modernización tecnológica de la red pública. Adicionalmente, buscar y generar garantías de pago a los proveedores; este ha sido un tema recurrente en todas las audiencias y es de señalar que es necesario e imprescindible no solamente la garantía de pago a los proveedores, sino un plan de saneamiento para todos los agentes de la cadena del sector salud previo a la entrada en vigencia de la política, de la reforma a la salud.

Finalmente, señor Ministro, queremos señalarle algunas de las inquietudes que dentro del texto de la ley quisiéramos conocer: una de ellas tiene que ver con el artículo 19, en el que se señalan las guías integrales y los manuales operativos. Consideramos que dada la relevancia en el acceso que tienen estas guías en el plan de beneficios en Salud Mía, deben ser señaladas claramente, quién, cómo y cómo se desarrollan estas guías de atención clínica y manuales operativos, ya que tienen una importancia trascendental para el acceso. Y sobre el tema del giro directo, quisiéramos conocer cómo el Gobierno vislumbra operativamente este giro directo a los prestadores consignado en el literal h) del artículo 27.

Estas son, señor Ministro, nuestras inquietudes y nuestras proposiciones generales marco de la ley que quisiéramos que usted considere dentro de los elementos la reforma al proyecto de ley de la salud. Muchísimas gracias a todos.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Muchas gracias a usted. Señor Secretario, continuamos con el uso de la palabra, quién sigue por favor.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Carlos Ignacio Cuervo y se prepara el doctor Alberto Bravo Borda, presidente de Ansifar.

**Doctor Carlos Ignacio Cuervo:**

Muy buenos días a todas y todos, honorables Senadores y Senadoras, doctor Édinson, doctor Jorge, señor Ministro, equipo técnico. Voy a ser muy bre-

ve porque pretendo hacer una alusión de fondo en el foro del lunes en la ciudad de Medellín. Celebro esa visión paciente céntrica y de sostenibilidad que ha hecho tanto el Gobierno Nacional como el Congreso en pleno en cabeza del Senado y la Cámara. Simplemente voy a dejar anunciados tres temas: el primero tiene que ver con propiedad intelectual, protección de datos de prueba y estos mecanismos que honran la protección de la propiedad intelectual en Colombia y que indudablemente el Ministerio de Comercio Exterior, no sé si hay alguien representante del doctor Sergio Diazgranados, pero yo creo que es muy importante que el Ministerio sienta su posición con relación a esto y lo traigo a colación porque indudablemente esto repercute la manera como se aborden los temas de propiedad intelectual, pues repercute finalmente en los precios de medicamentos, dispositivos y material médico-quirúrgico. Esa sería pues una solicitud, que queden consignadas, doctor Ballesteros. Estas consideraciones sin querer decir que honrando los pactos con la Organización Mundial de Comercio pues... también genera unos espacios de importación para unas figuras como importaciones paralelas, nación mal favorecida, licencias previas que en un momento dado el Gobierno puede acudir a ellas para facilitar el acceso y bajar el valor de los medicamentos.

Es indudable que el sistema atraviesa por una gran crisis y falta de legitimidad; yo diría que después de las EPS es este sector el que tiene hoy un gran riesgo, reputación, y bienvenido digamos este marco de la reforma a efectos de poder entonces poner toda la información sobre la mesa y este importante sector que cumple un papel trascendental en la recuperación y el tratamiento de los pacientes, pues pueda tener un marco normativo que le pueda generar una mayor legalidad.

Ministro, una inquietud: si bien pareciera que ese listado explícito de exclusiones favoreciera más la atención integral del paciente, yo tengo una preocupación más desde el punto de vista fiscal y es que el día de mañana eso no sea sostenible por efectos de las mismas innovaciones de que ese listado explícito de exclusiones no sea lo suficientemente técnico para que en un momento dado pues simplemente el Gobierno o el Estado tenga que atender absolutamente todo. Aquí el doctor Rossi hacía alguna observación en este sentido y a mí me parecería importante tenerlo, entre otras cosas, Ministro, porque yo considero que el tema de zonas grises si bien lo puede disminuir, el tema de tutelas va a permanecer, como aspiramos todos los colombianos.

Creo que el tema de derecho fundamental de la progresividad de los derechos sociales y la tutela es un gran avance desde el punto de vista social y aquí en tutela la recomendación, doctor Jorge, es que desde el punto de vista regulatoria y ustedes como cabeza máxima de la regulación del país, puedan dar algunas líneas para que el papel de las sociedades científicas y el papel de los colegios médicos y organismos similares puedan jugar un papel muy importante en el momento de evaluar, cuando algunos de nuestros colegas sin irrespetar obviamente la autonomía médica, cuando alguno de nuestros colegas, como lo ha dicho el doctor Héctor, se genere una evidencia,

por ejemplo, que el repoblamiento medular de células madre no tiene la evidencia científica necesaria para decir que es un tratamiento costo-efectivo para la recuperación neuromotora de los pacientes y ha habido casos, tres o cuatro conocí yo directamente, la pregunta es qué ha pasado con los colegas, con los médicos tratantes cuando una sociedad científica los ha llamado para decirles mire, usted por qué ordeno un tratamiento que hoy puede estar por encima de mil millones de pesos y no se logró ningún resultado; lo propio con las hormonas de crecimiento o estos biotecnológicos que son utilizados en enfermedades degenerativas.

Yo creo que sí debe haber una directriz regulatoria para que el Ministerio pueda, atendiendo esa regulación de manera reglamentaria, poder involucrar de manera clara como se lo he dicho al Ministro de manera privada por allá en septiembre cuando lo llamé a felicitarlo por su nombramiento. Entonces es muy importante que estos pares puedan entonces ser llamados simplemente a responder, respetando el debido proceso, digamos qué pasó en este paciente; además, eso tiene un efecto disuasivo, que es muy importante para que hacia el futuro no sigan digamos esos incentivos perversos que tanto se han mencionado acá.

Y finalmente quisiera hablar de la trazabilidad de medicamentos, en su momento con el Invima se hizo un piloto con el doctor Jairo céspedes, entiendo que la doctora Blanca Elvira lo ha continuado, y lo que queríamos en su momento era poder mirar cada vez que teníamos un medicamento, poder saber qué pasó con él, por dónde ingresó, dónde fue producido, si fue producido en el país o hacia fuera, si se decomisan algunos medicamentos de estos que entran permanentemente en la frontera con Venezuela por obvias razones o inclusive de Ecuador, que son mucho más baratos, pues saber qué estaba pasando y la radiofrecuencia o cualquier mecanismo de estos nos pudieran servir, si hay lavado de activos, porque efectivamente nosotros dimos traslado a la Fiscalía algunos donde principalmente equipos de grandes montos probablemente, no sé finalmente la Fiscalía qué dijo, pero se evidenció que por lo menos había indicio de que se estaban lavando dineros a través importación de equipos y materiales en el país, de que si la DIAN quería efectivamente mirar si las planillas de importación correspondían y no hubiera una doble importación simplemente con un solo manifiesto, cosas de ese tipo y yo diría que desde el punto de vista regulatorio pues es importante también darle herramientas al Gobierno para que pueda profundizar la trazabilidad tanto en medicamentos, dispositivos y demás material médico-quirúrgico.

Como se me acabó el tiempo, Ministro, simplemente se lo dejo planteado para el lunes, lo de las Empresas Sociales del Estado. Se le hizo una lectura errada a la Ley 100 cuando, palabras más, palabras menos, dijo que los prestadores públicos deberían que tener esa figura típica especial de un régimen privado de contratación de empresas sociales del Estado, se crearon a diestra y siniestra, cuando tuvimos oportunidad de regentar a Metrosalud, nosotros nos opusimos a dividir Metrosalud, hoy son 56 puntos de atención bajo una sola Empresa Social del Estado.

Yo creo que también debería existir un marco regulatorio, doctor Jorge, que le permitiera más, deberán fusionarse las Empresas Sociales del Estado, más en el concepto de ley que se pretende avanzar y que nosotros celebramos.

Yo creo que ahí es muy importante poder entonces fusionar Empresas Sociales del Estado para que sean más robustas, para que quiebren esas asimetrías frente a los Gestores y que tengan inclusive una capacidad de negociación y también termino con esto, Ministro, el régimen privado de contratación no exonerada de observar los principios constitucionales de la contratación pública y la queja permanente que se tiene desde punto de vista de los proveedores es que no hay reglas claras para comprar, para que estos hospitales compren, entonces lo que ha hecho el Gobierno en términos de que estas Empresas Sociales del Estado tengan un estatuto de contratación aprobado por la junta directiva y publicado para que todos los proveedores sepan a qué atenerse y que sepan esos proveedores cómo se compra, en qué condiciones operan de acuerdo a las cuantías por ellos reportadas.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Muy bien, muchas gracias, doctor Cuervo. Señor Secretario, siguiendo con el uso de la palabra, quién sigue por favor.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Alberto Bravo Borda, Presidente de Ansifar, y se prepara el doctor Francisco de Paula Santander Gómez, Presidente de Afrido.

**Doctor Alberto Bravo Borda, Presidente de Ansifar:**

Presentación. Después de que el doctor Francisco Rossi, muy amena de todas maneras, como siempre, muy interesante. Primero que todo un saludo muy especial al Presidente, a todos los honorables Senadores, al Ministro y al doctor España, a todos los colegas y a las señoras y señores que están acá.

Yo he decidido, en aras de la brevedad, y le pido a España que yo tengo una presentación, pero quiero referirme expresamente a unos puntos que es más o menos a lo que nos han invitado, no sin antes llamar la atención sobre lo siguiente: doctor Maximo Visbal hablaba de que llevaba cinco lustros en la representación de los droguistas detallistas, yo lo estoy alcanzando y como le dijeron al Ministro hace poco en una reunión que tuvimos en su despacho con los miembros de mi junta directiva, llevo más de 23 años el Vicepresidente de la junta paisa como el Ministro dijo, pero sigue en periodo de prueba y si esto es una prueba permanente de la resistencia, no solamente de quienes dirigimos los gremios, de quienes componen el Congreso y todas esas cosas, me referiría rápidamente para no perder tiempo, aquí hemos estado poniéndole paños de agua tibia a la famosa Ley 100 de 1993 sobre que tiene cosas buenas como que tiene cosas muy malas y ya debemos dejar de hacer diagnósticos, ir al fondo de los problemas.

En las reformas del año 97, la Ley 1122, llamada 11-22, yo soy abogado también y en el Externado somos muy estrictos en los enunciados sobre cómo se numeran las diferentes normas. La Ley 1122 y después la última reforma digamos importante a la

Ley 100 fue sancionada por el Presidente Santos en enero, que la discusión fue en el 2009, perdón, en el 2010 fue sancionada en enero del 2011 en un acto en el que estuvimos muchos de los aquí presentes en la Casa de Nariño y considerábamos que iba a dar una voltereta completa para el tema de salud y a mí me encantaría referirme a todos los temas porque como colombiano y así lo discutí cuando estábamos en las negociaciones comerciales de los tratados de libre comercio, de una manera muy particular los colombianos, y ocurre en otros países, vamos solamente a ver el punto que nos interesa, que nos conviene, no vemos todo el espectro, desafortunadamente aquí yo voy a hacer una ejercicio similar y como me pareció interesante la modalidad que nuestro negociador en La Habana, el doctor Humberto de la Calle, leyó y fue muy eficiente el mensaje, y que le llegó a mucha gente, entre esos a mí sobre lo que se estaba haciendo en La Habana.

Yo me voy a permitir leer puntualmente unos temas y hacer unos comentarios de lo que yo considero el principal enemigo de las propuestas que ha hecho el Ministro en lo que tiene que ver con la disponibilidad y acceso a los medicamentos. En primer lugar, de verdad, señor Ministro, se lee, lo hemos hablado en ocasiones, la determinación que tiene usted y que ojalá, estoy convencido no solamente las Comisiones Séptimas del Senado y Cámara, sino el Congreso con la ayuda de todos los gremios interesados, pero fundamentalmente de la población colombiana, logremos de una vez por todas darle un vuelco y una solución al grave problema de salud pública por el cual atraviesa el país y en el tema medicamentos hay fundamentados, como lo dijo el Senador Ballesteros, Presidente de la Comisión Séptima, tres artículos que tienen que ver íntimamente con lo que a nosotros atañe.

Quiero hacer un comentario sobre lo que hizo el Viceministro de Salud, el doctor Cuervo, célebre congresista, de los temas de propiedad intelectual. Si nos ponemos a detallar las flexibilidades para evitar que los monopolios operen como están operando y desbasteciendo el sistema y generando unos pues asimetrías enormes para y además determinando quién puede acceder o no, quisiera hacer un comentario, Ministro, que no atañe exactamente en esto, pero por aquí está el doctor Moreira, es que ojalá este ejercicio sea escuchado, si bien podrá haber cosas que no le interesen o no le gusten al Gobierno, estamos en el deber de decirle, pero no, que no ocurre como un ejercicio que acabamos de terminar. En noviembre fuimos invitados del sector industrial farmacéutico y sector del comercio para hablar de una nueva modalidad del control y regulación de los precios de los medicamentos y nos da la sensación después de que vimos la propuesta que hace el Gobierno, que desde el primer día en que nos sentamos con los técnicos del Ministerio de Comercio y el Ministerio de Salud y representante de la Presidencia de la República, era que ya las conclusiones estaban hechas y que lejos de venir de una regulación que permite el acceso de los medicamentos, lo que se está consiguiendo es perseverar y garantizarles mayores garantías a quienes monopolizan y abusan de esa posición monopólica frente, y frente a eso han planteado una discrimi-

minación realmente inaudita, inaceptable, contra la industria farmacéutica local, que es lisiada de paso, quien produce más del 70% de los medicamentos que consumen los colombianos, o sea, que cada tres medicamentos de todos los que estamos aquí y los 46 millones de colombianos que llegan eventualmente a consumir medicamentos, dos de estos medicamentos son producidos, a veces importados por las empresas nacionales o latinoamericanas que no hacen parte del grupo de los llamados laboratorios de innovación e investigación.

El artículo 16 elimina la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y transfiere estas funciones al Ministerio de Salud, enviando un mensaje fuerte y claro de que el enfoque con que debe mirarse este asunto es de salud y no de comercio. Sin embargo, este artículo se considera inconveniente por parte de Ansifar por lo siguiente: Estamos de acuerdo con que la regulación de precios de medicamentos deba hacerse con un enfoque basado en los derechos humanos y de manera que facilite el acceso a los productos que se requieren para satisfacer las necesidades en salud de la población. Considerábamos que en la regulación de precios deben tenerse en cuenta aspectos del funcionamiento del mercado que escapan a la esfera de competencias del Ministerio de Salud y que la desaparición de la Comisión de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos podría originar una regulación inadecuada y delirada de las políticas generales que en la misma materia tiene el país y nuestros países vecinos, especialmente la Comunidad ANDina de Naciones. En lugar de desaparecer la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos debería fortalecerse y servir de vaso comunicante entre los dos Ministerios a través de una política clara que evite los abusos de posición dominante de cualquier empresa en el país y favorezca la competencia del mercado sin distorsiones como la estrategia más dominante para lograr precios justos y que apuntase al logro de los objetivos de salud.

Sobre esto quiero hacer una mención que hace un par de semanas el Presidente de la junta de Ansifar, el doctor Emilio Sardi, hizo estando presente en el cierre de la asamblea de la cámara farmacéutica de la ANDI diciendo que las ventajas del envejecimiento de las personas es que pueden hablar de cosas que sucedieron y de las experiencias y a pesar de que muchos de los que estamos aquí, algunos no habían nacido cuando en la década del 60, yo creo que usted, Ministro, tampoco, bueno, yo creo que sí, pero estaba en la cuna, una de las cosas que recordaba y que de todas maneras me tocó de alguna manera cuando yo entré se había establecido el desmonte de los controles estrictos que estaban dispuestos en la Ley del 81 del 88 y se había estratificado la manera de desmontarlo, cosa que los Ministerios de Comercio, llamado en ese entonces Ministerio de Desarrollo, los doctores Luis Alberto Moreno y Ospina Sardi aceleraron en la política en ese momento que llamaron el obsesivo neoliberalismo.

Lo único que realmente controla los precios es controlar los monopolios, ampliar la competencia y el problema no está, el mal no está en la sábanas, el problema no ha sido la comisión de precios, me

refería sobre el comentario que hacía el doctor Sardi, nunca como en esa época hubo tanta corrupción, tanta inmoralidad, tanto desperdicio y tanta falta de técnica cuando se negociaba con los funcionarios del Ministerio y era un peregrinaje de los empresarios, de sus lobbistas, de sus agentes para obtener precios individualmente. No tenemos ninguna desconfianza sobre el hecho de que el Ministerio de Salud tenga la responsabilidad social como está impuesto además en sus funciones, pero nos parece que el componente, porque somos una industria y aquí lo han dicho y hasta lo han criticado, pero una industria donde hay inversiones, donde se requiere márgenes aceptables de rentabilidad para poder seguir ampliando esas inversiones y ofrecer medicamentos de buena calidad, eficacia y seguros; luego no estamos de acuerdo, señor Ministro, tampoco consideramos ético que siendo como lo dijo alguien que me antecedió en el uso de la palabra el Ministerio de Salud uno de los principales clientes de la industria farmacéutica sea quien venga a regularnos directamente los precios.

Sobre el artículo 17, de eso se trata, pero yo voy a tratar de convencerlo, sobre el artículo 17 le quiero decir, les quiero decir a todos, pues se hace referencia a la información sobre servicios y tecnologías de salud y establece un sistema de información de precios, uso, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud de interés público y que el Ministerio de Salud establecerá los contenidos, flujos y oportunidades de la información que los pusieron aquí los actores y yo no quiero, muchas veces he dicho que nos convertimos en actores y a veces comediantes, prefiero utilizar los agentes, no, usted sabe que yo lo hago en privado pero no es público, pero bueno, deben reportar; reforzando la idea de que estos asuntos tienen que ser asumido esencialmente en la protección del derecho a la salud y nuevamente, aunque estamos de acuerdo con el enfoque que se le quiere dar al tema, consideramos que el alcance propuesto excede las competencias del Ministerio de Salud por los motivos iguales e idénticos que expuse en el artículo anterior. Nos parece que debe haber otros factores determinantes que tienen que ver con el comercio.

Sobre el artículo 18, para no alargarme más y porque quiero hacer unas apreciaciones muy contundentes apegado a lo aquí escrito, es lo siguiente: el artículo 18 dice que trata de la vigilancia de las tecnologías en salud, establece que el Ministerio de Salud en coordinación con las entidades competentes establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías en salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de la protección de la salud pública y la actualización de Mi Plan y que en el marco del proceso de vigilancia de innovaciones tecnológicas la Superintendencia de Industria y Comercio requerirá concepto técnico del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la patentabilidad de las invenciones en salud, estamos de acuerdo con los dos aspectos que se tocan en este artículo; de un lado, consideramos imprescindible el fortalecimiento del Invima, que suponemos, como lo dijo el doctor Francisco Rossi, que de pronto sería el ente operador, aunque no necesariamente, y su coordinación con otras entidades con competencias

en la evaluación de tecnologías en salud con miras a asegurar su calidad que está determinada por la pertinencia, la efectividad y seguridad de los productos.

Nos preguntábamos, sin embargo, sobre la manera como se superarán problemas crónicos como la exigua capacidad de los entes territoriales en materia de inspección, vigilancia y control y en las pocas probabilidades de la reestructuración realizada recientemente al Invima; esa es una queja y no quiero extenderme más porque me quiero referir es precisamente al gran alcance e importancia que tiene esto, pero que si lo hace Invima y sobre todo como hay un proceso de centralización, señor Ministro, especialmente esto también lo hemos conversado; aquí hay una figura que se llama el CIPI, una institución, no la conocen, pero es el centro, no la Comisión Interinstitucional de la Propiedad Intelectual, esa comisión que funciona y a nosotros nos encantaría que tuviera prevalencia al Ministerio de Salud en una reunión que teníamos con usted y usted se tuvo que ir rápidamente a atajar alguna medida no conveniente para la salud de los colombianos en la Presidencia de la República. Llegó usted un poco tarde a la reunión, nosotros con mucho gusto lo esperamos el tiempo que sea, usted dispuso que no recibiera el Viceministro de Salud, permíteme la anécdota, y el doctor Norman Julio, Viceministro entonces, bueno, Viceministro actual, nos dijo a propósito de tema que los molestó a ustedes, que son patentes, y sobre la laxitud con que se están otorgando las patentes, le quiero decir que asistí por primera vez en compañía de algunos asesores y criticamos que se fuera a dar una patente, que como lo dijo el doctor Rossi, era la asociación de dos sustancias viejísimas y reconocidas y ustedes saben que la protección a una invención tiene que tener tres condiciones: que sea novedosa, que tenga altura inventiva y que se aplicable industrialmente. No contenía por lo menos dos de esas; sin embargo, en esa reunión estaba el Superintendente de Industria, delegado para la propiedad industrial, y le atendió con mucho esmero y dijo: revisaremos, revisaremos. Sabe cuál fue la conclusión, eso lo dijo el Viceministro, dos días después se estaba notificando por parte de la Superintendencia la resolución que le otorgaba la patente a ese producto cuestionado y no cuestionado por la industria nacional, ni por los abogados, ni nada ni, etc., no cuestionado por el mismo Estado; esa es la respuesta institucional, y voy al grano, señor Presidente Ballesteros, señor Ministro, el principal enemigo que tiene la reforma y estos avances fundamentales, porque son los medicamentos y los dispositivos médicos así mi colega de la representante de la doctora Marisol, representante de la ANDI para esta cámara, quiera y yo entiendo porque quiere, no quiere saber nada de los controles que nos quiere aplicar a los medicamentos que van producir un efecto contrario, van a subir al techo los precios.

Lo que le quiero decir es que el principal enemigo está en el Gobierno, está en lo que hemos denominado los halcones, que están entronizados desde hace años en el Ministerio de Comercio, y qué decir de la Superintendencia de Industria y Comercio, le han entregado la delicadísima función de establecer cuándo hay monopolios en materia de salud sobre los medicamentos, insumos y etc., a una persona lle-

na de conflictos e intereses, de intereses personales, el doctor José Luis Londoño. Con sus padres fueron condiscípulos míos en el Externado de Colombia; el doctor José Luis Londoño está al servicio de las empresas multinacionales, ha trabajado y su ejercicio profesional solamente ha transcurrido en oficinas de abogados que defienden los intereses de las empresas transnacionales y él por qué no, nosotros lo hemos recusado todas las veces, ese es el principal enemigo, y qué decir del actual Superintendente, el actual Superintendente es un tipo simpatiquísimo, buen mozo, como dicen la señoras, buenmocísimo; yo me lo encontraba en los pasillos del Invima tramitando y haciendo gestiones para las empresas transnacionales. Una vez me lo encontré en una finca contando los esquejes de una plantación pequeña, unos floricultores, que yo era su abogado donde fue a contabilizar cuántos esquejes de una hectárea eran copias de alguna presa holandesa y sobre los cuales había que meter a la cárcel a esos cuasicampesinos y mi dilecto amigo el doctor Ariel Armel le ha puesto a su servicio diariamente la tribuna fantástica de los consumidores para que salga a decir que está haciendo un montón de cosas cuando, y lo reto aquí, a que nos diga cuándo ha hablado de la defensa de los consumidores de medicamentos.

Señor Ministro, permíteme, nos gusta, lo hacemos y se lo he dicho de frente. Nosotros, yo personalmente, radiqué en el despacho del Procurador, Alejandro Ordóñez, una queja disciplinaria contra el exvise, el Superintendente De la Calle Restrepo, el señor Superintendente actual, y con el actual Superintendente no sabemos si nos toca ir más bien al búnker porque definitivamente tiene que advertir sus conflictos de interés porque se los haremos saber. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias, doctor Bravo. Continúa en el uso de la palabra el doctor Francisco de Paula Gómez, Presidente de Afrido, y terminamos con el doctor Gómez el ciclo de intervenciones.

**Francisco de Paula Santander Gómez, Presidente de Afrido:**

Buenas tardes ya. Muchas gracias al señor Presidente, el doctor Jorge Ballesteros; al doctor Vicepresidente, Édinson Delgado; señor Ministro y al Secretario, Jesús María España. Quisiéramos hacer una serie de observaciones tal cual como nos lo han pedido acerca del proyecto de reforma y lo que quisiéramos fundamentalmente es hacer unos planteamientos que creemos son muy importantes para efectos de que la reforma actual y las discusiones que seguramente van a ser intensas en el Congreso de la República pues lleguen a un feliz puerto.

El primer aspecto que hay que plantear es que claramente la reforma es oportuna y es oportuna porque luego de 20 años de operación del Sistema General de Seguridad Social se han hecho evidentes algunos aspectos en los cuales hay que hacer ajustes importantes, hay que hacer modificaciones o reforzar algunos aspectos estructurales dentro del sistema de salud; segundo, creemos que es un punto que hay que tener en cuenta a la hora de hacer estas discusiones

y es que el sistema de salud ha venido soportando de forma sistemática durante, particularmente el último periodo, tal vez tres, cuatro años, un proceso sistemático de deslegitimación. Claramente, el sistema general de seguridad social ha tenido fallas, algunas de ellas incluso importantes, pero no podemos dejar de reconocer que claramente el sistema de salud ha tenido logros muy importantes que no quisiera aquí plantear de nuevo y creo que están muchos de ellos explicados de manera extensa en la exposición de motivos de la reforma que se ha presentado al Congreso.

Pero si no tenemos en cuenta esta circunstancia y es que claramente también el sistema ha obtenido logros importantes como el crecimiento de la cobertura, cuando se hacen los análisis con relación a quiénes son los que están llegando a los servicios de salud en evaluación por quintiles de pobreza, claramente uno observa que sí hay esos grandes logros y no podemos perder de vista en las discusiones los logros del sistema, porque tal vez el proceso de deslegitimación permanente de pronto nos hace pensar que el sistema hay que, digamos, acabarlo por completo, probablemente hay que hacerle ajustes y algunos de ellos, como digo, estructurales, pero no podemos olvidar estos logros.

Así mismo, es muy importante recordar que sí ha sido un aspecto evidente que luego de 20 años bajo la égida de la Ley 100 y de la reforma del Sistema General de Seguridad Social, sí hay una conclusión que es contundente y es que las prioridades del Sistema las hemos cambiado en el sentido en que ya tal vez no sea el paciente y el propósito de salud el más importante foco, sino que de alguna manera las preocupaciones financieras se volvieron la preocupación de todo el mundo y en general cuando se habla del Sistema de Salud pues se está hablando es más de bueno, cómo están los asuntos de cartera, cómo están los asuntos de flujo, cuál es la viabilidad financiera del Sistema, aspectos muy importante, pero que realmente no son la razón de ser, no son el propósito nacional de cualquier sistema de salud en el mundo.

Hay cuatro aspectos claves que quisiéramos llamar la atención a los honorables Congresistas, que son: el primero es que el objetivo del modelo, como lo he dicho, debe estar enfocado en el paciente y en la garantía del acceso a los servicios dentro del sistema. El segundo aspecto es que claramente se requiere tener claridad para efecto de cuál va a ser el criterio o de cuáles van a ser los criterios para la actualización de Mi Plan, la incorporación de nuevas tecnologías a mejorar la salud y la calidad de las personas. Un tercer aspecto que quiero mencionar es el relacionado con las coaliciones en los conflictos de interés y a veces la misma regulación por la manera tal cual como se plantea, pues termina generando dentro del Sistema, incluyendo rectoría versus vigilancia versus control. Y por último una leve mención que no me voy a extender mucho por el planteamiento que ha hecho mi antecesor frente a la preocupación que hay al desaparecer la Comisión Nacional de Precios.

Sobre el primer asunto, que es el objetivo del modelo, debemos insistir que aunque tal vez suene como una declaración de principios y debemos tener de manera permanente muy presente que el objeto

de cualquier sistema de salud, incluyendo el nuestro, claramente es el paciente; percibimos que hay seguramente, señor Ministro, por la gran urgencia financiera que tiene el Sistema se puede leer a lo largo de todo el articulado del proyecto una gran afugia, una gran angustia por tratar de controlar los gastos y eso es razonable, eso es entendible. Sin embargo, habría que tener algún equilibrio y algún cuidado en que por el excesivo celo de controlar esos gastos, que vuelvo y repito es razonable y es lo deseable, no se termine en un momento determinado imponiendo barreras de acceso a los servicios, es un asunto que es importante mirar a la hora de poder revisar y a la hora de poder discutir los diferentes artículos, así que se pueden generar una serie de incentivos, por ejemplo si se coloca dentro de la cadena de prestación de servicios que los pacientes para poder acceder a los servicios entren, digamos, en redes que colisionen por intereses económicos, es muy probable que se termine al final del día por ejemplo confinando al paciente solamente en poder lograr fácilmente las atenciones en el primer nivel, pero que le cueste mucho llegar al segundo nivel, porque probablemente si hay incentivos para mantener al paciente solo en el primer nivel, pues obviamente si no se tiene en cuenta que el proceso de salud-enfermedad, el proceso de enfermedad en particular es un proceso dinámico y que muchos pacientes van del primero al segundo, al tercer nivel, pues obviamente habrá que tener cuidado en que los pacientes puedan transitar adecuadamente por toda la cadena de prestación de servicios sin que las coaliciones por intereses económicos o por conflictos se lo impidan.

Creemos que uno de los aspectos más importantes que ha impactado de manera más gravemente al Sistema de Salud tiene que ver con el flujo de recursos; hacer simulaciones, rutas críticas de cómo va a operar el Sistema con relación al flujo de recursos es muy importante para que no volvamos a repetir cosas que dentro del sistema actual hoy en día tenemos. Decía al principio de la sesión, le explicaba a alguien que en otros sectores donde he tenido la oportunidad de poder participar en discusiones, no entienden cómo un sistema de salud que maneja la cantidad de recursos que maneja tengamos unos niveles de cartera tan absolutamente, uno, abultados a todos los niveles de la cadena, pero además con unos lazos tan absolutamente largos, esto no es usual en ningún otro sector y eso genera al final del día y encarece los costos, encarece la financiación, vuelve ineficiente el sistema; así que es muy importante tenerlo en cuenta para precisamente esas dificultades que se generan en los mecanismos de flujo, pues no se restrinja el acceso a los pacientes.

Yo quiero traer aquí una definición de lo que es acceso, esta es una definición técnica porque a veces no quedamos contentos con el solo hecho de que el paciente acceda a un medicamento, pero y si no accede a la dosis completa como se venido denunciando sistemáticamente que a los pacientes les entregan el 30% del producto que necesitan o si acceden al producto de mala calidad, y aquí solamente quiero referirme, por ejemplo, a temas relacionados con medicamentos falsificados o de contrabando que llegan permanentemente al país y que infortunada-

mente está demostrado que están ingresando de manera permanente incluso al Sistema, así que es muy importante que acceso no es solamente poner a disposición un producto de manera parcial, sino que en el caso particular de los medicamentos, de los insumos, los dispositivos, las tecnologías en salud, es importante que tenga acceso para lograr la satisfacción completa del servicio o de la necesidad de salud que tienen de acuerdo con Mejía una definición de salud pública del 2007: el acceso de servicios de salud es el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.

Desde comienzos de este Gobierno se ha venido insistiendo, los tres Ministros que han pasado por la cartera han venido insistiendo en que es un propósito del Gobierno Nacional mejorar los estándares de calidad en la prestación de servicios. La prestación de los servicios es un universo completo que incluye por supuesto la prestación misma, los temas relacionados con diagnóstico, con atención, con recuperación, también con las tecnologías que se utilizan y las tecnologías de salud pues van de un simple *software* que no son tan simples hasta por supuesto equipamiento, insumos, dispositivos y medicamentos. Así que hacer esfuerzos para lograr nuevos criterios o criterios muy bajos para la inclusión de nuevas tecnologías es muy importante.

Yo quisiera pasar rápidamente a una frase que está dentro de la exposición de motivos, de alguna manera el país ha venido entendiendo de manera tal vez equivocada que cuál fue la razón por la cual explotaron los recobros y está claro que la razón última fue al final del día que la falta de gerenciamiento del sistema general de seguridad social en cuanto a lo que era la actualización del Plan Obligatorio de Salud, pues lo que generó fue que tras veinte años, tras muchos años de que la población no tenía acceso a servicios, tecnologías, insumos, productos, medicamentos que fueran los que se requerían para el momento pues simplemente los buscaros por otro lado. La frase que está incluida dice: a pesar de ser un paquete de beneficios amplios y comprensivos, entre paréntesis, el POS no ha avanzado al ritmo de las nuevas tecnologías para el cuidado de la salud.

Las nuevas actividades, intervenciones y procedimientos en salud, así como los insumos y medicamentos que ingresan al país, lo hacen a un ritmo superior al que se evalúa para ingresar al POS y dice: la nueva actualización del POS generó una ampliación de los beneficios a través de tutelas y dio origen a lo que se denomina el gasto no POS, claramente una masa enorme de colombianos, de prestadores, simplemente durante años de no tener actualizado el POS adecuadamente pues buscaros alguna alternativa de salida y ya pues por supuesto esto degeneró en otra cantidad de consecuencias que hemos conocido acerca de la sobreintermediación, sobre los precios de los productos y tantas otras cosas más que han salido a la luz pública; pero aquí es muy importante entender que la ley y el Ministerio de Salud deben considerar cuál es la mejor forma para que el ingreso de nuevas tecnologías pueda efectivamente coadyu-

var en la recuperación del estado de salud o prevenir del acaecimiento de la enfermedad de las poblaciones, al tiempo que pues tiene un equilibrio financiero que le permita precisamente seguir operando.

La experiencia que tenemos en el país con relación a lo que es la actualización de los planes de beneficios, la incorporación de nuevas tecnologías, es una experiencia que infortunadamente es para olvidar, han sido procesos bastantes difíciles en el pasado y es importante tener en cuenta esta circunstancia a la hora de plantear la reforma. Este es un aspecto muy importante; quisiéramos llamar la atención y es cómo no generar conflictos de interés en el modelo para que no, digámoslo, en la operación del modelo sea adecuada. Voy a colocar, ya que tengo solo un minuto, un ejemplo y es se viene dando de manera sistemática desde las últimas reformas que a las entidades del Sistema de Salud les están cargando en muchas ocasiones, les están cargando gestiones que son contrarias.

Ustedes recordarán aquel principio de la administración, es un principio universal que se grafica en gráfico que es el denominado ciclo PHVA: planificar, hacer, verificar y actuar. Por ejemplo, la Superintendencia Nacional de Salud, para poner un ejemplo, hoy en día tiene competencias de vigilancia y tiene competencias con la propuesta que hay de ejecución, porque las juntas tienen a su vez que aprobar por ejemplo si un medicamento, si un insumo, si un procedimiento no se da. En este caso estamos sometiendo al Sistema a situaciones de conflictos, de choques y es muy importante tener en cuenta que no se entorpezcan las mismas instituciones quienes operan en el sistema unos contra otros o que simplemente traslapan sus funciones porque al final pues esto genera problemas muy importantes.

Muy importante tener en cuenta, volverlo a revisar y es cómo evitar que el no pago, el racionamiento, no la racionalización de los servicios, el no pago, el racionamiento, la imposición de barreras, se vuelvan el pan de todos los días precisamente porque la regulación pues hace que sea mejor ponerlas, porque genera, para algunos agentes generaría unos ingresos económicos más altos, y con relación a la Comisión Nacional de Precios, para terminar, es una preocupación de todo el sector farmacéutico, de todo el sector en conjunto. Señor Ministro y señores Senadores, la Comisión de Nacional de Precios debe ser plural, debe incorporar conceptualizaciones de diferentes agentes, del mismo Gobierno, diferentes conceptos para que los resultados sean los adecuados. Estos son básicamente los principales puntos que quisiéramos disponer para ustedes y agradecemos mucho la atención y la invitación. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias, doctor Francisco de Paula. Cerramos entonces con la intervención del señor Ministro.

**Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Buenas tardes para todos. Complacido de estar aquí, muchas gracias por los diversos comentarios que seguirán enriqueciendo nuestra propuesta. Voy

a tratar de organizar mi intervención en dos partes, quiero hacer una primera parte general que ya estando, Senador Ballesteros, esta es la audiencia número seis, yo creo que ya podemos empezar a sacar algunas conclusiones y quiero presentar unas conclusiones preliminares de algunos de los puntos de debate, algunos de los puntos de acuerdo y algunas de las preocupaciones que ya comienzan a superponerse, que comienzan a ser materia de todas las audiencias, esa es la primera parte de mi intervención; en la segunda voy a hacer mención específica a algunas de las cosas que se debatieron aquí en la mañana y esta parte de la tarde.

Entonces empiezo por la primera, voy a ser breve, esquemático, telegráfico en algunas de las cosas por tiempo y la hora y el respeto a todos ustedes. Entonces quiero dividir este resumen apretado de las audiencias en tres partes, yo creo que hay algunos debates que ya comienzan a superarse, algunos puntos que nosotros vamos a incorporar seguramente en compañía de los Senadores que están todos aquí en la ponencia y son los siguientes: hay una preocupación, no se mencionó esta mañana, pero es una preocupación constante en muchas de las audiencias sobre la mención que se hace en el primer capítulo del Proyecto 210 a la salud no como un servicio público, sino como un derecho fundamental, eso generó yo creo que debates innecesarios y la propuesta del Gobierno es que incorporemos la ponencia a la salud como un derecho fundamental, como tiene que ser, eso se reintegrará por supuesto en la ley estatutaria.

Creemos que también ha habido un debate innecesario sobre la naturaleza de los recursos y vamos a modificar el numeral X del artículo 4º, para hacer claridad de pronto en una redacción distinta sobre cuando los recursos necesariamente dejan de ser públicos, que en algún momento tendrán que dejar de serlo, pero yo creo que la redacción del numeral X del artículo cuarto fue demasiado crítica y yo lo digo, dijéramos, con candidez, desafortunada.

Creo que hay un debate que también tenemos que superar: el debate que la intención del Gobierno velada o explícita es acabar con la tutela, en ningún momento lo queremos hacer así, yo creo que sobre eso debemos ratificar una opinión que he expresado varias veces, también ha habido un debate yo creo que vale la pena superar de una vez por todas sobre el fondo de salvamento, que es el primer artículo del capítulo final; se ha dicho que ese es un fondo de salvamento que tiene la intención de salvar las EPS, en ninguno momento, eso quiero ratificarlo nuevamente y como lo dije en la audiencia del día lunes por la tarde, de pronto tenemos que hacer unos cambios en la redacción para que esto quede completamente claro, pero estos son debates yo creo que ya superados, ya deberían hacer parte de poco los anales del Congreso como se dijo aquí varias veces en la mañana de hoy y yo creo que en la ponencia haremos claridad meridiana sobre todos y cada uno de estos temas.

Persisten, eso sí, cinco debates que harán parte de la discusión parlamentaria, debates yo creo que interesantes, debates donde va a ser imposible conciliar todas las posturas, donde todos tenemos una visión específica de los determinantes del cambio social y los que dice la ley, los voy a resumir rápidamente:

hay un primer debate interesante que tiene que ver con la descentralización y el papel que deben jugar las entidades territoriales y por ejemplo si las entidades territoriales deben o no a los mandatarios locales nombrar los gerentes de los hospitales o si pueden en algunas circunstancias tener el manejo de la salud en los gestores de servicios de salud; yo he defendido ese papel de las entidades territoriales por muchas razones de principios, de principios, si se quiere, filosóficos, y me llamó la atención en una de las intervenciones el representante de las cooperativas de hospitales que decía esta mañana, por ejemplo: se debe preservar la autonomía hospitalaria, o sea los hospitales deben ser independientes, los hospitales públicos, estoy hablando de las autoridades locales, pero debemos estar inmersos en un contexto en el cual no se vendan servicios, ese es el mejor de los mundos, si uno va a preservar la autonomía es porque tiene algún tipo de presión de competencia, pero esto de preservar la autonomía, esto es escindirse de las autoridades locales, pero de alguna manera ser receptor de recursos públicos y crear una especie de autonomía hospitalaria independiente de la descentralización, me parece claramente problemática.

Entonces ahí yo creo que tenemos un debate, Senadores, interesante que dar sobre cuál va a ser la posición de esta reforma sobre los temas de descentralización y la posición del Ministerio es clara, nosotros queremos que la ley avance, profundice la descentralización con controles como tiene que ser, con el doctor Rincón tenemos una conversación pendiente también sobre el tema, pero esa es digamos nuestra posición.

Hay un segundo debate interesante sobre los Gestores de servicios de salud y sobre cómo debemos remunerarlos y si deben tener o no un excedente; nosotros hemos defendido los excedentes por razones no de principio, por razones prácticas, porque creemos que es la única forma de garantizar cierta sostenibilidad en el Sistema y que a los Gestores de servicios de salud les cabe también esa función de garantizar, no plenamente ellos, porque el aseguramiento también tiene que ser social esa función, repito, insisto, de garantizar la sostenibilidad del Sistema.

Hay otro debate sobre las redes, interesante también, que parte también con una petición más o menos reiterativa de incorporar algo este modelo de servicios de redes integrales de salud de la OPS, pero creo un debate de quienes tienen control a la red, quien tiene la llave, no pueden ser los gestores únicamente, pero irnos a un mundo de libre restricción donde sea el usuario quien de alguna manera decida la entidad prestadora sin ningún tipo de control puede ser también problemático; ese debate lo tendremos que dar.

Hay otro debate también pendiente sobre la integración vertical también interesante y un último debate sobre si debe seguir existiendo algún tipo de diferenciación entre los regímenes subsidiado y contributivo. Yo creo que buena parte de la discusión que tendremos una vez terminen las audiencias públicas va a estar centrada seguramente no exclusivamente en estos debates y hay algunos temas o preocupaciones que persisten sobre la operación de Salud Mía, sobre cómo vamos a involucrar los temas de calidad en los incentivos y en la remuneración so-

bre los asuntos de salud pública que están incorporados implícitamente en el pago por resultados, pero de pronto cabe una incorporación más explícita sobre la naturaleza jurídica de los gestores. Nosotros estamos diciendo que los privados tienen que ser sociedades anónimas; sobre la transición hay todavía preguntas sin responder; sobre los asuntos de talento humano; sobre la relación entre los seguros voluntarios y los seguros obligatorios; sobre la formalización de los trabajadores de la salud y sobre los temas de subsidios a la oferta incluidos allí el tema del manejo de las redes en las que llamamos zonas especiales. Ese es, Senadores, un resumen de lo que nos espera la discusión, por supuesto no va a ser fácil, pero yo creo que hemos avanzado en claridad, hemos avanzado en delimitar dónde están esos desacuerdos; hemos avanzado bastante creo yo en examinar las conveniencias y las inconveniencias de las diferentes propuestas y yo soy optimista sobre el desarrollo de un debate que será sin duda interesante. El debate en sí mismo yo creo que será muy útil para el país porque tendremos la oportunidad de discutir con claridad todos estos temas.

Quiero pasar a la segunda parte de la intervención rápidamente sobre lo que se ha dicho hoy y quiero hablar de dos tipos de antecedentes y para retomar se quiere la discusión donde la dejó el doctor Rossi. Claramente acá hay un debate mundial que no va a ser resuelto en esta reforma, un debate muy complejo en el fondo sobre la forma como ha venido operando la propiedad intelectual sobre el tema de la salud, incluso en general hay cuestionamientos sobre la propiedad intelectual, un debate que tiene otros esos tres elementos. Yo creo que hay más o menos cierto consenso de que existe un divorcio entre el valor de las innovaciones y su precio, que muchas veces el precio no justifica o muchas veces el precio es más alto que el valor a la sociedad; hay también cierto consenso sobre lo que uno podría llamar la crisis de la evidencia, hay falta de claridad sobre la evidencia que acompaña a muchas de las innovaciones y hay también un debate que están dando, sobre todo los países desarrollados, sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud, que también a pesar de que no estamos en medio de una crisis económica y las proyecciones hacia adelante parecen tranquilas, es un debate que tendremos que abordar tarde o temprano.

La posición del Ministerio o la posición mía en particular, yo la he expresado de diversas maneras a los funcionarios, es que nosotros tenemos que asumir una especie voy a decirlo de esta manera: utilitarismo pragmático, tal vez pragmatismo utilitarista y eso quiere decir lo siguiente: que no podemos convertir la reforma en una forma donde básicamente el Ministerio o el país va a tratar de influir en esos debates internacionales; el objetivo tiene que ser uno y es pensar en la población colombiana y en los beneficios para la población. No queremos ser pioneros, no queremos descrestar al mundo teniendo posiciones vanguardista; no queremos de alguna manera convertir ese escenario en una gran caída ideológica en los escenarios internacionales; queremos preocuparnos en el bienestar de los ciudadanos colombianos. Este es un debate de por sí, eso no lo podemos llamar ilusiones, ideológico, complejo, pero es un debate que tenemos que darlo aquí que seguramente tendrá

trascendencia internacional porque hoy en día todo el mundo está mirando lo que los países en desarrollo están haciendo en estos temas, pero nuestro objetivo no debe ser, vuelvo y repito, llevar, dijéramos, una posición de vanguardia a los escenarios internacionales, sino pensar en nuestros ciudadanos.

Sobre los antecedentes locales de la discusión, yo quisiera decir algo y es que estamos dando la discusión en un momento complejo porque lo que pasó en el país empezando por el año 2007, 2008, de pronto un poco más atrás, con el sistema de recobro fue problemático y yo en esto comparto plenamente lo que dijo aquí el profesor Rossi, aquí lo que tuvimos fue unos incentivos alineados para pasarle a la cuenta del Estado donde todo el mundo se ha puesto de acuerdo rápidamente, todos, las farmacéuticas, las EPS, los prestadores, los médicos; usted no mencionó, doctor Rossi, una gente importante aquí y son los pacientes también, las asociaciones de pacientes y todo esto, también se pusieron de acuerdo para pasarle la cuenta al Fosyga en este caso y por eso los recobros se multiplicaron por 10 o por 20, de pronto, doctor Francisco de Paula. Sí hubo algo dijéramos de desatraso, pero esa no fue la razón principal, creo, yo detrás de la explosión de los recobros y eso yo creo que allí hay una lección aprendida y no nos podemos equivocar hacia el futuro y no nos podemos equivocar cuando estamos planteando un plan implícito, más integral, que va a incorporar necesariamente más tecnologías y eso implica necesariamente que el Ministerio de Salud y si se quiere el Gobierno va tener que tomar más controles, va a tener que intervenir más y por eso una lectura que uno puede darle a la reforma es una lectura donde de alguna forma el Estado está ampliando su alcance o su margen de control, necesariamente tiene que ser así, una cosa viene aparejada con la otra.

Si tenemos un plan más amplio, vamos a necesitar necesariamente controles, pero quisiera volverme un poco atrás para complementar una parte del diagnóstico sobre el tema de recobros, porque yo creo que ya estamos en la hora de los balances, no solamente lo que ocurrió puso en riesgo la sostenibilidad en nuestro sistema de salud creo yo, sino que el gasto fue absolutamente inequitativo, casi 50% estuvo concentrado en el quintil más rico de la población y según los cálculos preliminares que tenemos más del 60% estuvo concretado en la tres principales ciudades del país, que es donde están los especialistas no casualmente en Bogotá, en Medellín y en Cali, y yo creo que la lección que todos podemos extraer de este episodio es que un derecho sin límites termina de alguna manera promoviendo las peores formas de capitalismo porque hubo dijéramos un abuso sistemático a una forma dijéramos un abuso yo creo que no está mal a las finanzas del Estado, por lo tanto tiene que haber alguna forma de controles y hay dos formas de controles que se está pensando: uno no hace parte de este debate y es la ley estatutaria, puedo anunciar aquí esta tarde que en reuniones que hemos tenido con la junta médica para ajustar el proyecto de ley estatutaria, hemos avanzado, yo creo que avanzado provechosamente, de los catorce artículos hemos incorporado cuatro, creo que cinco, uno más, y allí vamos a tener dijéramos unos artículos más estatutarios, que de alguna manera nos provean estos controles y esa pieza de la ley estatutaria.

Yo creo que ya está más coordinada con la ley estatutaria y ya avanza decididamente en esta direc-

ción. Pero entonces vuelvo y repito un tema importante, cuando ustedes leen el capítulo integral de la reforma, se dan cuenta que ese capítulo está acompañado de tres artículos, artículos 16, 17 y 18, que tiene ese sentido exactamente de darle más instrumentos de control al Estado porque estamos necesariamente moviéndonos hacia un plan que es más generoso, y más instrumentos implican que necesariamente vamos a tener que actuar sobre los elementos del gasto el precio P y la cantidad Q, y lo que está haciendo la reforma si se quiere es desarrollando la política farmacéutica que se adelantó a la reforma, pero que es perfectamente consistente con ella y que había sido presentada en un documento Conpes en el mes de julio del año anterior.

En la presentación del profesor Rossi yo creo que hubo algunos elementos interesantes sobre P, sobre Q, se dijo algo al final, pero es más difícil, es más difícil controlar las cantidades que los precios, los instrumentos tienen que necesariamente ser más útiles y ahí vamos a adentrarnos en el mar tormentoso de la autonomía médica, porque en el fondo uno puede imaginarse el Sistema de Salud utilizando la misma terminología de la reforma, tenemos en Salud Mía, ahí están los recursos públicos, el gasto de bolsillo en Colombia no es muy alto; el gasto de bolsillo en Colombia según los indicadores recientes es el más bajo del mundo en desarrollo, eso significa que la sociedad está pagando por estas tecnologías y que por lo tanto cada médico podría tener una chequeera en la que puede girar contra Salud Mía y eso yo creo que les impone a los médicos una responsabilidad adicional, porque, vuelvo y repito, es el Estado quien está pagando la cuenta y eso no va a ser fácil, entonces digo algo sobre P y Q, primero tenemos que entender la secuencia como ha sido diseñada la política farmacéutica, hay un antecedente que son los valores máximos de recobro, tenemos dos actos administrativos en ciernes, uno es el decreto biotecnológico que ustedes conocen bien y otro tiene que ver con la circular sobre precios de referencia que muchos de ustedes también conocen bien y que está en este momento en discusión. Sobre estos dos actos administrativos tendremos decisiones en los próximos días, semanas, no más allá del mes de mayo, ojalá en ambos y lo que hace la reforma es dijéramos continuar esa política, que, vuelvo y repito, es parte esencial de la nueva definición del plan de beneficios haciendo tres cosas a las que quiero hacer referencia y que fueron mencionadas esta mañana.

La primera, empiezo por esta en donde hay un acuerdo en lo que se dijo aquí, Afidro y Ansifar estuvieron de acuerdo en ese tema, milagro, y es con la Comisión de Precios de Medicamentos ambos ven problemática esa concentración de funciones, de pronto en el Ministerio de Salud lo ven ve de alguna conveniente que exista alguna especie de equilibrio entre las diferentes agencias del Estado, que allí participan el Ministerio de Industria y Comercio, que participe como lo hace hoy en día algún delegado de la Presidencia de la República. Hubo un argumento interesante que hizo el doctor Alberto Bravo y es que hay una especie de conflicto de interés y es que el Ministerio de Salud, dice el doctor Alberto Bravo, es el principal cliente, el principal comprador de me-

dicamentos y no puede ser entonces quien esté en la comisión de precios de medicamentos tomando decisiones, yo no veo un conflicto de interés, eso es lo que tiene que hacer el Estado y hay una manera, si el Estado va a ser el primer comprador, es el que va a tratar de imponer las condiciones y lo que estamos diciendo es que al imponer esas condiciones deben primar los criterios de salud pública; ahora, no son los únicos y no es para tratar de hacer locuras, tenemos que actuar con responsabilidad, pero me llama la atención, doctor Bravo, y yo no sé si usted se alcanzó a dar cuenta que hay una sutil contradicción en su presentación y es que de alguna manera dice el Ministerio de Salud no puede estar solo definiendo los precios, pero ojalá esté solito decidiendo los temas de propiedad intelectual.

Sobre los temas de propiedad intelectual sabemos que va a ser muy difícil que allí actúe solamente el Ministerio, ya no es un tema de precios, habrá que tener otro tipo de consideraciones, pero lo que estamos haciendo en la reforma, tímidamente dicen algunos, osadamente dicen otros, lo que estamos proponiendo es que tenga que existir un concepto del Ministerio de Salud y Protección Social antes de otorgar patentes, no nos estamos yendo del todo al tema de anuencia previa como tienen los brasileños, hemos examinado la experiencia de Brasil, en Brasil han negado más o menos un poquito menos del 10% de las patentes con ahorros significativos, creemos que en este caso es un equilibrio necesario, importante.

El artículo 17, me decía la doctora Nancy, yo no lo he mencionado mucho en las discusiones públicas, pero es importante y donde estamos diciendo que la información sobre acceso, sobre precios de tecnología, eso es información de interés público y eso de alguna manera se conjuga con un punto que no ha hecho parte de los debates y que yo quisiera mencionar aquí ya casi terminando y es que una de las ventajas de Salud Mía no es el tema solamente del control sobre los recursos, sobre garantizar un flujo de recursos más estricto, sino es la información que se va a generar allí y, por eso, creemos que para que Salud Mía funcione bien y para que podamos convertirla exactamente en ese depositario de información que no va a permitir como Estado tomar mejores decisiones, vale la pena avanzar en esta dirección y es que la información sensible sobre precios, sobre uso de acceso, debe ser información de interés público, no hizo parte del debate.

Yo no sé Francisco Paula en esto hay preocupaciones legítimas de la industria, las discutiremos con cuidado en su momento, pero creemos que es bastante importante, dijéramos avanzar en esa dirección. Quisiera terminar diciendo lo siguiente, hubo una frase que no es mía, se la inventó por allá el Ministro de Hacienda, una especie de consigna o eslogan interesante, pero que nos llamó la atención, cuando estábamos empezando a darle los toques finales a la reforma, él nos dijo, esta reforma debe ser una reforma para la gente, no para los agentes, debe ser una reforma donde cualquier cosa que hagamos debemos pensar en cómo esto va a beneficiar a los ciudadanos colombianos. Ustedes tienen todos los intereses legítimos que nosotros no desconocemos, muchos de los intereses están alineados con el bienestar común,

otros no necesariamente, muchos de los intereses de ustedes son intereses que pueden entrar en colisión, otros son intereses que coinciden, pero esta reforma no puede darle gusto a todo el mundo y nos equivocáramos gravemente si tratáramos de darle gusto a todo el mundo, pero lo que sí podemos hacer y lo queremos hacer y en lo que estamos haciendo con la ayuda del Congreso es oír a todo el mundo, escuchar a todo el mundo, ser de alguna manera receptores de las inquietudes, porque lo he dicho, no con un ánimo retórico ni vacío, esto tiene que ser una construcción colectiva y aquí sí hay dijéramos un conocimiento que nos pudiera beneficiar todos.

Entonces este es un diálogo provechoso, no para de alguna manera incorporar todas sus inquietudes, ustedes lo saben bien que es imposible tratar de incorporarlo todo, pero sí para aprovechar en el buen sentido del conocimiento. Entonces por eso Senador Ballesteros, esta mañana estábamos reunidos y hacíamos diciendo un balance preliminar de estas audiencias y coincidíamos que han sido muy buenas y estoy seguro completamente seguro de que van a mejorar y ya ha mejorado la propuesta inicial del Gobierno. Buenas tardes y gracias para todos.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias, Ministro antes de cerrar el Vicepresidente de la Comisión el Senador Delgado.

**Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Gracias Presidente. No fundamentalmente para hacer énfasis en una parte sustancial que tocaba de alguna manera el señor Ministro y es parte de la filosofía que ha invadido a la Comisión es que a través de estas audiencias podamos construir en colectivo esta propuesta que luego tiene que convertirse en ley de la República, lógicamente crear conciencia a nivel de la sociedad colombiana de todos sus agentes, de todos los sectores de sociedad, en el que se entienda que el servicio de la salud como parte del derecho fundamental, pues tiene que estar enfocado en otro tipo, en otros conceptos donde no puede primar la ley de mercado, donde no puede primar esa racionalidad económica normal en todos nuestros países; sabemos que eso no es fácil, no es fácil lograr permeabilizar a la sociedad colombiana en este nuevo concepto, lo estamos intentando, por eso estas audiencias tiene como objetivo fundamental eso, pues aparte de escuchar algunas recomendaciones específicas en la construcción del proyecto de ley, es construir en la sociedad colombiana ese nuevo esquema, ese nuevo mensaje y es un resto grande que tiene toda la sociedad colombiana, no solamente el Congreso de la República sino toda la sociedad colombiana, así que vamos a seguir recabando en las próximas audiencias que vamos a tener en este concepto, en este objetivo fundamental y diría yo que en los últimos años es uno de los proyectos que están permitiendo una discusión tan amplia como esta y es parte pues también del talento del Congreso de la República que ha creído que es la forma en cómo podemos construir una nueva visión en torno a lo que es este importante reto que tiene la sociedad colombiana.

Entonces quería recabar esto y ojalá ustedes nos ayuden, se les permita a cada uno de sus visiones a ayudar a construir una sociedad colombiana, diría

yo, no por primera vez pero sí en esa intención de tener un proyecto que consiste con ese nuevo concepto de servicio a la sociedad nuestra, muchas gracias, señor Ministro.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Gracias Senador, agradecerle finalmente a todos los asistentes por habernos acompañado en esta audiencia y creemos desde la Comisión que estamos cumpliendo con el propósito inicial que nos está convocando, en la medida en que dijimos en esta audiencia que el proyecto del Gobierno era un punto de partida, un punto de llegada para efectos de la reforma estructural del sector y realmente en estas discusiones amplias y participativas, ese proyecto del Gobierno, como aquí lo ha señalado el señor Ministro se ha venido mejorando y hay algunos puntos ya coincidentes en los que seguramente en la ponencia vamos a reflejar ya lo señalaba el señor Ministro el tema de la salud como derecho fundamental, la inembargabilidad de los recursos, el tema de fondo de salvamento y hay otro que también están por seguir discutiendo y debatiendo, pero finalmente reiterar una vez más que el propósito de la Comisión es procurar lograr un proyecto de ley que satisfaga si no toda la mayoría de las aspiraciones de los agentes de salud.

Que tengan buena tarde y mañana pues lo que puedan con el propósito de acompañarnos a las 9:00 de la mañana vamos a tener una nueva audiencia con la academia, con las facultades de medicina. Buen día.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Siendo la una y cincuenta de la tarde (1:50 p. m.) el señor Presidente Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, declara formalmente levantada la sesión. La Comisión Séptima del Senado estuvo representada en esta sexta audiencia pública con la asistencia de doce (12) honorables integrantes. Mañana se convoca en este mismo recinto a las nueve de la mañana (9:00 a. m.) para la séptima audiencia pública en la cual participará la academia, facultades de medicina y su agremiación, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame. El lunes 29 a las dos de la tarde (2:00 p. m.) estaremos en el auditorio de la Universidad Pontificia Bolivariana en Medellín, adelantando la primera de las cinco audiencias que se realizarán fuera de la ciudad de Bogotá, buenas tardes y gracias a todos.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., nueve (9) de septiembre del año dos mil trece (2013)

Conforme a lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 2° de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, de la Audiencia Pública número 06, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá, D. C., el día miércoles veinticuatro (24) de abril de dos mil trece (2013), dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*