



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIII - N° 768

Bogotá, D. C., jueves, 27 de noviembre de 2014

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.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

COMISIONES SÉPTIMAS
CONSTITUCIONALES PERMANENTES
HONORABLE CONGRESO DE LA
REPÚBLICA

ACTA NÚMERO 01 DE 2014

(octubre 1°)

Legislatura 2014-2015

Sesiones Conjuntas

**“FORO NACIONAL SOBRE POLÍTICA
FARMACÉUTICA”**

Siendo las diez y treinta y ocho de la mañana (10:38 a. m.), del día miércoles primero (1°) de octubre de dos mil catorce (2014), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, como Vicepresidente el honorable Representante *Díder Burgos Ramírez* y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara* y, como Subsecretario, el doctor *Víctor Raúl Yepes Flórez*, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Miércoles 1° de octubre de 2014 - Acta
Conjunta número 01

Sesión ordinaria de la Legislatura 2014-2015
Comisiones Séptimas Constitucionales Perma-
nentes del Congreso de la República

Fecha:	Miércoles 1° de octubre de 2014
Hora:	09:00 a. m.
Lugar:	Auditorio “Luis Guillermo Vélez”– Piso 1. Edificio nuevo del Congreso. (Ingreso por la calle 8ª entre carreras 6ª y 7ª).

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, Presidente y honorable Representante *Díder Burgos Ramírez*, Vicepresidente), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria conjunta del miércoles 1° de octubre de 2014, será el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del cuórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Foro Nacional Sobre Política Farmacéutica

Aprobado en la Comisión Séptima del Senado mediante Proposición número 16 del martes 16 de septiembre de 2014 y en la Comisión Séptima de la Cámara mediante Proposición número 06 del miércoles 17 de septiembre de 2014.

CITADOS:

1. doctor *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro de Salud.
2. doctor *Gustavo Morales Cobo*, Superintendente Nacional de Salud.
3. doctora *Blanca Elvira Cajigas*, Directora del Invima.

INVITADOS:

Señor Presidente del honorable Senado de la República

Señor Presidente de la honorable Cámara de Representantes

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes del honorable Senado de la República

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes de la honorable Cámara de Representantes

Doctor *Alejandro Ordóñez Maldonado*, Procurador General de la Nación

Doctor *Edgardo Maya Villazón*, Contralor General de la República

Doctor *Jorge Armando Otálora*, Defensor del Pueblo

Doctora *Gloria Lucía Escalante*, Directora Ejecutiva FND

Doctor *Juan Carlos Granados*, Presidente FND

Doctor *Gilberto Toro Giraldo*, Director Ejecutivo FNM

Asociaciones de Pacientes

Doctora *Olga Lucía Zuluaga Rodríguez*, Directora Ejecutiva de Acesi

Doctora *Elisa Carolina Torrenegra*, Directora Ejecutiva de Gestarsalud

Doctor *Jaime Arias Ramírez*, Presidente de Acemi

Doctor *Juan Carlos Giraldo Valencia*, Director Ejecutivo ACHC

Doctor *Francisco de Paula Gómez Vélez*, Presidente de Afidro

Doctor *Alberto Bravo Borda*, Presidente de Asinfar

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

Doctor *Rodrigo Arcila*, Director Ejecutivo de la Cámara Farmacéutica de la ANDI

Doctor *Carlos Eduardo Jurado Moncayo*, Director Ejecutivo de la Cámara Sectorial de Salud de la ANDI

Doctora *Marcela Reyes Rey*, Directora de la Cámara de Gases Industriales y Medicinales de la ANDI

Doctor *Raúl Hernando Murillo Moreno*, Director Instituto Nacional de Cancerología –E.S.E.

Doctor *Emilio Alfredo Carrasco*, Director Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo Universidad Externado de Colombia

Doctor *Álvaro José Cobo Soto*, Presidente Ejecutivo de Asocajas

Doctor *Carlos Francisco Fernández*, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC)

Doctor *Rafael Eduardo Benavides Gelvez*, Presidente Asociación Nacional de Internos Residentes (ANIR)

Doctor *Sergio Isaza Villa*, Presidente Federación Médica Colombiana

Doctor *Roberto Baquero*, Presidente Colegio Médico Colombiano

Doctor *Jaime Enrique Donado Manotas*, Presidente Assosalud

Doctor *Mauricio Alberto Bustamante García*, Secretario de Salud Distrital de Bogotá

Doctor *Juan Mendoza Vega*, Presidente Academia Nacional de Medicina (ANM)

Doctor *Ricardo Rozo Uribe*, Presidente de Ascofame

Raúl Esteban Sastre Cifuentes, Decano Facultad de Medicina - Sede Bogotá - UNAL

Doctor *Alfonso María Valencia Caicedo*, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Libre de Cali

Doctor *Jefferson Ocoró Montaño*, Decano Facultad de Salud Universidad Santiago de Cali

Doctor *Carlos Alberto Agudelo Calderón*, Decano Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

Doctor *Iván Solarte Rodríguez*, Decano Académico Pontificia Universidad Javeriana

Doctor *Luis Andrés Sarmiento Rodríguez* - Decano Facultad de Medicina Universidad de los Andes

Doctor *Leonardo Palacios Sánchez*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Rosario

Doctor *Elmer de Jesús Gaviria Rivera*, Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Doctor *Julián H. Herrera M.*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Valle

Doctor *Luis Ángel Villar Centeno*, Decano Facultad de Medicina Universidad Industrial de Santander

Doctor *Hernando Baquero Latorre*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Norte

Doctor *Luis Alejandro Pedraza Becerra*, Presidente Central Unitaria de Trabajadores (CUT)

Doctor *Julio Roberto Gómez Esguerra*, Presidente Confederación General del Trabajo (CGT)

Doctor *Luis Miguel Morantes Alfonso*, Presidente Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC)

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores y las honorables Representantes a la Cámara y los honorables Representantes a la Cámara.

El Secretario General,

Jesús María España Vergara.

Comisiones Séptimas del honorable Congreso de la República, en Sesiones Conjuntas.

Esta sesión contó con la asistencia de las siguientes honorables Senadoras y honorables Senadores:

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:

Castañeda Serrano Orlando

Delgado Martínez Mauricio
Gaviria Correa Sofía
Ospina Gómez Jorge Iván
Pulgar Daza Eduardo Enrique
Uribe Vélez Álvaro.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:

Andrade Casama Luis Évelis
Blel Scaff Nadia
Castilla Salazar Jesús Alberto
Delgado Ruiz Édinson,
Henríquez Pinedo Honorio Miguel
Pestana Rojas Yamina del Carmen
Soto Carlos Enrique.

La Secretaría informó al Señor Presidente, que la sesión se inició con cuórum deliberatorio en Comisión Séptima de Senado. Así mismo, como quiera que la sesión estaba convocada para las 9:00 a. m., y se inició a las 10:38 a. m., la Secretaría deja constancia que no pedirá excusa al honorable Senador: Correa Jiménez Antonio José, quien no se registró a dicha hora, en virtud a lo dispuesto en el artículo 92, de la Ley 5ª de 1992.

A esta sesión conjunta, asistieron los siguientes honorables Representantes:

Bravo Montaña Guillermina
Burgos Ramírez Didier
Córdoba Mena Wilson
Hernández Casas José Élver
Hurtado Pérez Óscar de Jesús
Pinzón de Jiménez Esperanza María de los Angeles
López Gil Álvaro
Ospina Quintero Óscar
Palaú Salazar Rafael Eduardo
Restrepo Arango Margarita María
Rodríguez Hernández Cristóbal
Romero Piñeros Rafael
Velásquez Ramírez Argenis.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Representantes:

Amín Saleme Fabio Raúl
Carlosama López Germán Bernardo
Gómez Román Édgar Alfonso
Paz Cardona Ana Cristina
Robledo Gómez Ángela María
Salazar Peláez Mauricio.

Se registró cuórum decisorio en Comisión Séptima de Cámara.

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 sesión ordinaria, Legislatura 2014-

2015, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Señor Secretario por favor llame a lista de la Comisión Séptima de Senado y luego señor Secretario, la Séptima de Cámara para iniciar las Sesiones Conjuntas en el día de hoy.

Secretario Comisión Séptima del Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez y treinta y ocho (10:38 a. m.) de la mañana, se procede por la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado a llamar a lista para la Sesión de hoy “Foro Nacional Política Farmacéutica”

Honorable Senador Andrade Casama Luis Évelis	
Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	Presente
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	Presente
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	
Honorable Senador Gaviria Correa Sofía	Presente
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	Presente
Honorable Senador Pestana Rojas Yamina del Carmen	
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	Presente
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	Presente

Seis (6) honorables Senadores y Senadoras contestaron el llamado a lista, Señor Presidente, hay cuórum deliberatorio para esta sesión.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Señor Secretario de Cámara sírvase llamar lista.

Secretario Comisión Séptima de Cámara de Representantes, doctor Víctor Raúl Yepes Flórez:

Honorable Representante Amín Saleme Fabio Raúl	
Honorable Representante Bravo Montaña Guillermina	Presente
Honorable Representante Burgos Ramírez Didier	Presente
Honorable Representante Carlosama López Germán Bernardo	
Honorable Representante Córdoba Mena Wilson	Presente
Honorable Representante Gómez Román Édgar Alfonso	
Honorable Representante Hernández Casas José Élver	Presente
Honorable Representante Hurtado Pérez Óscar de Jesús	Presente
Honorable Representante Pinzón de Jiménez Esperanza María de los Angeles	Presente
Honorable Representante López Gil Álvaro	Presente
Honorable Representante Ospina Quintero Óscar	Presente
Honorable Representante Palaú Salazar Rafael Eduardo	Presente
Honorable Representante Paz Cardona Ana Cristina	
Honorable Representante Restrepo Arango Margarita María	Presente
Honorable Representante Robledo Gómez Ángela María	

Honorable Representante Rodríguez Hernández	Presente
Cristóbal	
Honorable Representante Romero Piñeros Rafael	Presente
Honorable Representante Salazar Peláez Mauricio	
Honorable Representante Velásquez Ramírez Argenis	Presente

Tenemos Señor Presidente trece (13) Parlamentarios de la Comisión de Cámara presentes, por lo tanto hay quórum suficiente para decidir.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Señor Secretario por favor lea el Orden del Día.

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva.

III

Foro Nacional sobre Política Farmacéutica, aprobado en la Comisión Séptima del Senado mediante Proposición número 16 del martes 16 de septiembre de 2014 y en la Comisión Séptima de la Cámara mediante Proposición número 06 del miércoles 17 de septiembre de 2014.

CITADOS:

1. Doctor *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro de Salud, Presente
2. Doctor *Gustavo Morales Cobo*, Superintendente Nacional de Salud, está por llegar.
3. Doctora *Blanca Elvira Cajigas*, Directora del Invima, Presente

INVITADOS:

Señor Presidente del honorable Senado de la República

Señor Presidente de la honorable Cámara de Representantes

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes del honorable Senado de la República

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes de la honorable Cámara de Representantes

Doctor *Alejandro Ordóñez Maldonado*, Procurador General de la Nación, por escrito delegó en la doctora Diana Margarita Ojeda Visbal su asistencia a este evento, la doctora Diana Margarita no se encuentra presente.

Doctor *Edgardo Maya Villazón*, Contralor General de la República, mediante escrito delegó su asistencia en el Contralor delegado para el Sector Social, ¿Doctor Umaña se encuentra presente? A este momento no está.

Doctor *Jorge Armando Otálora*, Defensor del Pueblo, mediante escrito delegaron en el señor Defensor para el Sector Salud que se encuentra presente.

Doctora *Gloria Lucía Escalante*, Directora Ejecutiva Federación Nacional de departamentos.

Doctor *Juan Carlos Granados*, Presidente Federación Nacional de departamentos.

Doctor *Gilberto Toro Giraldo*, Director Ejecutivo Federación Colombiana de municipios, delegó su asistencia en un asesor de la Federación.

Asociaciones de Pacientes, en este momento tenemos registrada la asistencia de tres (3) Asociaciones de Pacientes.

Doctora *Olga Lucía Zuluaga Rodríguez*, Directora Ejecutiva de Acesi, presentó excusa, tienen evento en la ciudad de Santa Marta.

Doctora *Elisa Carolina Torrenegra*, Directora Ejecutiva de Gestarsalud, confirma su asistencia.

Doctor *Jaime Arias Ramírez*, Presidente de Acemi, confirma asistencia, llegará un poco más tarde.

Doctor *Juan Carlos Giraldo Valencia*, Director Ejecutivo Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), confirmó asistencia, pero no ha llegado.

Doctor *Francisco de Paula Gómez Vélez*, Presidente de Afidro, se encuentra presente.

Doctor *Alberto Bravo Borda*, Presidente de Asinfar, no ha confirmado asistencia.

Doctora *Marisol Sánchez González*, Directora Ejecutiva de la Cámara de Proveedores de la Salud de la ANDI.

Doctor *Rodrigo Arcila*, Director Ejecutivo de la Cámara Farmacéutica de la ANDI.

Doctor *Carlos Eduardo Jurado Moncayo*, Director Ejecutivo de la Cámara Sectorial de Salud de la ANDI.

Doctora *Marcela Reyes Rey*, Directora de la Cámara de Gases Industriales y Medicinales de la ANDI, confirmó asistencia.

Doctor *Raúl Hernando Murillo Moreno*, Director Instituto Nacional de Cancerología, confirmó asistencia.

Doctor *Emilio Alfredo Carrasco*, Director del Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo Universidad Externado de Colombia, confirmó asistencia.

Doctor *Álvaro José Cobo Soto*, Presidente Ejecutivo de Asocajas, se excusó, pero delegó en dos (2) funcionarios de Asocajas.

Doctor *Carlos Francisco Fernández*, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Doctor *Rafael Eduardo Benavides Gelvez*, Presidente Asociación Nacional de Internos Residentes (ANIR).

Doctor *Sergio Isaza Villa*, Presidente Federación Médica Colombiana.

Doctor *Roberto Baquero*, Presidente Colegio Médico Colombiano.

Doctor *Mauricio Alberto Bustamante García*, Secretario de Salud Distrital de Bogotá.

Doctor *Juan Mendoza Vega*, Presidente Academia Nacional de Medicina (ANM)

Doctor *Ricardo Rozo Uribe*, Presidente de Ascofame.

Doctor *Raúl Esteban Sastre Cifuentes*, Decano Facultad de Medicina - Sede Bogotá - UNAL.

Doctor *Alfonso María Valencia Caicedo*, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Libre de Cali.

Doctor *Jefferson Ocoró Montaña*, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Santiago de Cali.

Doctor *Carlos Alberto Agudelo Calderón*, Decano Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Doctor *Iván Solarte Rodríguez*, Decano Académico Pontificia Universidad Javeriana.

Doctor *Luis Andrés Sarmiento Rodríguez*, Decano Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

Doctor *Leonardo Palacios Sánchez*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Rosario.

Doctor *Elmer de Jesús Gaviria Rivera*, Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

Doctor *Julián H. Herrera M.*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Valle.

Doctor *Luis Ángel Villar Centeno*, Decano Facultad de Medicina Universidad Industrial de Santander.

Doctor *Hernando Baquero Latorre*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Norte, Barranquilla.

Doctor *Luis Alejandro Pedraza Becerra*, Presidente de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT).

Doctor *Julio Roberto Gómez Esguerra*, Presidente Confederación General del Trabajo (CGT).

Doctor *Luis Miguel Morantes Alfonso*, Presidente Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC).

Además se invitó al sector de medicamentos naturistas o de medicamentos naturales, que están presentes, la doctora Yahel Bibiana se encuentra presente.

IV

Lo que propongan los honorables Senadores, honorables Senadoras y honorables Representantes.

Leído el Orden del Día propuesto Señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Señor Secretario, deje constancia de la presencia del Senador Jesús Alberto Castilla Salazar, con esto completamos quórum decisorio y colocamos a consideración de los honorables Senadores y Representantes el Orden del Día. En consideración el Orden del Día, ¿lo aprueba la Comisión Conjunta?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Con ocho (8) votos ha sido aprobado en el Senado de la República Señor Presidente.

Secretario Comisión Séptima de Cámara de Representantes, doctor Víctor Raúl Yepes Flórez:

Con catorce (14) votos ha sido aprobado por los honorables Representantes de la Comisión Séptima de Cámara.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Continúe con el Orden del Día señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Desarrollo del “Foro Nacional sobre Política Farmacéutica”.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Bueno, quiero darle una cordial bienvenida a todos los invitados, a todos los que van a intervenir en el día de hoy, este foro fue programado para escuchar a todos los interesados en este tema de la política farmacéutica en Colombia, creo que está en primera línea el decreto ley que se expidió hace pocos días y las Comisiones Conjuntas de Cámara y Senado hemos querido escuchar de parte del Ministro, del Superintendente y de todos los intervinientes en el tema de las políticas farmacéuticas en Colombia, escuchar los puntos de vista de todos los actores y por eso quisimos darles este espacio para que conjuntamente con la Comisión Conjunta de Cámara y de Senado, podamos conocer cuáles son sus puntos de vista, cuáles son sus aportes para este Foro y en el día de hoy pues quiero darle el uso de la palabra al señor Ministro, para que arranquemos este Debate, este foro en el día de hoy. Muchísimas gracias a todas las personas presente, a los Senadores y a los Representantes.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Bueno, muy buenos días para todos, agradezco la invitación que hacen las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara para tener este debate sobre la Política Farmacéutica, donde queremos hacer énfasis no solamente en los temas del presente, sino también plantear los desafíos y si se quiere, presentar un contexto que no ha transpirado completamente a la opinión pública, de dónde viene la política farmacéutica, cuáles son su principales premisas, cuales es el contexto tanto local como global en el que está enmarcada esta política y yo quiero comenzar por ahí, con una reflexión de ese contexto que tiene unos elementos globales interesantes y voy a hacer dijéramos una introducción que tiene en cuenta esos elementos de fármaco economía y que también tengamos en cuenta el contexto local, los aspectos peculiares que de alguna manera definen la política farmacéutica en nuestro país.

Quiero empezar entonces con algunos elementos importantes del contexto global y quiero hacer alusión a tres elementos diferenciadores que distinguen los mercados farmacéuticos de otros mercados globales.

El primero ustedes lo conocen, la gráfica no se ve muy bien pero pueden verla ahí y la voy a explicar en los elementos principales y es lo que se conoce como la presión tecnológica, todos los sistemas de salud del mundo están sometidos a esta presión tecnológica, nuevas innovaciones que llegan todos los días, miren el costo promedio de un tratamiento contra el cáncer, las cifras casi son difíciles de creer, con las tecnologías básicamente de síntesis química disponibles en su momento, ese tratamiento costaba en el año 1996 U\$200 Dólares, hoy en día un tratamiento promedio para la misma patología con las tecnologías biotecnológicas ya disponibles, cuesta U\$160 mil Dólares, esos recursos en general son asumidos no por el gasto de bolsillo de los ciudadanos, sino por los sistemas de salud y por lo tanto esta presión tecnológica constituye no solo en Colombia, sino en todos los países del mundo, una amenaza para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Y esta presión tecnológica hay que entenderla a la luz de otra característica de estos mercados farmacéuticos globales, que uno podría denominarla como cierta divergencia o divorcio entre valor y precio. Todos ustedes tiene un teléfono celular en el bolsillo, ese teléfono celular hace muchas más cosas de las que hacía uno hace 10 o 15 años, incluso 5 años y cuesta una fracción del peso.

En los mercados farmacéuticos globales paradójicamente tenemos esa divergencia entre valor y precio, innovaciones marginales que no aportan mucho en términos de sobrevida por ejemplo, pero que llevan a un aumento en los precios de los medicamentos de 10, 20, 30 veces, yo creo que eso hay que tenerlo en cuenta más allá de la presión tecnológica esa divergencia entre valor y precio, que obliga a los compradores oficiales, a los sistemas de salud a tener una capacidad de discernimiento, de pescar en esas tecnologías y decir qué es lo que efectivamente puede aportar y qué es lo que no aporta. Pero eso es una realidad global de los mercados farmacéuticos, bien estudiada, catalogada, documentada una y otra vez.

Además uno podría introducir un tercer elemento sin ánimo de ser exhaustivo, pero uno podría decir que también vivimos en medio de una crisis de la evidencia, crisis de la evidencia porque como se ha documentado muchas veces, la investigación muchas veces está manipulada por intereses comerciales y quienes expresan los artículos muchas veces son las compañías farmacéuticas que consiguen quién se los firme, un científico que de alguna manera le entrega su prestigio a lo que en el fondo es una estrategia comercial de mercadeo.

Y uno podría también, ya metiéndose en otras honduras decir lo siguiente, incluso hace tiempo, hace algunos días tenía una conversación con los funcionarios del Ministerio de Salud y les planteaba la siguiente paradoja, yo que he sido un lector más o menos voraz de divulgación científica por mucho tiempo, la explosión precámbrica se da por allá hace quinientos millones de años, cuando la vida multicelular en este planeta comienza a sofisticarse, el conocimiento de los mecanismos multicelulares del ser humano que uno podría decir que solamente comienza a darse en serio en el año 1953, cuando el famoso Paper the Crick y Watson descubre cuáles son los mecanismos de reproducción del ADN, llevamos 50, 60 años de investigación en lo que la naturaleza se demoró 500 millones de años, la verdad en esto tenemos que ser objetivos y decir, los mecanismos celulares del ser humano no se conocen bien, apenas estamos empezando a entender un 1% o 2% de lo que está ocurriendo allí, eso nos lleva a que la postura ante las nuevas innovaciones tiene que ser, yo la llamaría un escepticismo saludable sobre lo nuevo.

En la medicina que está basada de alguna manera como no se conocen plenamente los mecanismos biológicos en el ensayo del error, muchas veces es lo viejo lo que se ha probado muchas veces, lo que funciona y lo que funciona mejor, pero lo viejo muchas veces está desabasteciendo y tenemos lo nuevo con innovaciones marginales que cuestan mucho. Entonces este no es un escenario fácil, dijéramos globalmente para ningún sistema de salud y quiero volver sobre los tres puntos esenciales, presión tecnológica, que sufren todos los sistemas de salud, nuevas moléculas que están llegando y con incertidumbre sobre su aporte, divorcio entre valor y precio; nuevas tecnologías con innovaciones marginales, no como nuestros teléfonos celulares que cuestan mucho y aportan poco y una crisis de la evidencia.

Ese contexto, que no es el contexto de Colombia es el contexto global, hay que de alguna manera superponerlo al contexto de nuestro país y en nuestro país tenemos dos o tres elementos esenciales, yo creo que tienen que entenderse para tener el contexto adecuado a la hora de entender nuestra política farmacéutica.

Uno, que lo deberíamos reiterar más, aquí somos muy dados a la autoflagelación, Colombia tiene ya casi cobertura universal con un plan de beneficios que incluye a diferencia de otros países desarrollados y en desarrollo, medicamentos de alto costo. Hace poco hablaba, creo que algunos de ustedes ya me oyeron la anécdota con un consultor francés del Ministerio, uno de los expertos locales en fármacoeconomía, me decía que su mamá que está enferma de artritis reumatoide, no tiene acceso al medicamento biotecnológico en el plan de beneficios de Francia, nosotros tenemos hoy un paquete completo de los medicamentos biotecnológicos para la artritis reumatoide, lo mismo para cáncer que han venido siendo incluidos de

manera sistemática en nuestro plan de beneficios. Entonces hay una realidad local que hace que estas presiones o estos desarrollos globales en Colombia sean aún más difíciles de manejar y es que tenemos ya cobertura universal con un plan de beneficios que incluyen muchos de estos medicamentos de alto costo y eso hay que tenerlo en cuenta.

Eso está asociado a otro tema que también hemos discutido una y otra vez y es que el gasto de bolsillo en Colombia es relativamente bajo si nos comparamos con otros países, hoy en día es el 19% según el último cálculo que hicimos hace algunos meses en el Ministerio de Salud y Protección Social, el promedio de América Latina de gasto de bolsillo incluso para pagar estos medicamentos es del 50%, Colombia 19%, América Latina en promedio 50%, nos gusta mucho a veces encomiar, por ejemplo el sistema de salud de Costa Rica, en el sistema de salud de Costa Rica el gasto de bolsillo supera el 50%, en Brasil está cercano al 50% y eso también hay que tenerlo en cuenta, eso significa que vamos a pagar de manera mancomunada como sociedad por estos medicamentos de alto costo y cualquier decisión que se tome al respecto, tiene que ver de manera íntima con la sostenibilidad de nuestro sistema de salud, a esas dos realidades, a la de cobertura universal con bajo costo de bolsillo y medicamentos de alto costo incluidos en los planes de beneficio hay que sumarle una realidad institucional no del presente, sino del futuro y es la Ley Estatutaria en Salud, que nos va a obligar a tener un plan más implícito que explícito y nos puede volver más vulnerables a la presión tecnológica y a estas fuerzas globales que traté de describir someramente hace un minuto.

Lo voy a enfatizar más adelante, pero muchas veces se nos ha preguntado, por qué Colombia quiere estar a la vanguardia de la innovación en estos temas de política de biosimilares, por ejemplo y lo que decimos es porque Colombia a diferencia de otros países del mundo desarrollado y en desarrollo tiene un plan de beneficios que incluye esos medicamentos, tienen bajo costo de bolsillo y en el fondo estamos pagando esos medicamentos con los recursos del sistema de salud, no tenemos alternativa distinta a ser innovadores y pioneros en este tipo de políticas. Dado eso, dado dijéramos estos dos contextos y yo creo que es bueno que tengamos en cuenta entonces, el marco para la política farmacéutica, una realidad global compleja y una realidad local también difícil, que uno podría sumarle a la realidad local otro tema que es una discusión que a veces es difícil de dar y yo la llamaría una realidad que desborda incluso nuestra normativa, tiene que ver con una institución informal que con una institución formal y es la baja disponibilidad a pagar de los colombianos en tema de salud, es una realidad sociológica con la que tenemos que lidiar, la gente no quiere pagar un peso por el tema de salud, el empoderamiento que ha traído consigo el aseguramiento, el desarrollo incluso constitucional del derecho fundamental a la salud ha llevado a

esa realidad sociológica adicional. Me acuerdo que la excongresista Martha Ramírez me decía de manera casi paradójica alguna vez y la anécdota es interesante, yo creo que doctor Víctor usted estaba ahí esa vez, que los colombianos se dan cuenta que la salud vale lo que tienen que pagar algún peso cuando tienen que llevar la mascota al veterinario. Esa realidad sociológica la tenemos que tener en cuenta dijéramos eso, difícil, porque todo lo estamos pagando de manera mancomunada con los sistemas de salud.

Es en ese contexto entonces que tenemos la política farmacéutica que tiene varios elementos, no voy a leer dijéramos los diez elementos, están en un Conpes, pero quiero hacer énfasis en tres o cuatro de ellos. Uno importante tiene que ver con la regulación de precios de medicamentos que incluye tanto los medicamentos que paga el Fosyga aquellos que no están incluidos en el plan de beneficios, como los medicamentos incluidos en el POS y les voy a explicar de manera somera cómo ha ido evolucionando la política en ese sentido como en regulación de precios de medicamentos, qué fue lo que se hizo y por qué se hizo lo que se hizo, también vamos a definir un poco o a hablar un poco del nuevo Decreto de Biosimilares que ya tiene número, es el Decreto número 1782 de 2014, como ese Decreto no sustituye sino que complementa la política de regulación de precios de medicamentos, pero esas dos cosas no son suficientes, cualquier política farmacéutica tiene que sumarle a la política de precios y competencias, política de uso racional de medicamentos, porque muchas veces no hacemos un uso racional de los medicamentos y tenemos que sumarle también una política de transparencia y si se quiere, como muchas veces lo viejo que funciona se está llevando del mercado una política que lidie con otro problema superpuesto a estos problemas, que es el desabastecimiento de ciertos medicamentos esenciales y esos son los cinco puntos que quiero tratar, lo que estamos haciendo en términos de regulación de precios, de competencias sobre todo en el mercado biotecnológico y lo que estamos comenzando a hacer, porque esta todavía es una política incipiente en términos de transparencia, de uso racional y lo que vamos a hacer también para garantizar el abastecimiento pleno de los medicamentos esenciales.

Empiezo entonces con las políticas dijéramos de regulación de precios. La política de regulación de precios tuvo un primer desarrollo que muchos de ustedes conocen bien y estuvo concentrada o circunscrita a aquellos medicamentos, muchos de ellos medicamentos de alto costo que estaban por fuera del plan de beneficios y que vía comité técnico-científicos o vía tutelas se recuperaban al Fosyga. Colombia por muchas razones, uno puede verlos como un vacío regulatorio, cuando comienza a crecer el no POS que pasa de 200 mil millones en el año 2006-2007 a más de 2 billones de pesos en el año 2010 y ese no POS ese crecimiento acelerado estuvo concentrado en

más del 80% en medicamentos, entonces lo que tuvimos fue un gasto público de 2 billones de pesos pagado directamente por el Fosyga, como pagaba el Fosyga simplemente aquí estaba la factura de medicamentos, ¿a qué precio pagaba el Fosyga los medicamentos, en particular estos medicamentos de alto costo? al precio que le cobraran, al precio que le cobraran, a cualquier precio, el Fosyga se convirtió en un pagador poco inteligente, casi ciego, simplemente pedía información sobre que efectivamente se hubiera usado el medicamento. A veces no me gusta meterme en estas honduras, pero ese pagador ciego poco inteligente, sin capacidad de discernimiento comenzó a abrir los apetitos de mucha gente, se alinearon los incentivos de manera perversa, mucha gente vio allí una gran oportunidad de negocios y tuvimos una fiesta, tuvimos dijéramos excesos de mucha gente, yo no quiero hacer aquí juicios globales, seguramente gente se comportó éticamente, no todo el mundo abusó de ese vacío en la formación de los precios, pero tanto compañías farmacéuticas como hospitales, como algunas de las EPS que tenían integración vertical, como médicos, sobre todo médicos especialistas participaron de esta piñata, eso llevó a tensiones financieras importantes en el sistema de salud y uno podría decir que incluso 3 o 4 años después, algunos de los problemas financieros que estamos viviendo en el sistema de salud y que no desaparecen, vienen de allí.

Qué fue lo primero que se hizo, la primera política que trató de establecer, una cosa que se llamaba valores máximos de recobro y es mirar en esa heterogeneidad de los medicamentos que le cobraban al Fosyga, porque algunos se los cobraban muy altos, el mismo medicamento se lo cobraban más abajo, es decir de toda esa varianza yo como que voy a coger por aquí y estos que me estaban cobrando tanto, yo no voy a pagar a ese precio y de esa manera se controlaron inicialmente 136 principios activos, más de once mil referencias de medicamentos, se redujeron en promedio 28% de los precios, para un ahorro anual de 660 mil millones de pesos, esta fue la primera parte dijéramos, de regulación de precios, muy enfocada a esos precios que, a esos medicamentos, perdón que se recobraban al Fosyga y allí estaban por fuera los medicamentos que estaban incluidos en los planes de beneficios y miren que la referenciación de precios se hacía contra precios que se habían cobrado al interior, no teníamos ninguna referenciación global.

En ese momento, muchos observadores de la vida nacional empezaron a levantar la mano y a decir de manera reiterada, sistemática por qué Colombia está pagando precios tan altos, la explicación global es fácil de decirla en términos de economista, es, se habían dado cuenta que teníamos una elasticidad precio de la demanda muy baja, esto es que estábamos dispuestos a pagar por cualquier cosa independientemente del precio, en términos coloquiales, muchas veces se cobra

según el marrano y nosotros estábamos pagando en el Fosyga esos medicamentos a cualquier precio.

Vino entonces la segunda etapa de la regulación de precios de medicamentos que tiene que ver con la regulación propiamente dicha, con referenciamiento internacional, entonces tuvimos una primera metodología que quedó completamente clara, estipulada en la Circular 03 del año anterior publicada por allá en mayo del año 2013, donde le contamos al país como íbamos a abordar este tema de la regulación de precios de medicamentos, que no es fácil, lo primero que hay que decir es, uno no puede regular todos los medicamentos, uno tiene que regular aquellos medicamentos donde existe evidencia más o menos definitiva de que no existe competencia. El Estado como regulador no puede reemplazar los mercados y sería un gran error, se nos dice muchas veces, por qué no regulan todos los precios, porque no tenemos ni la capacidad operativa para hacerlo y porque los mercados funcionan mejor que la regulación. Entonces, la primera decisión que se toma es, vamos a regular aquellos mercados monopólicos y aquellos mercados donde existe una concentración muy grande, medida como se mide, generalmente con estos índices de concentración, en general utilizando el índice que se utiliza en este tipo de análisis internacionalmente, que se llama el índice de Herfindhal – Hirshman, se le pone un valor y se dice si existe tanta concentración, en valores de 2.500 pues controlamos ese mercado.

Entonces, primero se controlan los mercados monopólicos donde hay patentes y no hay competencia y segundo algunos mercados donde sí existe competencia, pero por alguna razón y las razones pueden ser de diversa naturaleza, hay poca competencia. Después, el paso siguiente es cómo vamos a regular y que precio se va a escoger, en los mercados monopólicos esto funciona muy bien, uno simplemente va y hace comparaciones internacionales, identificamos unas fuentes más o menos oficiales, un grupo un conjunto de países de referencia y comparamos el precio que estaba en Colombia con ese precio para un conjunto de países de referencia. En la regulación de precios de medicamentos que hoy tiene el país, estipulada en esa Circular 03 del año pasado, se escogen 17 países de referencia, que son en esencia países europeos, algunos países latinoamericanos, está Australia, está Canadá y en esencia son esos. Qué hacemos, observamos el precio para ese medicamento, puede ser un medicamento monopólico de marca, en esos 17 países construimos la distribución y decimos el precio de Colombia tiene que estar ubicado por debajo del percentil 25, que eso significa para aquellos medicamentos para los cuales tenemos información de los 17 países de referencia, que el precio de Colombia no puede ser más alto que el 4° o 5° país con el precio más barato de los medicamentos, alguien podría decir, por qué no escogen el precio más barato de todos, eso nos podría dijéramos, tener problemas de desabastecimiento, nos podría llevar

de cuando tenemos incertidumbre con respecto a la información de los precios, podemos cometer errores y estamos simplemente siguiendo una buena práctica internacional.

Entonces, así funciona hoy en día la metodología de precios de medicamentos en el país, nos vamos, miramos donde no existe competencia y hacemos la referenciación, hemos regulado 864 medicamentos, 585 de ellos están en el POS, 279 son medicamentos recobrados, para una reducción promedio en los precios, de 42% y un ahorro anual para el sistema de salud de 500 mil millones de pesos, este ahorro de 500 mil millones de pesos, subsume no completamente pero una parte del ahorro de 600 mil millones de pesos que habíamos obtenido con los valores máximos de recobro que fue la primera parte de esta regulación.

Yo creo que vale la pena también, traer a cuento este punto que es importante, si no hubiéramos tenido este ahorro que ya incorporamos en los precios que hacen parte del cálculo de la unidad de pago por capitación, si no hubiéramos tenido este ahorro de 500 mil millones de pesos, habría sido imposible, ampliar el plan de beneficios como se hizo a finales del año pasado. Entonces, los ahorros que son en parte ahorros del sistema y ya voy a volver en este punto, se traducen en mayores beneficios para la gente dada la ampliación de los planes de beneficios, no es que nosotros simplemente le estemos haciendo la tarea al Ministro de Hacienda ahorrando plata para el sistema, no, es que estamos garantizando la sostenibilidad del sistema y a su vez estamos permitiendo la ampliación de los planes de beneficio, si siguiéramos pagando los precios que estábamos pagando previamente, no habríamos tenido estos ahorros y no habríamos podido por ende, incorporar esos medicamentos al plan de beneficios, hay una evidencia que hemos compartido en otras instancias que muestra que como cuando se incorporan los medicamentos al plan de beneficios, se democratiza su uso, los medicamentos recobrados benefician en casi un 50% al quintil más alto de la población y por lo tanto ese uso guía en recobros no es democrático, no es equitativo, un tema que vale la pena repetir y reiterar una y otra vez.

Las estadísticas que yo tengo aquí muestran que nuestros medicamentos regulados han estado concentrados en un 75% en los canales institucionales y en un 25% en los canales comerciales, esto es, han beneficiado más el sistema que al bolsillo de la gente, pero también han beneficiado al bolsillo de la gente, un 25% esos menores precios también se han traducido en rebajas en el gasto de bolsillo para muchos colombianos. Ahora en el mes de octubre vamos a hacer unos pequeños ajustes metodológicos a la Circular 03 del año pasado y vamos a incluir una nueva lista de medicamentos controlados y vamos a hacer también un pequeño cálculo de ajuste a los precios de referenciación internacional, teniendo en cuenta por ejemplo, el cambio en, cabe la

redundancia, la tasa de cambios durante el periodo comprendido entre los primeros cambios que se hicieron y estos que vamos a hacer ahora. Esto para contarles que vamos a seguir aplicando, que esto no es una política pasada, es una metodología clara que va a seguir aplicándose.

Yo quiero resaltar dijéramos, un aspecto, el discurso oficial a veces es aburridor, pero yo creo que hay tres elementos importantes de esta política que vale tener en cuenta, primero la transparencia, una metodología clara que se presentó a todos los agentes interesados o afectados dijéramoslo de esa manera, unas fuentes de los datos de comparación también claras, que todo el mundo puede consultar, nosotros les entregamos a todos los interesados una hoja de Excel con cada uno de los precios y la fuente respectiva y proceso de muchas veces, reuniones, algunas de ellas dijéramos bilaterales cuando existe una controversia por ejemplo sobre algunos de los precios de comparaciones. Eso ha hecho que esta metodología de regulación de precios tenga legitimidad, no solamente ante los ojos de la gente, sino ante los ojos de los agentes que participen en el sistema y que tengan también ya o que empiece a llamar la atención de la comunidad internacional, ayer estuvimos en el Perú y la Ministra de Salud de allí nos confirmó algo que ya nos habían pedido, bueno y que ya está ocurriendo esta semana, aquí está un grupo de funcionarios del Ministerio de Perú mirando nuestra regulación de precios de medicamentos. Cuando el nuevo Presidente de Panamá, creo que en uno de sus primeros discursos dijo yo quiero adoptar una regulación de precios de medicamentos similar a la que tiene Colombia y yo creo que esos elementos dijéramos de transparencia y de seriedad en el diseño de esta política pública está empezando ya a llamar la atención de la comunidad internacional, eso es entonces uno de los elementos, el elemento de regulación, pero la regulación no puede hacerlo todo, la capacidad regulatoria del Estado es limitada, la regulación es compleja, el Estado no conoce o no puede conocer lo que está ocurriendo en toda parte dijéramos, con los precios, por lo tanto, uno podría decir en esto, la competencia funciona muchas veces mejor que la regulación y a veces incluso las compras centralizadas por agentes estatales funcionan mejor que la regulación y en algunos elementos estamos o tenemos que tener otro tipo de políticas que complementen la regulación de precios de medicamentos. Uno de los mensajes que podríamos dar también esta mañana, es aquí, la política farmacéutica no se agota en la regulación de precios de medicamentos, eso es solo un elemento, un elemento importante pero tal vez no es el más importante.

Es en este contexto y en el contexto global y local que describí anterior, como debemos entender el Decreto de Biosimilares, el 1782. El gasto farmacéutico en biotecnológicos en el país hoy en día está cercano a los 2 billones de pesos, el 90% de esos 2 billones de pesos son cubiertos por el Estado, esto es por el Sistema General de

Seguridad Social en Salud y por otros dijéramos de los sistemas, 8 de los 10 medicamentos más recobrados a nuestro sistema son medicamentos biotecnológicos, eso vale la pena dijéramos tenerlo en cuenta, algunos de ellos ya fueron incluidos en la última actualización del POS, pero los medicamentos biotecnológicos comienzan a representar una proporción muy importante y seguramente será creciente del gasto farmacéutico total que en Colombia ese gasto farmacéutico como porcentaje o fracción del gasto total en salud es bastante alto, más alto que en el promedio de América Latina.

Tenemos al mismo tiempo una realidad global interesante de la que llamamos la atención en esta controversia que se dio con respecto al decreto de competencia a los biotecnológicos y es que del universo de patentes importantes, la mayoría se están venciendo de aquí al año 2020, yo tengo aquí una cifra que quiero compartir con ustedes, tuvimos 17 patentes expiradas en el 2009 o antes, vamos a tener 45 patentes expiradas en el periodo 2010-2015 y vamos a tener 24 patentes expiradas de los 93 biotecnológicos principales en el periodo 2016-2020, o sea en este último periodo vamos a tener algo así como 60 patentes expiradas, para tener 86 nuevos biotecnológicos donde tenemos que tener competencia. Se vencen las patentes y qué pasa, viene entonces la discusión de alguien ya no de propiedad intelectual que quiere registrar un biosimilar en el país y ahí es donde está dijéramos el meollo de la discusión y ahí es donde está dijéramos el meollo del Decreto número 1782 y el Decreto dice lo siguiente: usted puede hacerlo de tres maneras o por tres rutas, una que se llama la ruta de expediente completo, usted puede suponer que ese biosimilar es casi un medicamento nuevo, dejando de lado toda la investigación y todo lo que se da, usted lo registra con expediente completo como si fuera un nuevo medicamento.

Otro, no es un medicamento nuevo y yo lo quiero comparar con el medicamento innovador existente, pero yo voy a tener que ir atrás y volver a hacer todos los ensayos preclínicos y clínicos. La discusión se centró en lo que llamamos la ruta abreviada o tercera ruta, una discusión que se está dando globalmente y que coincide con avances en la ciencia médica que nos van a permitir caracterizar esas moléculas complejas biotecnológicas de manera tal que uno pueda decir, como yo ya la tengo tan caracterizada y en las principales características que son clínicamente relevantes, yo puedo decir este biosimilar se parece al biotecnológico innovador, yo puedo decirle, señor usted no tiene que volver a hacer todas las pruebas preclínicas y clínicas que cuestan en muchos casos 50, 100 millones de dólares, que representan ensayos clínicos con humanos, donde hay un componente ético importante, en algunos casos por ejemplo para enfermedades raras es difícil conseguir los pacientes para los ensayos clínicos y preclínicos y lo que hace el decreto uno puede decirlo de esa manera, es ponerse a

tono con esas innovaciones científicas globales que permiten una mejor caracterización de estas moléculas complejas y como la caracterización ya puede hacerse, nosotros tenemos que abrirle vía en la legislación y decir, señores si ustedes lo caracterizan y ya esta molécula está conocida y los datos ya hacen parte de ese acervo de conocimiento de la humanidad, yo no lo voy a hacer a usted volver a atrás y acumular un conocimiento que no necesito.

Lo que hace el decreto es simplemente plantear esa posibilidad, va a ser una sala especializada del Invima la que va a decidir en última instancia si esa posibilidad está abierta para cada, o para una biotecnológico o biosimilar mejor, específico. Uno puede mirarlo desde una óptica económica diciendo lo que hace el decreto es cuando las circunstancias así lo ameriten, vamos a eliminar unas barreras de acceso innecesarias, que no solamente nos van a ahorrar los ensayos clínicos innecesarios, sino que nos van a permitir tener competencia efectiva y cuáles son los efectos de la competencia efectiva, pues reducciones en los precios que va mucho más allá de las que se pueden hacer vía simplemente regulatoria. Si uno tiene en cuenta dos elementos dijéramos importantes para empezar a elucubrar un poco sobre cuál puede ser la magnitud de las reducciones en los precios como consecuencia de este decreto, tenemos dos tipos de evidencia, una la evidencia que se dio una generación atrás con los medicamentos de síntesis química, cuando llegaron los genéricos y otra la evidencia que es todavía mucho más incipiente sobre que ha ocurrido en algunos países donde ya comienza a ver, México es uno de ellos, competencia biosimilares y eso nos permite decir desde ahora que esperamos reducciones en los precios de algunos de estos medicamentos biotecnológicos, dada la competencia biosimilares entre 30% y 60%. Yo tengo dijéramos, aquí algunos casos específicos donde ya se han dado materializado, ahorros de esa magnitud, pero yo creo que ya he hablado más de la cuenta y dejo la presentación para que se mire más adelante, pero es un poco el estimativo que podemos hacer basado en la evidencia disponible.

Alguien ha dicho cuál es la ventaja de la competencia y ustedes ya están regulando, la ventaja es mucha, la competencia nos baja los precios más de lo que podemos bajar vía regulatoria, además nos permite mucha más transparencia y mejor funcionamiento de estos mercados farmacéuticos. Hay una realidad global ineluctable también, si hoy no tuviéramos competencia vía genéricos para los medicamentos antiguos de síntesis química, los sistemas de salud globales no serían sostenibles y uno podría decir lo mismo, sino tenemos competencia en biotecnológicos, estos sistemas de salud no van a ser sostenibles y dada la realidad local que tenemos en Colombia de bajo gasto de bolsillo y esos medicamentos ya haciendo parte de nuestros planes de beneficios tenemos que estar a la vanguardia global como lo hemos estado,

liderando estas discusiones entre otras cosas en la Asamblea Mundial de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. El decreto ya comienza a ser mirado no con inquietud, sino con curiosidad de la buena por otros países incluso países desarrollados, porque en esto podemos decir con orgullo que Colombia está marcando la parada en un debate global necesario y yo diría, inaplazable.

Tenemos los otros elementos de la política farmacéutica, a veces nos preocupan y nos llegan temas todos los días sobre desabastecimiento de esas tecnologías viejas y buenas y ahí tenemos dijéramos, una estrategia estricta de vigilancia de desabastecimiento. No voy a dar los detalles, pero yo creo que es otra parte importante de esta política farmacéutica porque tenemos algunos medicamentos desabastecidos y estamos trabajando hoy en día en dos elementos para complementar la política farmacéutica, uno es el uso racional de medicamentos, tema que tenemos que hacer dijéramos con las sociedades científicas, para algunos factores antihemofílicos, Colombia tiene unos usos per cápita que son los mayores del mundo, lo que evidencia casi incontrovertible de abusos, entonces, ahí tenemos que seguir trabajando en temas de uso racional de medicamentos con las Sociedades Científicas entre otras, esta tarde casualmente tenemos una reunión con las Sociedades Científicas.

Y estamos trabajando en los aspectos de transparencia, esta semana Obama Clarín hizo la primera publicación de una base de datos donde las compañías farmacéuticas tienen que informar todas las transferencias y pagos a los médicos ahí está toda esa información, yo creo que todos los sistemas de salud del mundo se tienen que mover hacia algo parecido, hacía dijéramos, a una política de transparencia, nosotros vamos a tener que empezar a dar los primeros pasos en ese sentido, ya tenemos un borrador del acto administrativo y yo creo que esa va a ser la nueva frontera de las discusiones que vamos a tener que dar este año, pero sobre todo el año entrante y estamos en ese contexto construyendo un ejercicio interesante, basado en una conversación con el sector, una especie de Focus Group que nos hizo un investigador antioqueño Jairo Humberto Restrepo, de construir un decálogo de comportamiento en el sector, que nos ayude también en la construcción de transparencia que esa dijéramos, nueva frontera.

Eso es lo que estamos haciendo, un contexto global complejo, un contexto local interesante pero yo creo que una política pública seria y quise contarles sobre regulación de precios, competencia biosimilares y los otros aspectos complementarios que tienen que ver con la transparencia y el uso racional. De nuevo muchas gracias por la invitación y buenos días a todos.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Tiene el uso de la palabra el doctor Julio Alberto Rincón de la Federación Colombiana de

Municipios, por diez (10) minutos. Hay señal en directo de televisión.

Asesor de la Federación Colombiana de Municipios, doctor Julio Alberto Rincón: Buenos días a todos, honorables Senadores, honorables Representantes muchas gracias por la invitación a la Federación Colombiana de Municipios a participar de este Foro sobre la Política Farmacéutica, quiero aprovechar para referirme a dos temas básicamente, voy a ser muy corto en el tema farmacéutico y más concreto todavía de tres retos que tenemos como municipios colombianos frente al Sistema de Salud actual.

Realmente el tema de la Política Farmacéutica es un tema de orden social, este no es un tema solamente del Ministerio, del Senado de la República, sino es un tema que concierne a todos los colombianos, ya que el acceso a medicamentos e insumos médicos y otros es fundamental si alguna vez queremos realmente que el derecho a la salud que la Federación lo tiene y que la Ley Estatutaria lo consagra, sea una realidad.

Nosotros realmente vemos la Política Farmacéutica desde los municipios como un acierto indiscutible, necesario y por eso queremos traer a colación una corta historia de lo que pasó en el año 2003, en el 2003 la Federación de Cooperativas de Hospitales de Colombia fue encargada por el Ministerio de Salud de manejar el Fondo de Medicamentos antirretrovirales, dentro de la política lo que promovimos fue la llegada de genéricos para esta patología, patología que considera de alto costo, porque la mensualidad del tratamiento médico de un paciente con VIH SIDA estaba entre tres millones y medio a cuatro millones.

Se consideraba que la llegada de los medicamentos genéricos de la cual tuvimos muchos ataques, tutelas que habrán también en el tema de biosimilares, argüía muchas cosas, era una amenaza para la salud de los pacientes, no eran efectivos, posiblemente decían también era una política neoliberal de que buscamos impulsar otras industrias farmacéuticas, sin embargo los medicamentos fueron llegando, fuimos en el momento a la Federación de Cooperativas fueron objetivos a tutelas de muchos argumentos, la principal era la calidad, la calidad amenazaba, la viabilidad y la calidad de vida de los pacientes en el momento atendidos. El argumento que nosotros teníamos en ese momento era que definitivamente la calidad estaba demostrada, de que posiblemente muchos de los que fabricaban medicamentos genéricos para VIH SIDA, eran los mismos que fabricaban los medicamentos que salían con marca innovadora, si ustedes han escuchado una propaganda en estos días de Genfar, calidad multinacional, Sanofi, innovador, tiene una fábrica de medicamentos genéricos, igual ocurre en Europa con SIGA con todos, no era eso, lo que pasó luego del 2003 es que efectivamente los jueves comenzaron a fallar tutelas con nombre de

marca, fue una lucha continua y al final muchos pacientes comenzaron a ser tratados con estos medicamentos y Otoscana venían de la India, de otros sitios, Saludcoop trajo Rambasi y otras más.

La catástrofe de muerte prematura de VIH SIDA, no sucedió, los argumentos fueron cayendo uno a uno, muchos medicamentos comenzaron a ser, comenzaron a tener medicamentos mayores a sensibilidad que era lo que buscábamos, logramos en un momento dado y hablamos con Farmaguíño en Brasil que fabrica los medicamentos genéricos en Brasil para estas patologías y logramos en cierto punto lograr la sensibilidad a los pacientes que tenían VIH SIDA a los medicamentos. No pasó la catástrofe anunciada y se fue calmando el mercado, después de todo esto casi que llegamos a la cárcel por un desacato de tutelas, bueno, desafortunadamente no, pues lo que quiero decir es que esto de hoy a veces como que me retrotrae a esta situación de hace ya de 11 años, 2003, los ruiditos son muy similares, la calidad de los medicamentos, que no son comparables, que la sensibilidad, que aquí estamos es buscando proteger el bolsillo, lo cierto es que después sucedió algo en esto, los pacientes hoy de un manejo de VIH SIDA de tres millones y medio de 2003 hoy más o menos vale de millón a millón y medio, eso si hubieran puesto la inflación 2003 a hoy sin esta política, posiblemente yo no sé cuánto valdrá el tratamiento de un paciente de VIH SIDA, hoy estamos tratando los pacientes y yo creo que ahí vamos como país.

Por eso nosotros realmente consideramos que el país tiene que, para poder garantizar el derecho a la salud seguir avanzando en la Política Farmacéutica, sabemos que obviamente esto es un negocio, la gente dice que la salud no es un negocio, la salud es un negocio, lo que pasa es que no que no es aceptable, es que la gente no dé servicios para tener mayor utilidad, pero aquí nadie quiere trabajar gratis y todos quieren tener utilidades.

Lo que no aceptamos fue, después en el año 2005 empezamos el consejo a ver los recobros que mencionaba el señor Ministro ahora, medicamentos e insumos farmacéuticos que eran unos facturaban diga usted a mil pesos y otros facturaban a diez mil pesos el mismo medicamento, oye, que pasa porque nosotros pagando esos diferenciales tan grandes, pero faltaba a veces la Política Farmacéutica y así fueron haciendo piñata y estuve con el señor Ministro, llegamos a pagar 2.5 billones, 3 billones que salen de los bolsillos de todos, de los impuestos nuestros, esto no sale de un auxilio por allá de orden desconocido, esto lo pagamos nosotros los colombianos, hasta el pobre cuando paga el IVA está pagando también aportando a eso, entonces realmente pasó eso y hoy a pesar de la política de control de precios de los medicamentos, el cobro de no POS sigue casi que sin control, metemos un medicamento nuevo al POS, el medicamento nuevo baja de precio y aparece algo que lo sustituye y uno no encuentra realmente señores Senadores, señores

Representantes, el argumento epidemiológico que justifique eso, algo raro está pasando ahí, lo sustituye rápidamente y vuelve y nos sube el recobro, esto en la política definitivamente hay que hacerlo, si no controlamos manteniendo la calidad, que es en lo que ahorita Invima tiene que fortalecerse, que garanticemos que lleguen con calidad los medicamentos, que sean accesibles, todo esto. No queremos que lleguen medicamentos que no atiendan las necesidades de la gente, pero tampoco queremos llegar a pagar 10, 15 veces más de lo que debemos de pagar porque al fin y al cabo el impuesto nuestro es que cuando hay buen mercado, vigilamos eso, en donde puedo vender la misma calidad.

Entonces en eso señor Ministro, la Federación Colombiana de Municipios respalda totalmente la Política Farmacéutica, solamente hace una pequeña crítica, ojalá se rodeara más de la sociedad para estos temas tan importantes, estoy convencido que ahí hace mucha falta el viejo consejo Nacional en la Seguridad Social con el nombre que quieran ponerle, necesitamos ese cúmulo de gente en donde encontremos los actores para definir y apoyar las políticas nacionales, me alegra mucho escuchar eso.

Por último después de pasar de Políticas Farmacéuticas, quiero esbozar tres temas que nos preocupan a los municipios colombianos, aprovechando aquí la presencia de las Comisiones Séptimas, nosotros venimos hace tiempo preocupados por cómo venimos destruyendo la medicina general en el país, los médicos generales del país fuimos dejándolos de secretarios, sacándoles, quitándoles posibilidades de trabajar y los municipios colombianos que en la segunda mitad del siglo XX peleamos por tener un médico, una odontóloga, una enfermera para que atendieran nuestra gente, hoy los vemos que logramos tener hospitalitos hasta muy bonitos, pero tenemos ya servicios que no resuelven nuestros problemas y la gente termina remitida hacia las ciudades. Tenemos aproximadamente 30.000 médicos atendiendo la salud de puerta de entrada de este país, sin herramientas, sin capacidad y además muy mal pagos, tenemos que hacer ya que logramos a través de estos 20 años una política exitosa en aseguramiento de la población, ahora tenemos el reto de lograr una política exitosa de accesibilidad y de calidad en atención, empezando por la medicina general, yo invito a la Comisión Séptima, ojalá podamos alguna vez hacer un foro para que hablemos del papel del médico, de la medicina general en el Sistema General de Seguridad Social, como está, qué podemos hacer para recuperarlo y además cuánto produciría al Sistema una buena medicina general, cuánto ahorraría y cuánto vale un buen médico general en el país, es un reto que nosotros tenemos, porque nosotros representamos las comunidades que acceden a los servicios de salud.

El segundo reto y es un tema ya, perdón, repetitivo, ya ustedes lo han escuchado, donde vemos esos certificados de defunción que el

Ministerio de Hacienda está dando a muchos hospitales públicos, porque tiene problemas de caja, porque hizo carrera en el país interpretando la norma que a los hospitales los medimos es por lo que recaudan, ejemplo Hospital de Génova, Quindío, él tiene hoy un déficit de 36 millones de pesos de caja, pero le deben 500, entonces usted tiene que tener en cuenta sus deudas, pero no tienen en cuenta sus cuentas por cobrar, es como si en empresas colombianas hoy a todos les miráramos lo que ellas deben, lo que recaudan y lo que les deben, no los tuviéramos en cuenta, pues todas estarían para cerrar, yo sí pido en ese sentido, ojalá tengamos un debate, si vale la pena la liquidación de la institucionalidad pública municipal en la cual estamos siendo avocados y no terminemos luego, demandando normas que han liquidado los hospitales locales que fue inicialmente crear empresas sociales del Estado, que a todas las metimos en ese cuento así sean pequeños Centros de Salud con costos impagables, luego decidimos que había que sacar la gente de las plantas, deslaborizamos con las reformas estructurales de los hospitales, hoy que volvamos a meterlas a la planta y la última perla es que las cuentas por pagar son un problema de caja, presupuesto lo que usted recauda y no hacemos nada por lograr que realmente el régimen contributivo especialmente pague los hospitales.

Y me deja esto en el tercer punto la accesibilidad a servicios nuevamente, los afiliados al régimen contributivo en los municipios colombianos no tienen accesibilidad a los servicios, las EPS de régimen contributivo no contratan servicios de salud localmente, ellos tienen derecho a servicios pero en el municipio vecino o en la capital, no hay una obligatoriedad de que nos garanticen servicios de salud en donde vive la gente, en el subsidiado sí la hay, es mejor ser afiliado al régimen subsidiado, que ser afiliado al régimen contributivo en un municipio, no la contratan, se niegan y el servicio de urgencias que tenían prestando los municipios, los hospitales, pues como no tienen contrato, tampoco lo pagan, entonces pasan meses y meses, carteras a un año de régimen contributivo y después vienen y dicen que lo que le deben los hospitales pues no vale o propuestas como aquella de que nos endeudemos, lo que no han pagado nos endeudemos a unos intereses bajitos, o sea que cambiemos una cuenta por cobrar por una cuenta por pagar y eso no tiene ninguna gracia pago, présteme plata a quien nos debe y que nos paguen.

Señores Senadores son tres retos que tenemos como municipios para llevar este logro social del aseguramiento, 96% a una realidad, que la gente acceda a servicios de salud en donde vive. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra la doctora Yahel Bibiana Bueno, Directora Ejecutiva de Fenat, Medicamentos Naturistas.

Directora Nacional de la Federación Naturista de Colombia (Fenat), doctora Yahel Bibiana Bueno:

Muy buenos días a todos, Mesa Directiva, agradecer por la invitación y mi presencia acá como Directora Nacional de La Federación Naturista de Colombia que agremia a todos los laboratorios fabricantes nacionales, certificados en buenas prácticas de manufactura por el Invima, por lo tanto, legales en el país y a una gran cadena naturista como es el cultivador nativo y campesino, el distribuidor y el comercializador en Colombia, hablando de una cifra de más de 10.000 actores comercializadores en el país e igualmente hablando de una cifra de más de 100.000 médicos especializados en las ramas alternativas, funcionólogas, naturópatas en este país.

Mi presencia aquí solamente tiene una función muy corta, creo que para todos ustedes ha sido de conocimiento público la denuncia pública que radicamos desde el 8 de agosto, para llamar la atención de las autoridades competentes como es el Ministerio de Salud y el Invima y en este caso al Control Político que surge y es competencia de la Comisión Séptima de Senado y Cámara, ante irregularidades en actos administrativos y una manifestación de desigualdad en el tratamiento entre la industria de síntesis química y la industria farmacéutica naturista. Nosotros no estamos pidiendo otra cosa más que empezar precisamente por ser integrados en una política pública farmacéutica del país. La industria naturista es también una industria farmacéutica, la industria naturística de Colombia nacional, es una industria que tiene las estadísticas suficientes para tocar la economía, lo social, lo cultural, lo sanitario y lo público de este país.

Hoy traigo en mis manos la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, desde el año 2002 la Organización Mundial de la Salud y muchos países de referencia sanitaria y regulatoria por norma para nosotros, tienen una política pública que incluye, que es incluyente a la medicina naturista y lo que pido como con los Congresistas de la Comisión Séptima de Senado y Cámara que ya nos han escuchado y que en el Acta número 11 aprobaron el debate que a futuro se va a realizar durante este mes de octubre y aquí al señor Ministro quien ha atendido todas nuestras solicitudes, es, seamos incluyentes frente a la industria naturista.

Posconflicto, paz, sinónimo de agro en este Gobierno, dónde está el desarrollo de una política pública farmacéutica que permita tener reglamentación técnica hasta para el cultivo de 37% de plantas nativas en este país, que generan una cadena de productividad nacional sostenible, porque hay 63 laboratorios nacionales que pueden comprarla. Restitución de tierras, reposición de cultivos ilícitos, que podemos darle a nuestros nativos y a nuestros campesinos, la solución de cultivar nuestras plantas nativas y que sean compradas como materia prima por nuestros

laboratorios legales y no nosotros tener que importar nuestra materia prima y enriquecer a otros países y perdiendo nosotros un posicionamiento económico y un desarrollo económico.

No entendemos por qué la desigualdad de condiciones en el trato con la industria de síntesis química, tal vez ¿porque son multinacionales extranjeras? La industria nacional también ha hecho inversiones de más de 10 mil millones de pesos, cada laboratorio de más de 3.500 mil millones de pesos para obtener una certificación en buenas prácticas de manufactura por parte del Invima, pero hoy en día, si miramos las estadísticas de registros sanitarios en Colombia, es superior la de importar y vender, que la de fabricar y vender en este país, por lo tanto, no entendemos tampoco por qué a un medicamento de venta libre de síntesis química, no se le exige incluir temas tan importantes como las interacciones y a los productos farmacéuticos naturistas sí. Nosotros no queremos dejar de cumplir, señores Congresistas, señor Ministro, se lo he dicho muchas veces, doctora Blanca Elvira, que también ya me ha escuchado, nosotros queremos una reglamentación y un principio de igualdad equitativo y justo entre la industria de síntesis química, y ojo, la industria nacional, que es lo que estamos dejando por fuera, aplaudo la exposición del señor Ministro, dijo algo muy importante, la baja disponibilidad del bolsillo colombiano para acceder a la salud, por qué el Invima tiene unos estamentos al interior que regulan y determinan y convierten en actos administrativos, decisiones de un producto farmacéutico que se vuelve bajo fórmula médica, sea de síntesis química o sea natural y no está incluido en el POS. Por qué no existe ese principio de integración y de comunicación administrativa entre entidades públicas para deferir políticas públicas en salud.

Por qué tenemos en el Ministerio de Agricultura, un Consejo Nacional de Aprobación de Plantas Medicinales que utiliza presupuesto público para asignarle a las Universidades de este país, investigaciones en, si una planta medicinal tiene o no uso terapéutico como existe en el Ministerio de Agricultura y al mismo tiempo tenemos una sala especializada que emite el listado de plantas medicinales, usando también presupuesto público y al mismo tiempo, tenemos convenios interadministrativos aparte con otras Universidades, para expedir otro listado llamado el Vademécum de Plantas Medicinales y no podemos propender por unificar criterios, así de simple, estamos derrochando el dinero público y estamos desconociendo a la industria nacional.

La medicina tradicional y complementaria que es una estrategia de una política de la OMS, claramente la ratifica como un mejoramiento en salud y autonomía de los pacientes, aprovechamiento al máximo y contribución de estas medicinas tradicionales a la salud en bienestar y la atención de salud centrada, en quiénes señores, en las personas,

los costos de la medicina naturista son accesibles a lo que el Ministro hablaba del bolsillo del colombiano, de la economía de este país.

Yo solamente quiero decirles a ustedes que no necesitamos protagonismos, necesitamos reglamentación técnica regulatoria y sanitaria en igualdad de condiciones y necesitamos TLC y Alianzas Pacífico, donde Fenat, donde Asonatura y todos los gremios naturistas de este país tengan una participación, porque no estamos representados en la Cámara Farmacéutica de la ANDI, como se lo dije a sus respectivos Directores, la Cámara Farmacéutica de la ANDI recoge solamente 7 laboratorios dentro de los muchos, que tienen una línea naturista y son multinacionales extranjeras, no somos nacionales, solamente Procaps Tecnoquímicas, que es con quien me senté hace poco, el doctor Alberto Bravo y puede ratificar mi versión, la industria nacional naturista que existe bajo la categoría de Fitoterapéutico y suplementos dietarios y cosméticos a base de plantas naturales, no tiene participación en los tratados de libre comercio.

Hoy se está debatiendo en Lima en la Alianza Pacífico, por lo cual el doctor Alberto Bravo y el doctor Rodrigo Arcila que no están acá, la norma de suplementos dietarios para lograr una homologación normativa entre los países y que podamos tener esa libertad económica, pero nosotros los nacionales no estamos representados. El monopolio lo estamos permitiendo de las extranjeras, el Ministro dijo algo con lo que también estoy de acuerdo, biotecnológicos es desarrollo, es innovación, pero la medicina naturista también tiene derecho a evidenciarle a la entidad regulatoria, evolución científica e innovación científica y permanencia en este país, entonces yo le pido hoy al señor Ministro, a la doctora Blanca Elvira, a ustedes Congresistas que en la Política Farmacéutica de Colombia, no vemos reflejada Política Farmacéutica incluyente al sector naturista del país y nosotros hemos pedido una Mesa de Trabajo desde hace 2 meses de denuncia pública, que no ha sido respondida y que no entendemos cómo un Ministro de Agricultura a quien se le radica una denuncia pública, sencillamente responde, lo trasladamos al Ministerio de Salud por competencia, cuando en los 33 puntos de la denuncia pública, decimos que ni siquiera es a favor del Gobierno, pagamos impuestos porque lo Fitoterapéutico se homologan a los medicamentos en temas tributarios y los suplementos dietarios se homologan a los alimentos, no tenemos una caracterización del sector, en las rendiciones de cuentas, que diferentes directores del Invima emiten, no existe una caracterización de lo que pasa durante un año en nuestro sector, no existimos, sí existimos señores y agradezco a los congresistas que nos han apoyado, doctor Burgos, doctor Pulgar, doctor Mauricio, doctor López, Bancada de Centro Democrático, ustedes apoyaron el debate, porque ustedes sí están sintiendo este país.

A quién le entrego esto por si no lo han leído, con todo respeto OMS, tenemos cartas de apoyo a las organizaciones europeas donde es de venta libre el producto herbario, qué es lo que necesitamos, tal vez una actualización normativa la cual no se hace desde el 2004, nosotros también evolucionamos científicamente y la norma tiene que ir a la par de la evolución científica, de la evolución tecnológica y de la evolución publicitaria. Nos pasan a bajo fórmula médica en 6 meses, 59 plantas medicinales, señores, cuando en 8 años solamente eran 10 o 9 plantas medicinales y otra cuestión que quiero dejar, si pasan a bajo fórmula médica las plantas medicinales la norma es muy clara, no se puede publicitar en medios masivos de comunicación, no se puede vender en las góndolas, 200.000 empleos indirectos y 50.000 empleos directos están siendo afectados, y vuelvo y repito, somos los laboratorios certificados y legales. Necesitamos que Ministerio, Invima, Secretarías de Salud a nivel nacional no tengamos un corto circuito para regular y para trabajar de la mano, Fenat y Asonatura representadas hoy en mí, estamos solamente esperando una Mesa propositiva de concertación permanente, como la tienen todos los demás gremios, para generar una política pública en el sector farmacéutico naturista. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra el doctor Francisco de Paula Gómez Representante de Afidro.

Presidente de Afidro, doctor Francisco de Paula Gómez Vélez:

Muchas gracias señor Presidente por la invitación que nos hacen a participar de este Foro sobre Política Farmacéutica y quisiéramos hacer algunos planteamientos generales con respecto a los aspectos de política. Creo que la Política Farmacéutica nacional es sin duda un documento muy importante para el sector salud, es un documento que está proyectado a 10 años y este documento a 10 años plantea en líneas generales todos los aspectos que el país debe desarrollar con respecto a temas tan importantes como acceso a los medicamentos, calidad de los mismos, los temas relacionados con desarrollos de innovación y demás, y realmente es un esfuerzo que el Gobierno desarrolló de muy buena manera y que estamos en el tercer año de desarrollo de este documento. Yo quiero concentrarme en dos aspectos fundamentales que tienen que ver, uno con el acceso y el otro que tiene que ver con regulaciones específicas, específicamente con el tema relacionado con medicamentos biotecnológicos.

En el tema de acceso, muy importante que la política de precios, estamos de acuerdo como el Ministro lo planteó, la regulación de precios fue ampliamente discutida, era evidente que se requería desarrollar una serie de controles en el país para toda la cadena, aunque hay que plantear un aspecto

que es importante y es que como toda regulación y lo hemos escuchado en más de una ocasión, las regulaciones no son perfectas porque los entornos en los cuales estas regulaciones se desarrollan, van variando o simplemente algunos aspectos no han quedado adecuadamente establecidos.

La regulación de precios actual en el país tiene un elemento que es muy positivo y es que fija los precios de una serie de productos, como explicaba el Ministro en el percentil inferior, sin embargo, teniendo en cuenta que las condiciones en las cuales en el país se negocian no solamente los medicamentos, sino todos los servicios, son condiciones de unas carteras muy largas, lo explicaba el doctor Julio, en el cual estas carteras no solamente de los servicios, sino de los productos, son muy largos existe el riesgo de que establecer y mantener siempre en la parte inferior de los precios internacionales, los precios de los productos, es probable que algunos productos estén en riesgo de desabastecimiento en los momentos en los cuales pues, las negociaciones y la condiciones en las cuales los laboratorios nacionales, los laboratorios multinacionales o los distribuidores, los vayan a entregar al público, es un riesgo que entendemos que el Gobierno ha estado muy atento a que este asunto no genere al final un desabastecimiento, pero es un riesgo permanente que hay aquí.

Igualmente hay un elemento que hemos discutido muchas veces, regulaciones perfectas no hay, pero la regulación de medicamentos, tiene o genera lo que se ha denominado un efecto murciélago, cual es normalmente cuando se le define el precio a una categoría de productos, ese precio se le define es al principio activo, tiene esa regulación como efecto positivo que baja el precio de los medicamentos que estén por encima de ese punto, pero también puede si, el Gobierno no desarrolla una estrategia adecuada y no está vigilante de que ningún producto, de que productos que antes eran más bajos, se peguen al precio de este techo fijado, pues obviamente se termina pagando más por medicamentos competidores que estaban más abajo.

Y finalmente un elemento para, sabemos que el Gobierno nacional está haciendo un ejercicio juicioso y es una solicitud muy respetuosa a que se respete la metodología que hay de precios que está fijada por el Gobierno nacional, el hecho es muy simple, en la medida en que las metodologías de trabajo sean adecuadamente interpretadas y se respeten, le da a todo el sector no solamente a la Industria Farmacéutica sino a los hospitales, a los distribuidores, a los mayoristas, les da la posibilidad de entender que existe una regulación que es coherente y que existen unas reglas de juego que son claras, o sea que es muy importante que esa metodología se respete.

Con relación al tema del Decreto de Biotecnológicos quisiera hacer una serie de aclaraciones que creo que son muy importantes y quiero hablarles de una manera desprevénida

y como médico, lo primero es, la industria ha hecho un debate y ha participado de este debate del Decreto de Biotecnológicos de manera intensa desde hace 4 años y muchos de los puestos básicos con los cuales finalmente el Gobierno ha decidido establecer la regulación, la industria farmacéutica ha llamado la atención de que algunos aspectos de esta regulación pueden ser problemáticos a futuro. Nosotros una vez que este decreto ha sido expedido, hemos planteado que es positivo para el país que finalmente tengamos una normativa, pero no podemos dejar de expresar nuestra preocupación a que el decreto puede generar problemas en particular, sí, cuando el Invima haga la aprobación a cierto tipo de medicamentos, se permite el ingreso de productos no comparables y yo quiero explicar de manera clara algunos de estos aspectos. Cuando un medicamento Biotecnológico o un medicamento complejo es innovador, por primera vez llega al mercado para el tratamiento de una patología, usualmente ese producto pues la Agencia Sanitaria de manera razonable le pide a ese Laboratorio o a quien está proponiendo este producto, pues que presente una serie de estudios, unos estudios preclínicos en laboratorio, una serie de estudios en animales inferiores, en animales superiores y finalmente en humanos, que le diga a la autoridad sanitaria, si ese producto es un producto, primero, que es seguro y segundo si es eficaz, o sea que sirve para lo que dice servir. Eso es lo que se denomina la presentación de un dossier completo, todo medicamento nuevo, recién investigado tiene que presentarlo aquí, en Europa, en Japón, en Estados Unidos, en Canadá, en todas partes. El proyecto Decreto de Biotecnológicos tiene un bien establecido procedimiento de expediente completo, también ese expediente completo en un momento determinado, lo puede utilizar un medicamento competidor, que no sea innovador.

En el mundo se ha establecido en líneas generales que cuando existen competidores que tienen la capacidad tecnológica para salir al mercado con un medicamento similar o parecido a ese medicamento innovador, lo puede hacer mediante dos vías, una vía, el mismo Ministro lo explicó, puede utilizar también expediente completo, puede repetir sus exámenes, sus estudios y presentarlos o puede compararse con el producto y aquí quiero respetuosamente señalar que uno de los planteamientos que hizo el doctor Alejandro no es correcto y es, los estudios clínicos que se le piden a los medicamentos biosimilares, no son para que vuelva a demostrar lo que demostró el producto innovador, es para que se compare con el producto innovador y para que demuestre que es un producto parecido en términos de seguridad y en términos de eficacia, en términos de inmunogenicidad, eso es lo que se denomina la ruta de comparabilidad que está recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que es la que siguen todas las agencias sanitarias serias del mundo.

Este decreto tiene una tercera vía, esa tercera vía, el planteamiento que hace es, que solamente productos, no está establecido si van a ser muy sencillos o no, supongo yo que en las vías que posteriormente el Gobierno va a establecer y que muy gentilmente ha invitado a la industria a que participe en su desarrollo y en su discusión, lo cual por supuesto hemos aceptado muy agradecidos. En esa tercera vía, existe un procedimiento y es que existe la posibilidad de que se haga una caracterización físico química y del procedimiento y que se haga una revisión bibliográfica amplia de él, del principio activo y con base en eso pudiera eventualmente no solicitarse estudios clínicos que demuestren que ese producto se compara con el biosimilar o se compara con el innovador y pudiera en ese momento, ser aprobado.

Esa es la preocupación que la industria ha expresado de manera sistemática y que tiene que volver a expresar y es de ninguna manera la industria farmacéutica de innovación está en contra de los medicamentos biosimilares, hace algunos días a algún importante medio de comunicación le explicábamos que no puede estar la industria de innovación en contra de biosimilares, porque también los produce, no solamente el medicamento innovador, sino que produce medicamentos competidores, porque en los sistemas de salud son absolutamente necesarios, es un hecho real que disminuyen los costos y porque los medicamentos biosimilares, además, muchos medicamentos biotecnológicos competidores existen ya en el país.

Así que nuestra preocupación ha sido esa, la hemos expresado muchas veces y es nuestra responsabilidad empresarial, social, señalar que esta preocupación persiste, esta industria ha sido durante el último mes o los dos últimos meses, duramente atacada y criticada, pero eso no nos puede a nosotros amilanar e impedir que señalemos las preocupaciones que como industria tenemos, confiamos en que en el desarrollo de las guías que están planteadas por el Decreto para un año, finalmente se clarifiquen esos procedimientos y esos parámetros para que en el país se aprueben siempre verdaderos biosimilares, buenos biosimilares y no que corramos el riesgo de que ingresen medicamentos no comparables, yo vuelvo a insistir que nuestra preocupación siempre ha sido con ese tipo de productos y con ningún otro y que hemos hecho estos planteamientos al Gobierno, porque realmente sentimos que puede generarse riesgos como ha sucedido en el pasado en algunos otros países. Le agradezco mucho a la Mesa Directiva por esta invitación, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra el doctor Néstor Álvarez, en representación de la Asociación de Pacientes de Alto Costo.

Asociación de Pacientes de Alto Costo, doctor Néstor Álvarez:

Muy buenos días para todos, agradezco la oportunidad de nuevo para poder como en función de los pacientes, podemos estar en estos espacios y llevar también nuestras opiniones. Yo quiero hacer un enfoque desde el estado más vulnerable del ser humano que es cuando está enfermo y aquí quiero hacer un llamado a la ética en los negocios de la salud. Es muy triste ver uno que después de una publicación que salió en un periódico, le llamen muchos pacientes a preguntar a uno que si se van a morir si entra este producto, que si no se van a morir, que si es seguro o no es seguro y yo quiero hacer un llamado a la Industria Farmacéutica que al paciente lo saquen de su marketing farmacéutico, o sea el paciente tiene suficiente con la carga emocional de saber que tiene que manejar su enfermedad, que tiene que pelear con la EPS, que tiene que pelear por las autorizaciones, para que le sumemos otra variable para saber si lo que le dan funciona o no, cuando hay un ente regulador que el país le delegó una función, que es sacar estos productos al mercado.

Entonces, yo sí solicito que por favor la Industria Farmacéutica no saque esos avisos que generan mucha duda en la población que no conoce el tema y que empieza a sembrar paradigmas que ya todos conocemos que es desarrollo de mercadeo, como pasó con los genéricos de síntesis química, porque también exigiríamos un aviso que dijera que le piden, ya que están preocupados por la salud de los colombianos, que le pidan perdón por los sobrepagos que tuvieron durante tantos años, llevándose el dinero de los colombianos o que más aun, que van a devolver todo ese sobre costo que tuvieron y que se llevaron para sus casas matrices y que cotizaron la acción en Nueva York cuando mostraron los rendimientos de esa parte, entonces yo sí quiero hacer un llamado desde muy el corazón que por favor la industria saque al paciente del marketing farmacéutico. Mire cómo hace sus ventas, ya tenemos suficiente, lidiando también con el médico como un ente intermediario en la venta del producto farmacéutico que es un tema que también quiero tocar.

También estoy haciendo un llamado a las Sociedades Científicas, para que sus médicos por favor sean formuladores, no vendedores de la Industria Farmacéutica, no es aceptable que un paciente primero le den el discurso de que es un producto de marca y luego le formulen, hacemos este llamado para que en el consultorio, la consulta no sea una consulta de ventas y quiero hacer algo, que cuando estaba estudiando marketing farmacéutico, que todo el mundo decía, por qué los productos pediátricos son más caros, y el profesor de marketing decía, por una sencilla razón, porque no hay papá que no haga cualquier cosa por la vida de un niño, entonces cobrémosle a los Pediátricos lo más caro porque el papá va a pagar, siempre va a hacer el esfuerzo de pagar por el niño y esa parte de precios es algo que también queremos tocar,

porque como afecta al usuario, así esté dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, que muchas EPS tienen muchas deudas con los distribuidores y los cupos de endeudamiento están llenos por los altos precios y como no pueden comprar todos los meses, el paciente se ve sin el medicamento, entonces por más que el Gobierno ha hecho muy buenas voluntades que se deben de reconocer que pueden todavía mejorar en ese control de precios, vemos como se afecta en el día a día el medicamento que tiene una función en ese manejo de la enfermedad no llega a tiempo al paciente y se vuelve la lucha por obtener ese medicamento que le han bajado el precio, que ha demostrado que es seguro, que ha pasado todas esas barreras y la EPS es la encargada de prestar el servicio sencillamente por los problemas que todos saben, no entrega el medicamento y quiero decirlo aquí públicamente como pasó con Saludcoop durante tres meses con los pacientes trasplantados porque el laboratorio dueño de la molécula de la patente lo tiene cerrado por cartera, así de sencillo, entonces yo sí me hacía la pregunta, ese laboratorio que pertenece al gremio de los que estaban preocupados por la salud de los colombianos, por qué no despachó el medicamento si sabían que habían aproximadamente 150 pacientes que dependían de ese medicamento y que le imploraban que despachara, no está cerrado por cartera, está lleno el cupo que le asignó el laboratorio a la EPS, no ha pagado, no hay medicamento.

Entonces, quiero hacer ese llamado también porque en la política farmacéutica tenemos que hablar de eso, porque esa es la realidad que pasa en los pacientes para el acceso al medicamento en toda la cadena de este medicamento. También quiero hacer un llamado a los pacientes, para nadie es desconocido que el internet arroja mucha información y que también se convirtió en una forma de marketing donde llega mucha información y mucho paciente sin conocimiento la absorbe y esta luchar por esa información que cree que es la verdadera, para que también, tenemos que creer en el médico, tenemos que creer en la entidad reguladora con las falencias que como ahorita no lo dejaba ver un gremio, existe pero creo que se tiene que mejorar, por qué, porque aquí estoy un poco sesgado como Químico Farmacéutico, tengo colegas en la Comisión, mis profesores son de ahí y creo que lo que se habló hoy de productos naturales es una deuda que tiene el país con este sector, pero también a ese sector quiero hacer llamados porque también tenemos muchos pacientes que se ven envueltos dentro de esa publicidad y que los vemos después muy complicados, entonces creo que aquí hay una responsabilidad social del sector farmacéutico con la sociedad colombiana y en eso quiero hacer un llamado muy grande y muchos temas más que los hemos llevado al Ministerio en la Política Farmacéutica como son: las presentaciones comerciales, o sea no es posible que una antibiótico que se formula para 8 días, que son aproximadamente 24 tabletas, venga en

presentación de 30 tabletas, porque es que hay 6 tabletas que están yendo a la basura más las que seguramente el paciente cuando se sienta aliviado no termina, entonces terminado con un glister de 10 que no se está usando, pero se está pagando, entonces también estoy invitando al Invima a que cuando esté otorgando registros sanitarios, ajuste presentaciones comerciales a días de tratamiento o tenemos lo contrario, presentaciones para 30 días que es la prescripción normal dentro del sistema de salud, pero que vienen en 28 tabletas, entonces es un paciente que en dos años, si viene formulado mensualmente bien, ya le falta un mes de formulación y la EPS en un mismo mes no le da dos fórmulas, eso por matemáticas se puede ver cada mes 2 días por 12 meses, dan 24 tabletas, en febrero del año siguiente a él ya le hace falta un mes de tratamiento y la EPS no le entrega dos veces en el mes la terapia crónica.

Muchas cosas más podríamos decir acá, pero quiero terminar pidiendo que la Industria Farmacéutica sea más ética con el paciente, sea que el paciente del marketing farmacéutico y que si quiere hacer responsabilidad social, le haga en otro segmento y que no considere al paciente como un cliente en la cadena, el médico para resumir no puede ser un vendedor más de la industria, tiene que ser un prescriptor de lo que considere de lo que necesita el paciente, este es un llamado muy general y de una u otras maneras, a las EPS que por favor cumplan la función de entregar los medicamentos a tiempos completos, porque este es un problema señor Ministro que tenemos todos los meses, con patologías graves de alto costo y también con las de bajo costo como una hipertensión arterial, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra la doctora Ángela Chávez Restrepo, Representante de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras (Fecoer).

Representante de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras (Fecoer), doctora Ángela Chávez Restrepo:

Muy buenos días a todos, agradecer a las Comisiones Séptimas por la invitación y por la oportunidad de hablar en nombre de los pacientes, específicamente quiero referirme a la población que representamos, nosotros agremiamos 34 organizaciones de pacientes a nivel nacional que trabaja con diversas enfermedades raras y queríamos un poco contextualizar la presentación del Ministro en cuanto a los puntos que el toca y que nos parece importante ampliar por qué de alguna manera todo este debe enmarcarse dentro el derecho fundamental a la salud y a la salud pública y de alguna manera entendemos las preocupaciones del Ministerio con respecto al tema de los sobrecostos, pero también hay que tener y entender otros aspectos que nosotros como pacientes vemos en el desarrollo de los medicamentos y en el desarrollo de la innovación, en el desarrollo de

la investigación, sobre todo en el área que nos compete, que es el de las enfermedades raras y lo que el Ministro trae como presión tecnológica para nosotros dentro del enfoque de la salud pública y el derecho fundamental, significa la diferencia entre la vida y la muerte.

Muchos de los medicamentos que se llaman innovadores, pueden no traer realmente un valor agregado, pero muchos de esos otros sí pueden significar para un paciente la diferencia entre la vida y la muerte, en el caso de la innovación, no viene solamente por la promoción de la industria farmacéutica, sino realmente la búsqueda de soluciones para que ellos que tienen menos oportunidades de acceder a la salud, como es el caso de los pacientes con enfermedades raras, cuyas enfermedades generalmente son de origen genético y cuyo tratamiento es difícil de alcanzar, entonces en ese caso sí es muy importante hacer la diferencia y ese es un deber gubernamental, entre aquellas tecnologías que pueden traer una baja innovación y que pueden costar mucho al sistema, entre aquellas que efectivamente y en términos de equidad significa la diferencia entre la vida y la muerte para alguien, para poner ejemplos:

El desarrollo de la terapia génica, la terapia de reemplazo esquemático, el desarrollo de moléculas de alta complejidad para reemplazar proteínas, el uso de chaperonas, efectivamente para los afectados con enfermedades raras, debe ser evaluado en esos términos de equidad y de innovación, cuál debe ser entonces el deber gubernamental en el caso que nosotros lo vemos, es garantizar el acceso, identificar aquellas tecnologías que efectivamente traen un valor agregado, no consideramos que por el hecho de que el gasto de bolsillo sea menor en Colombia, entonces debamos empezar a pagar los colombianos de nuestro gasto de bolsillo aquello que debería cubrir el Estado y que suficientemente nosotros y efectivamente sobre todo cuando se trata de innovación, no podremos sacar del bolsillo, hay que buscar otras alternativas como por ejemplo los esquemas de reaseguro, ver cómo se pueden hacer procesos de cooperación internacional para traer más plata para el cubrimiento, políticas fiscales que efectivamente favorezcan a los más necesitados y a los más pobres, pero no buscar cómo nosotros vamos a sacar del bolsillo para pagar por los medicamentos, de alguna manera los colombianos sí estaríamos dispuestos a pagar por mejor salud, si lo hacemos dentro de un marco equitativo, solidario y en el que todos colaboremos, no sencillamente sacando la plata del bolsillo nuestro.

Hay que buscar la posibilidad de encontrar otros mecanismos que delimiten el desangre del sistema, como por ejemplo, donde están puestos los incentivos para la ganancia a partir de la UPC, si ese tipo de incentivos se retiran, cómo podríamos nosotros de alguna manera recolectar mucho más dinero para lograr el cubrimiento, estamos muy de acuerdo con la Política Farmacéutica, el avance en el control de precios de los medicamentos, incentivar la innovación, la investigación y la competencia, es

algo con lo que estamos de acuerdo los pacientes, porque tendremos medicamentos mejores, de mejor calidad y a costos que seguramente podrá pagar también el sistema, y seguramente de alguna manera si podemos el bolsillo de los colombianos también, pero tenemos que pensar también que debe haber sistemas de información bien puestos, un control de la corrupción clara, evitar el desangre de los sistemas por otras bolsas y el fortalecimiento de los mecanismos de atención, eliminar la fragmentación administrativa, de hacer un trabajo interinstitucional para resolver otra cantidad de problemas que no solo se resuelven con la política farmacéutica, en pocas palabras, llamar al Estado, llamar al Gobierno porque Estado somos todos y estamos haciendo el trabajo, llamar al Gobierno para que realmente se pare a defender nuestros derechos frente a la filosofía implacable del mercado, esto con respecto a todos los actores del sistema.

En cuanto a la crisis que mencionaba el Ministro de evidencia y escepticismo saludable, estamos de acuerdo con él y que hay que efectivamente revisar esa evidencia claramente y efectivamente puede haber también un escepticismo saludable frente a las tecnologías, pero lo mismo se dijo frente a los antibióticos en su tiempo y se dijo frente a otras tecnologías que en su tiempo fueron innovadoras, de alguna manera es nuevamente deber gubernamental establecer qué evidencia es efectiva, qué evidencia se puede tomar para la toma de decisiones en salud y al mismo tiempo tener ese escepticismo saludable pero que no sea el escepticismo precisamente para la negación o para el no cubrimiento más allá de lo que la evidencia misma pueda presentar.

Por último el llamado a los actores y me uno a mucho del discurso de Nelson, porque en realidad es vital en toda esta filosofía de mercado que lucha contra la filosofía del derecho fundamental a la salud y a la salud pública, estamos nosotros metidos los pacientes que realmente no somos consumidores del sistema de salud, sino somos los promotores y somos por los cuales existe realmente todos los demás actores alrededor, es definitivamente empezar a pensar y actuar en ese marco de salud pública y de derecho fundamental, no se engañen al pensar que si salimos fuera de ese marco, la filosofía de mercado va a llevar a la sostenibilidad, vamos mal, si la filosofía de mercado sigue rigiendo de alguna manera ninguno de los actores va a ser sostenible dentro del sistema, todos tenemos que pensar en soluciones innovadoras para el cubrimiento, esquemas de seguro, reaseguro, gestión del riesgo, políticas fiscales, regulación y control de la corrupción, promoción de la investigación para quienes innovan, la pregunta hoy es, ¿cuánto vale su innovación? ¿Cuánto más va a ser su margen de ganancia en detrimento de la sostenibilidad de su negocio? Sea el actor que sea que tiene relación con la industria de la salud, promover la innovación y la competencia y la investigación es algo con lo

cual estamos de acuerdo con el Gobierno nacional y deben ser incentivados no tanto para ahorrar dinero sino en aras de que los pacientes accedan a su derecho fundamental a la salud, para que todos tengamos esa salud de manera eficiente y con sostenibilidad del sistema.

Queremos hacer un último llamado también a la implicación de los actores gubernamentales a trabajar de manera interinstitucional, en el caso por ejemplo puntual del Invima, no es posible que haya la autorización para unas personas que necesitan el mismo medicamento y para otras no, para aquellos medicamentos vitales no disponibles, sencillamente basado en el estudio de evidencia clínica que no es suficiente aún se le ha pasado evidencia que es suficiente, no autorizan digamos los medicamentos vitales no disponibles.

Hace poco salió en el periódico, en una de las cadenas nacionales el caso de los niños con osteogénesis imperfecta y que el Invima tomó en este caso acción, ese es uno solamente de los casos de los muchos pacientes con enfermedades raras, que tenemos, que efectivamente no acceden a los medicamentos, necesitamos realmente un compromiso de todos los actores, no solo por la sostenibilidad del sistema sino primariamente por el acceso fundamental a la salud y porque definitivamente todos aquí seremos, somos o vamos a ser pacientes, de alguna manera todos los actores deben comprometerse a lograr que si los pacientes acceden, si los pacientes tienen lo que necesitan, pueden ustedes también ser sostenibles, estamos en medio de un sistema mixto público privado que de alguna manera, pensamos nosotros tal vez de manera pesimista ya no vamos a poder desmontar, hay intereses de por medio que efectivamente obedecen al mercado pero nuevamente hacemos la reiteración de que no crean que obedeciendo solamente a las leyes del mercado vamos a poder lograr la sostenibilidad del sistema y el llamado al Gobierno nacional es, su preocupación por el recorte de costos es legítimo y lógicamente para nosotros también es importante, pero ese recorte no debe ser a costa de la salud de los colombianos, de alguna manera las acciones que se tomen deben ser dentro del marco de la progresividad para lograr el acceso fundamental que tanto necesitamos, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra el doctor Miguel Uprimny, delegado de Asocajas.

Delegado de Asocajas, doctor Miguel Uprimny:

Buenas tardes ya, y muchas gracias a las Comisiones Séptimas por esta oportunidad para hacer unas reflexiones, ya se han dicho muchísimas cosas, yo creo que el Ministro tocó algunos aspectos del mercado, yo voy a hacer algunas precisiones sobre lo que nosotros opinamos sobre esos aspectos del mercado, Nelson tocó unos temas que me parecen muy importantes, yo voy

a profundizar en un actor en este elemento de regulación que es esencial para que funcionen las cosas y adicionalmente a eso voy, a hacer unas pequeñas reflexiones sobre la ética de control en muy corto tiempo.

Entonces, lo primero entender que estamos en el marco de una Política Farmacéutica que eso es lo primero más importante que me parece que ha sucedido en el sentido de que tenemos ya unos lineamientos, tenemos claro que este es un tema de acceso, uso racional de medicamentos y calidad de medicamentos son esa trípode esencial para que funcione el tema, que esto es por extensión parte del derecho fundamental a la salud de las personas y que es un elemento también a tener en cuenta en todos los aspectos regulatorios y adicionalmente que esto se basa en la transparencia y en la información que tengamos todos los colombianos, a mí me parece que ese marco permite que nosotros podamos avanzar alrededor de ese tema, adicionalmente nos permite para prepararnos para otro elemento fundamental que es la Ley Estatutaria, o sea cómo vamos a abordar el tema de los medicamentos en la Ley Estatutaria, en ese sentido nosotros consideramos que es superimportante la regulación, pero también es superimportante el equilibrio con el mercado, ya lo dijo el Ministro en varias ocasiones, a veces cuando regulamos demasiado terminamos teniendo unos precios mayores que cuando dejamos que el mercado funcione, el arte está en ese equilibrio y ese sano equilibrio entre una buena regulación que me parece que este es el caso y el equilibrio con el mercado y el dejar que el mercado funcione, es clave porque para los colombianos como bien lo dijo el Ministro pero como un logro del sistema, es importantísimo mantener un gasto de bolsillo suficientemente adecuado para que no haya catástrofes económicas familiares y entender que hoy los biotecnológicos que son de lo que estamos conversando, ya es un tema de sistema, el Ministro lo ha dicho en varias ocasiones, 2 mil billones de pesos se están invirtiendo en el sistema frente a ello.

Creemos evitar las condiciones de monopolio y la creación de alternativas de producción debe ser estimulada y a mí me parece que ese es el camino, la regulación de precios es un tema superimportante que me parece que el Gobierno ha hecho adecuadamente pero no es suficiente, porque la regulación de precios siempre se queda corta, entonces la posibilidad de entrada de nuevos competidores que es lo que hace que haya un buen manejo del tema.

Pero aquí viene un tema que Nelson tocó y que me parece que es esencial, este tema requiere de una confianza de todo el sector y quiero empezar por mis colegas, los médicos, en donde nosotros debemos tener la suficiente confianza para que formulemos con toda la autoridad los medicamentos que han sido autorizados por el Invima, pero el Invima a su vez tiene que ganarse también esa confianza, el Invima debe fortalecerse, desarrollar sus capacidades para que todos en un

momento dado confiemos en que una autorización hecha por el Invima significa que es un chulo en el que nosotros podemos movilizarnos.

El otro elemento que quería tocar, es que nosotros debemos buscar y es un reto del gremio médico, el autocontrol en la formulación, el hacer la reflexión si ese nuevo medicamento que yo voy a formular si es realmente mejor que el medicamento que venía yo formulando, esa es una reflexión que yo tengo que hacer, es una reflexión interna de cada quien, pero es una reflexión que requiere el estudio permanente y el mantenerse actualizado y es un tema ético y es un tema que nosotros tenemos que volver a poner sobre la vida, pero eso no significa que no podamos hacer otras cosas, yo creo que podemos hacer muchísimas otras cosas y uno de los temas que podemos hacer es el control social y el control social hoy, con la información disponible, nosotros como usuarios, nosotros como pacientes, podemos hacer que en un momento dado pongamos a luz pública pues medicamentos que pueden ser biotecnológicos, pero que pueden ser igualmente una agua de panela y no quiero insultar a el agua de panela, entonces en ese sentido, lo que quiero decir es, hay muchos elementos que nosotros tenemos que poner sobre la mesa, permitir que las personas tengan la información suficiente pero también nosotros como usuarios hacer el control social alrededor del tema.

Por último quiero hacer una reflexión, a mí me parece que el modelo del decreto ya sacado, es el modelo para la regulación de otros mercados de la salud que no nos hemos atrevido a regular y que creo que nosotros debemos empezar a seguir los mismos pasos que hay ahí, evaluar el mercado, si hay condiciones de mercado, dejar que el mercado actúe, no nos metamos mucho ahí, si no hay condiciones de mercado, busquemos crear condiciones de mercado, eso es lo que hizo el decreto, si no se logra, regule precios y las técnicas que yo tenga de utilización que debió utilizar el Invima y de evaluación deben ser impecables, es un elemento fundamental y abordar los riesgos que van a haber, van a haber deformidades de mercado, sabemos que van a pasar, entonces estar listos para abordar esas deformidades de mercado y se requiere una gran dosis de control social de los gremios de la salud, del cuerpo médico y de los pacientes y adicionalmente suplir, tener la disposición de suplir las deformidades del mercado ficticias y tales como en algunos casos el desabastecimiento, les agradezco mucho y espero que esto aporte también a que podamos regular algunos otros elementos de los mercados de la salud, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien doctor, tiene el uso de la palabra la doctora Elisa Carolina Torrenegra, Directora de Gestarsalud.

Directora de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Doctor Didier Burgos, doctor Pulgar, doctor Víctor Raúl Yepes, Secretario, doctor Jesús María España, Congresistas, Expresidente Uribe, buenos días a todos, para nosotros es de gran complacencia que esta Comisión ponga un tema tan importante. Gestarsalud en representación de más de 10 millones de colombianos quiere manifestar primero, una gran complacencia con la política farmacéutica que está estableciendo el Gobierno Nacional, consideramos que es no solamente lo que mencionaba el señor Ministro de los ahorros inmensos que se pueden dar en el sistema, sino que también coloca una mayor competencia dentro del mercado, lo cual siempre será sano, sin embargo, nosotros consideramos que todo es parte de todo, los medicamentos biotecnológicos, los que están incluidos en el POS, entran a tener los problemas del POS y los que están por fuera del POS entran a tener los problemas del no POS.

Nosotros desde el punto de vista de los medicamentos biotecnológicos consideramos que cumplen con las condiciones de eficacia, efectividad y seguridad, amplían las opciones para el manejo de nuestros pacientes en lo que tiene que ver con patologías como diabetes, cáncer, artritis, enfermedades huérfanas y todas las características que aquí se han hablado ya en esta hora del debate, sin embargo, lo que se ha plasmado en el Decreto con relación a la tercera vía, para nosotros es una preocupación, porque nosotros para nuestros usuarios, para nuestros afiliados necesitamos seguridad y efectividad de lo que se formule, a nosotros no nos deja tranquilos el que una tercera alternativa de ingreso de autorización de esos medicamentos con todo el buen, la buena intención que se tenga, no garanticen a nuestros usuarios, primero que todo una efectividad para el tratamiento que están identificados, o segundo que no hubiesen sido debidamente revisados desde el punto de vista de las pruebas inmunológicas, entonces en esa parte tenemos preocupación, sabemos que el Gobierno Nacional, el Ministerio está haciendo todo lo posible para mirar guías, para afinar el tema, queremos que el Invima se fortalezca cada vez más, no solamente en la revisión de dichas condiciones para autorización, sino en la verificación que esos medicamentos, la circulación por todo el país salvaguarde las condiciones por las cuales han sido autorizados, pero entonces nosotros sí queremos que el medicamento que sea autorizado en el país, cumpla con toda la rigurosidad para que nuestros usuarios y nosotros estemos tranquilos.

De todas maneras como los medicamentos biotecnológicos hay unos que forman parte de lo que es el plan obligatorio de salud y hay otros que están por fuera, nosotros queremos hacer caer en cuenta que por lo menos en el régimen subsidiado nosotros en los que están por fuera del POS, nosotros tenemos que exponernos ante los recobros

a las entidades territoriales, los cuales nos siguen problemando la vida porque los departamentos y los distritos, no todos nos están soportando los pagos, no todos nos están aceptando las facturas, no todos nos están correspondiendo con una red de prestadores que realmente podamos nosotros estar tranquilos como EPS, entonces celebramos la Política Farmacéutica, celebramos el que se contemplen los medicamentos biotecnológicos, los ahorros del sistema son y muy importantes, pero la forma en que se pueden estar autorizando a través de una tercera alternativa que se llama la tercera vía, no nos deja tranquilos y pedimos que se revise un poco más, esa es nuestra recomendación porque tenemos con nuestra obligación a 10 millones de colombianos que son una población absolutamente representativa sobre todo en las clases más vulnerables del país que debe ser nuestra prioridad, muchas gracias.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien, tiene el uso de la palabra el doctor Hernán Redondo, de la Defensoría del Pueblo y se prepara el Senador Jorge Iván Ospina y el honorable Representante Óscar Ospina.

Delegado Defensoría del Pueblo, doctor Hernán Redondo:

Muy buenos días para todos y para todas, un saludo muy especial del señor Defensor del Pueblo, doctor Jorge Armando Otálora, que se encuentra cumpliendo funciones propias de su cargo fuera del país, señor Presidente, señor Ministro, señor Superintendente, señor Delegado, señor Ex presidente, honorables Senadores y Representantes, primero que todo expresar nuestra gratitud por la oportunidad de participar en este debate, que es un debate que se agenda en toda la comunidad internacional porque ni más ni menos nosotros estamos buscando un balance entre el comercio y la salud pública, entre la necesidad de proteger la propiedad intelectual y la necesidad de la población de acceder a medicamentos que traten sus dolencias y que se requiere para su supervivencia y es que los medicamentos tienen una doble propiedad, porque los medicamentos son un producto comercial y así los vio siempre el Ministerio del Comercio, pero también es un bien meritorio que se requiere bajo interés de la salud pública de los pueblos, miren ustedes cómo las diferentes expresiones de la comunidad internacional así lo manifiestan, siempre en la búsqueda de ese equilibrio, la Declaración Ministerial de DOBA en Catar, expresó: “reconocemos que la propiedad intelectual es importante para el desarrollo de nuevos medicamentos, reconocemos así mismo, las preocupaciones con respecto a sus efectos sobre los precios de los mismos, la observación general número 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pides), establece que el derecho a la salud, comprende el derecho a condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en

caso de enfermedad, ello incluye el acceso igual y oportuno a servicios de salud básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, que implica un tratamiento apropiado de enfermedades y el suministro de medicamentos esenciales, pero por otro lado como bien se ha comentado, en el año de 1995, la Organización Mundial del Comercio para compensar a las casas farmacéuticas que invirtieron ingentes recursos en investigación y desarrollo de nuevas moléculas firmaron el Acuerdo ADPI, el acuerdo sobre Aspectos de Derecho de Propiedad Interaccionar desarrollados con el comercio y se estableció en todo el mundo una patente de protección de la información no divulgada de 20 años, 20 años en los cuales en todo el mundo las casas farmacéuticas pueden explotar en condiciones monopólicas el fruto de su investigación y desarrollo.

Colombia ha sido generosa históricamente con la protección a la propiedad intelectual, veamos nosotros cómo en el año 2002 con el Decreto 2085 en esa oportunidad muy debatida, se agregaron 5 años más, señor Presidente, de protección a la información no divulgada, 5 años más, con la política farmacéutica nacional del año 2002 se estableció la libertad vigilada de precios, entonces sumen ustedes los dos contextos, una libertad vigilada de precios y unas condiciones monopólicas de explotación y comercialización de un producto, súmle a eso lo que se vio y se vivió que, el señor Ministro, hizo perfecta relación al tema, lo que llamó un pagador ciego, como dijéramos, los recobros en el sistema pasaron del año 2005, de 120 millones de pesos a más de 2 billones de pesos en 2010 y entre otras cosas, la Sentencia T-768 que creó la figura de requerir por necesidad, dejó muy claro que un procedimiento, un insumo, un medicamento así no esté en el POS, si se requiere por necesidad, debe ser suministrado, no obstante el gobierno ha venido tomando medidas regulatorias que no son nuevas, mira la que más pretérita me acuerdo yo y seguramente muchas personas que estamos en el sistema desde hace mucho tiempo, recordamos fue la del Seguro Social, cuando hizo centralización de compras a nivel nacional, eso fueron celebres las famosas no subastas, si no bajastas del Seguro Social, que al comprar grandes economías de escalas a nivel nacional obtuvo unas bajas de precios bien importantes, posteriormente se revisó el tema de los recobros ante el Fosyga siendo todavía Ministro el doctor Diego Palacios, se hicieron las compras paralelas que también generaron bastante defensa de los recursos públicos de la salud, ya en esta administración con el Conpes social 155 que las 10 estrategias que explicaba el señor Ministro apuntan a fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, se hizo la Circular 03 que a nuestro modo de ver fue un avance porque se observó por la comunidad nacional y hasta por los medios de comunicación, fueron célebres los artículos de Juan Gossaín comparando los medicamentos en Colombia contra el mismo precio y el mismo

medicamento de la misma casa contra países de situación económicas similares y países vecinos, entonces esa circular como lo explicaba el señor Ministro estableció un mecanismo innovador si se quiere, para tratar de regular y que los precios en Colombia sean comparativos con los países de referencia.

En Colombia, dijéramos, el acceso a los medicamentos siempre ha tenido dificultades, según ha estudiado la Defensoría del Pueblo, en el 2013 de 454.500 tutelas interpuestas, 115.000 fueron en salud, entre ellas los medicamentos fueron las segundas solicitudes incluidas dentro del POS más frecuentes en las tutelas en los dos regímenes, en las solicitudes no POS en el régimen subsidiado las reclamaciones vía tutela por medicamentos ocuparon el primer lugar, durante este mismo año 2013, con base en el reporte obligatorio de negaciones de servicios hechos por las EPS a la Defensoría del Pueblo y a la Superintendencia Nacional de Salud, se encontraron que hubo 297.433 negaciones de servicios auto reportadas por las mismas EPS, el 59.65% de esas negaciones de servicios, correspondió a medicamentos constituyéndose en la primera causa, por eso para la Defensoría del Pueblo el problema central de la situación farmacéutica es la búsqueda del equilibrio, efectivamente, porque desafortunadamente tenemos carencia de acceso universal a los mismos, el Decreto número 1782 del cual se hablaba acá que introduce 3 vías, de las cuales si han sido mencionadas, yo quiero decirle, señor Ministro, que el equipo técnico de la Defensoría del Pueblo ha estudiado mucho la ruta abreviada de comparabilidad, la tercera vía y realmente lo único que nosotros encontramos de abreviado es el nombre, porque no vemos en esta ruta un atajo para hacerle un esguince a la calidad de los medicamentos.

Realmente nosotros vemos que la tercera vía parte del hecho de que la molécula ya está estudiada y por eso es que no es necesario repetir los ensayos clínicos en humanos, porque ya se hicieron, voy a poner un ejemplo, muy, de un médico salido de los consultorios y el ejemplo más sencillo no es con un biotecnológico, es con la Aspirina, con el asa, con el ácido acetil salicílico, desde nuestras abuelas sabemos que la Aspirina baja la fiebre, es antipirético, sabemos que calma un poco el dolor, es analgésico y también sabemos, sobre todo los mayores de 50 años, que tomamos una tableta al día de Aspirina de 100 miligramos, que es anticoagulante y que tiene un efecto anti agregante plaquetario, esa es una verdad sabida, entonces si llega una casa farmacéutica con una, a introducir al Invima una, nueva molécula de Aspirina, a registrar una Aspirina, no se le pide que demuestre que es antipirético, analgésico y anti agregante plaquetario, se le pide que demuestre con buenas prácticas de manufactura que su producto sí tiene 100 mg, efectiva y realmente de ácido acetil salicílico o 500 mg en la otra presentación y no se repiten los ensayos clínicos que ya están

sobradamente conocidos en la Comunidad Científica Internacional, esta ruta abreviada nosotros vemos que guarda todo el rigor científico técnico, por eso y para finalizar, señor Presidente, para la Defensoría del Pueblo el decreto firmado recientemente por el señor Presidente, es un paso adelante de la aplicación y fortalecimiento de la Política Farmacéutica Nacional, aclara de una vez por todas esta situación en la medida en que se definen las rutas y los estándares que el país exigirá a los nuevos productos, al final el gobierno optó por el justo medio, salvaguardando los criterios sanitarios, respetando la propiedad intelectual y haciendo prevalecer el derecho fundamental a la salud, muchas gracias.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien Defensor, vamos a darle el uso de la palabra a la Directora Nacional del Invima, María Elvira Cajigas.

Directora Nacional del Invima, doctora María Elvira Cajigas:

Muy buenas tardes a todos, honorables Representantes y Senadores de la Comisión Séptima, Ministro, Superintendente, todos los asistentes. Vamos a hacer algunas claridades de la competencia Invima frente a las diferentes exposiciones que se han hecho acá en este Foro Farmacéutico, y por supuesto todo el equipo de Invima ha recogido las inquietudes que cada uno de ustedes han expuesto y esperamos poder responder de la mejor forma posible a ellas.

En el tema de la Política Farmacéutica, es claro que antes que se expidiera el Conpes, por el cual se adoptó la Política Farmacéutica, el Invima con el Ministerio y una serie de actores entre los cuales muchos de ustedes seguramente estaban, participamos de la formulación de esa política y dentro de ella quedó claramente establecido también que las competencias de Invima; no de esa forma directamente como competencia, pero sí los conceptos de calidad, seguridad y eficacia seguirían siendo la medición para los medicamentos de toda índole en el país, tanto los de síntesis química, como los biológicos, los naturales, como los fitoterapéuticos, etc.

Nosotros, voy a empezar a dar unas claridades sobre el Decreto número 1782, nueve decretos de registros sanitarios para medicamentos biológicos, partiendo de los conceptos calidad, seguridad y eficacia, quiero darle tranquilidad a todos los aquí presentes y recordar que el Invima es una de las entidades certificadas en sistemas de gestión de calidad a nivel latinoamericano, solamente somos 4 países los que estamos incluidos en ella, pues la Organización Panamericana de Salud, y hoy participamos activamente con autoridades sanitarias fuertes y robustas como lo son la FDA y GEL Canadá, con las cuales tenemos convenios de cooperación claramente establecidos para mantener los estatutos y garantizar que los estudios de calidad, seguridad y eficacia funcione

para todas las cuestiones y competencias que tiene el Invima, en ese sentido también aclarar que funcionamos en los conceptos de inocuidad para alimentos, medicamentos y dispositivos médicos, cosméticos, productos de aseo e higiene doméstica, de tal manera que, esa certificación ante el usuario, da una garantía de que los procesos internos del Invima, donde se analiza la información que presentan los diferentes actores para acceder o a una notificación sanitaria o a un registro sanitario, son absolutamente claros, seguramente no tan expeditos porque estamos un tanto abrumados de la cantidad de solicitudes que llegan día a día al Invima, pero sí claros y efectivos cuando hay un acto administrativo donde el Invima dice que hay un registro sanitario, donde un producto cumple las condiciones de calidad, seguridad y eficacia, eso complementado con las certificaciones internas del país que tenemos dentro de los sistemas de gestión de calidad.

Uno somos una entidad certificada en todas las normas ISO, entre los sistemas de gestión calidad (ISO 9000, ISO 9001), los laboratorios de referencia del país del Invima están hoy certificados por el Organismo Nacional de Acreditación, que es el único ente nacional que tiene la competencia de certificar laboratorios con procesos de calidad y de control de calidad establecidos claramente a través de muchos estándares internacionales ya que este organismo también está acreditado del orden internacional en los procesos de gestión de calidad y en ese sentido, decirles que, también tenemos una precalificación ya de la Organización Mundial de la Salud, frente al laboratorio de medicamentos y dispositivos médicos, este último, también, el único en latinoamérica, con un abanderamiento por parte del Invima frente a la implementación de lo que son los programas de vigilancia en pos comercialización de dispositivos médicos, un poco esperando que cojamos preventivamente los sistemas en dispositivos médicos y no suceda lo que de pronto nos pasó y es dejar pasar muchas cosas en el área de medicamentos para después seguramente todos los actores tener que tomar medidas totalmente correctivas, esto para decir que, y ratificar que, los ciudadanos tienen que tener claro que los conceptos de calidad, seguridad y eficacia en todo lo que hace el Invima son la medida número uno por el cual se garantizan las competencias que nos han asignado, si ello fuera poco a partir de un rediseño institucional que se dio en el Invima en octubre del 2012, hemos creado la unidad de seguridad, es la única entidad que tiene una unidad de seguridad de cara a tres cosas absolutamente claras:

1. Los procesos anticorrupción dentro del Invima y fuera del Invima.
2. Los conceptos de ilegalidad y contrabando y
3. El proceso de relacionamiento interinstitucional e intersectorial, dada la condición de que Invima se relaciona con los sectores

de comercio, salud, agropecuarios, hacienda, económicos, etc.

En esa primera parte de anticorrupción y como respuesta a una de los planteamientos hechos por el Ministro Alejandro Gaviria, como quinto componente muy específico en la política farmacéutica, hoy tenemos unos resultados claros a nivel de los procesos de expedición de trámites de registros y todo lo asociado a ellos, de tal manera que el requisito no lo estamos inventando, no estamos siendo inequitativos con ninguno de los usuarios del Invima y todos serán medidos y calificados bajo los mismos parámetros, esa unidad de seguridad que tiene básicamente al interior procesos, información privilegiada que maneja el Invima de todos los usuarios y de todo el país, en todos los ramos, alimentos, dispositivos, medicamentos, cosméticos, productos de aseo e higiene doméstica, tiene hoy unos resultados evidentes que estamos entregando a la luz pública, tanto para el programa de lucha contra la corrupción, al Ministro, a la Presidencia, al Zar Anticorrupción, de tal manera que es un elemento adicional para garantizar la equidad en lo que nosotros vamos a hacer en adelante.

En ese mismo sentido de cómo vamos a ejecutar e implementar ese decreto, con esas garantías ya mencionadas anteriormente, hemos venido trabajando con el Ministerio de Salud, en un programa de implementación por etapas que nos cubra obviamente los 12 meses que tenemos de plazo para ello y hemos acordado algunos tiempos, estamos afinando algunas cosas, hemos pedido activa participación del Invima en la elaboración de las guías que quedaron sujetas para que el decreto entre en implementación, situación que hoy estamos en retroalimentación permanente con el Ministerio, con dos de las guías que ya han pasado los primeros borradores, tres de ellas que todavía hacen falta y que en el transcurrir de los próximos 6 o 7 meses como hemos acordado con el Ministro debería ser, de tal manera que hay un programa, unos cronogramas establecidos, unas responsabilidades de cómo vamos a ejecutar la implementación de este decreto y obviamente queremos ajustarlo en la medida que vayamos haciendo implementaciones durante los próximos 12 meses.

En los temas de los medicamentos de vitales no disponibles, saliéndome del tema del Decreto Biotecnológico, nosotros nos regimos por el Decreto número 481 en medicamentos de vitales no disponibles y en ese decreto es claro que los medicamentos en los procesos de experimentación no pueden ser ingresados al país, por lo tanto muchas de aquellas, de aquellos pacientes que han solicitado al Invima admitir un medicamento por la vía de no tener registro y estar haciendo la experimentación ha sido negado, es claro, el país está de acuerdo en eso, el Invima está de acuerdo en eso y de esa forma lo hacemos y cuando salió el Decreto número 481, excúseme como lo voy

a plantear, de pronto no suena tan bien pero es cierto, muchos importadores y fabricantes de medicamentos, vieron esto como una vía para ingresar al país medicamentos que no tuvieran registro sanitario, es decir, que no tengan todos los estudios, que no tengan ni siquiera un proceso de estudio, análisis por parte no solamente del grupo técnico de la ventanilla de Comercio Exterior, sino de la Comisión revisora y del grupo técnico de la dirección de medicamentos y es así, como hoy encontramos qué grupos de pacientes, 30.000 pacientes hoy, están siendo todavía formulados con productos que no tienen registro sanitario y con los cuales tuvimos que hacer digamos una mesa de trabajo y promover efectivamente que esos importadores y fabricantes, se legalicen con una licencia de funcionamiento y un registro sanitario, uno no puede entender que haya 30.000 pacientes con un medicamento que es por 3 años diferentes dosis y cantidades durante esos 3 años y nadie se le haya ocurrido tramitar un registro sanitario, de tal manera que también ha sido la puerta de escape para mucho de ellos, ejemplos sobre esto tendríamos muchos, el ejemplo que ponía la persona de enfermedades huérfanas o enfermedades raras de los niños, es efectivamente cuando un importador le pide al Invima que certifique una indicación para poder ingresar ese medicamento y la indicación no está establecida en el registro sanitario, nosotros lo que hemos respondido es, el registro sanitario tiene estos usos y por lo tanto la autonomía médica define si no lo va a usar en eso que está como indicación, si no en otro tipo de indicaciones, aquí aparece un tema de recobro completo al sistema porque obviamente las instrucciones y las circulares que han salido del Ministerio de Salud, dejan claro que el tema de recobro será sobre los usos autorizados en los registros sanitarios del Invima, de tal manera, que se convierte ya entre un tema comercial y económico, un problema netamente sanitario, desde el punto de vista Invima nosotros certificamos los usos que estamos dando, que son usos que obviamente los fabricantes o importadores solicitan, nosotros no podemos obligar a un laboratorio o a un importador que solicite registro para un uso que ellos o no les interesa o no lo tienen estudiado o cualquier otra circunstancia, de tal manera que en este tema de los vitales no disponibles, al igual que en el tema de biotecnológicos, seguramente vale la pena hacer algunas claridades normativas, pero tenemos el record de que ha pasado con todo esto de vitales no disponibles, por supuesto hemos negado aquellos medicamentos que están solicitados para pacientes que no cumplen las condiciones que en el Decreto número 481 están y que blindamos no al Invima, blindamos al paciente, porque nadie podría comprometerse con un medicamento en experimentación o que se vuelva simplemente la costumbre de un tratamiento de 3 años vía importación directa para que en 48 horas esté solucionado.

En el tema de los productos naturales, si bien es cierto como lo decía la Presidenta de Fenat, la Directora Ejecutiva de Fenat, hasta el año el único listado que existía de medicamentos de productos naturales versa del año 2006 o 2007 con 7 o 9 plantas medicinales naturales incluidas ahí, las comisiones revisoras del Invima que son 7 en total, tienen 3 competencias normativas claramente establecidas, la primera, elaborar los listados bien de medicamentos, bien de plantas naturales, segunda, definir la condición de venta y la condición de comercialización es con fórmula médica o sin fórmula médica y tres, la definición de contraindicaciones etiquetado y advertencias en esa etiqueta que todos los colombianos nunca miramos porque la letra es tan chiquita que no sabemos ni alcanzamos a mirar qué es lo que dice, de la cantidad de cosas que podría ser incluida en una etiqueta, bajo esas tres competencias de la comisión revisora, se hizo un trabajo, no necesariamente los últimos 6 meses, viene la comisión revisora desde el año 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 revisando el listado y a partir de una solicitud del Ministerio en el año 2012 se enfatizó la revisión del listado de plantas naturales, sin embargo y para no generar esa polémica hoy, hay una instrucción clara del Ministerio de Salud para una revisión por parte de la comisión revisora de que se puedan esas condiciones, de comercialización de fórmula médica o no, incluir en el etiquetado y en contraindicaciones o con mayores insertos en los productos naturales, de hecho el Invima ya había solicitado a la comisión revisora se hiciera una revisión cuando esto fue definido de esta forma, tenemos seguramente un tiempo, creemos que en el transcurrir a noviembre que era cuando se acababan los plazos de la famosa Circular de 6 meses, podemos estar diciendo a partir de unos análisis con las partes interesadas, cuáles medicamentos de productos naturales quedarían en términos de fórmulas médica y cuáles no.

La mesa de trabajo que se está solicitando, ayer fue citada por el Invima para este martes en 8, seguramente a la doctora no le ha llegado aún la citación, la carta pues de citación para que empecemos a revisar sobre una producción que haga de los resultados de la comisión revisora, la comisión revisora se ha reunido con el Director de Medicamentos del Invima y ha dicho: vamos a revisarlo, denos un tiempo, hemos citado a unas sesiones extraordinarias de aquí a finalizar el mes de noviembre para saber cuántos medicamentos pueden revisarse a partir de fórmula médica o no y que aquellos, repito, que se puedan incluir como insertos o adicionales en las etiquetas, puedan ser incluidos, por lo tanto ese es un tema que esperamos pueda ser resuelto en el tiempo de este año, en el tiempo que nos queda de este año. Sin embargo los temas reglamentarios y de solicitud específico alrededor de ello, pues es una mesa de trabajo donde tiene que participar el Ministerio de Salud, quien es el encargado de la reglamentación y efectivamente desde el año 2004

esta reglamentación no ha sido actualizada y han pasado muchas cosas durante los últimos 10 años.

Hay una preocupación que lo plantearon sobre el Decreto Biotecnológico dos o tres de las personas que tienen inquietudes sobre la tercera vía, realmente la tercera vía como está definida en el decreto de biotecnológicos tiene unos requisitos que queremos ser absolutamente estrictos para este cumplimiento, parte de ello lo que estamos desarrollando o lo que está desarrollando el ministerio, ha desarrollado unas guías que ya están empezando a proponer y que deberían garantizar que efectivamente la tercera vía o como se haya denominado en otros países seguramente que no la conocemos, pueda tener toda la garantía, la calidad, la seguridad y la eficacia que el Invima en sus estudios juiciosos pueda demostrar, de tal manera que las demás preocupaciones que no tocan al Invima, pues, supongo que el Ministro las va a tocar en este momento y volver a repetir, que las mesas técnicas estarían abiertas no solamente para el campo de naturales, siempre las hemos tenido abiertas a todos los gremios y a todos los interesados y usuarios del Invima, muchas gracias.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Tiene el uso de la palabra el doctor José Villamil, Director Ejecutivo de la Veeduría Nacional de Salud, para cinco (5) minutos para que los Senadores y los Representantes puedan intervenir.

Director Ejecutivo de la Veeduría Nacional de Salud, doctor José Villamil:

Gracias señor Presidente, a todos los miembros de la directiva de las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado y a sus integrantes, le damos un saludo de la Veeduría. Hemos visto nosotros que en los procesos de decreto para el control de los medicamentos, hace falta precisamente el control y el control por qué, porque nosotros en Colombia hemos detectado mucho contrabando de medicamentos de Venezuela y Ecuador, el cual para combatirlo es muy difícil, porque no hay un verdadero control de los lotes de los medicamentos y lo decimos con certeza, por qué razón, nosotros hemos propuesto al ministerio y nos hemos reunido con los encargados de medicamentos varias veces, primero porque vimos una situación un poco corta que se quedó, en el tope de ganancia que buscan los dispensadores en los medicamentos, en las diferentes EPS del país, porque el precio oficial es uno y el precio para los farmacéuticas es otro y pongo un ejemplo, yo tengo un medicamento autorizado de cualquier EPS, pero resulta que en la EPS me dicen: no lo tengo, consígalo, claro pero él se va a conseguirlo a la farmacia y no es el mismo precio que tiene en la lista oficial de medicamentos, a la farmacia no le obligan, es un precio libre, entonces qué pasa cuando va a recobrar el usuario ese medicamento que le suministraron, no logra recobrar esos dineros invertidos.

Lo segundo le hemos propuesto al Ministerio, es que en Colombia hay que implantar una

historia clínica única donde se tenga incluido el medicamento, pero no solo el medicamento como control de quien lo da o no lo da, si no hay control del medicamento desde que sale de su fábrica, su lote y todo esto, para así saber, inclusive, que nos puedan meter de contrabando los medicamentos y eso ya está en proyecto y en Argentina en este momento lo terminaron los argentinos con el sistema de la policía, nosotros ya nos reunimos con la policía para proponerles a ellos, traerlos o llevar allá y que conozcan cómo funciona el sistema, el sistema son conocidos ya en la página web, es Ángel, proyecto Ángel, y ha dado muy buen resultado allá, entonces es un control efectivo desde que sale el medicamento hasta que llega al usuario, es más, hasta le controlan a qué horas le toca llegar, a qué horas le toca salir del medicamento, cuándo lo tiene que suspender y demás, en cuanto al porcentaje explico eso someramente.

Y otra situación que vemos nosotros es, que hay algunos medicamentos que se entregan sin la autorización, es decir la autorización en el Invima puede que esté en trámite, pero resulta que va uno a ver del componente de un medicamento al otro totalmente idénticos pero el uno tiene el precio alto y el otro lo tiene bajo, entonces ahí juega de que cómo vamos a hacer los recobros y por eso fue que nos pasó lo que nos pasó, con los famosos recobros, si nosotros hubiéramos tenido un control desde su historia clínica, desde su laboratorio y desde el control del mismo usuario, para que cuando la entregue le diga mi lote fue tal, de fecha tal y se controle, evitamos nosotros de que el usuario tenga problemas de calidad de su medicamento, sobre todo de la calidad del producto, porque eso afecta es al usuario.

Y lo último que quiero pedir, no quiero tomarme más minutos, porque creo que he sido claro y conciso en lo que teníamos que hablar, lo más importante es que cuando vayan a hacer este sistema de los decretos en el ministerio o los proyectos de ley, los usuarios por lo menos tengamos razón a decir, nos cae bien el maíz o no nos cae, tenemos esta falla, vemos esto, porque toda la mayoría de los problemas de la salud en Colombia es falta de control, de control en sus medicamentos y de control en su funcionamiento, les agradezco que me hayan dado la oportunidad en la Comisión Séptima, las dos Comisiones Séptimas y muy amables.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Tiene el uso de la palabra el senador Jorge Iván Ospina, quien cumple años hoy, felicitaciones doctor.

Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez:

Bueno, buenas tardes a todos y a todas, muchas gracias por las felicitaciones, voy a dividir mi intervención en 4 cuerpos, voy a hacerla muy rápido. La humanidad llega a la farmacología a partir de conocer el beneficio que ciertas plantas le

traen al ser humano, desde la antigüedad se conoce entonces la fuerza de la valeriana o de la manzanilla en la antigua Grecia, como se conoce en los pueblos precolombinos el manejo del paludismo desde la corteza de un árbol y el uso de la quinina y a partir de estos desarrollos en el Siglo XIX se fue desarrollando y adelantando la farmacología moderna y se fueron entonces aprovechando los componentes activos de las plantas, se fueron aislando, se fueron potencializando y se desarrolló toda una historia que nos ha posibilitado atender innumerables enfermedades, por eso es tan importante reivindicar todo aquello que proviene de las plantas y es tan importante resaltar los esfuerzos que adelantan nuestros pueblos y su conocimiento ser protegido, una de las primeras tareas que tendremos que desarrollar como Nación es proteger ese acumulado y entender que en la biodiversidad van a existir componentes que podrán ser utilizados para otro tipo de enfermedades, recientemente, por ejemplo, en México, se logró desarrollar un anticancerígeno que ha significado ya más de 1 millón de tratamientos a partir de una molécula que se desarrolla y se extrae de un árbol, todos hemos leído en relación a lo que se puede aprovechar en el cultivo del tabaco para intervenir la problemática de pacientes VIH Positivos, así que quiero dejar aquí claro, que es importante que nuestra nación proteja su biodiversidad, potencialice el aprovechamiento de la misma y no posibilite que la misma sea aprovechada por otros y después nosotros seamos sencillamente unos consumidores.

El segundo elemento, quiero alertar en términos de los riesgos de la automedicación, Colombia es uno de los países de latinoamérica donde más automedicación existe, donde los pacientes van a la farmacia y sin necesidad de ningún tipo de receta pueden obtener cualquier tipo de medicamento y ello ya está señalado que es un gran riesgo, es un gran riesgo formularse o auto formularse con antibióticos, tener resistencias cruzadas, hacer cada vez más resistentes a los diferentes gérmenes por el aprovechamiento indiscriminado de antibióticos en toda nuestra población y a mí me parece que ese tipo de elementos solamente sirven a los grandes productores de medicamentos, no le sirven a nuestro pueblo y nosotros debemos adelantar allí una tarea regulatoria y una tarea pedagógica importantísima que el Ministerio de Salud no debe dejar al aire y que debe adelantarla, incluso, con los propios laboratorios y las propias transnacionales, en este mismo sentido hay una gran preocupación con respecto a la publicidad engañosa o la publicidad desmedida y acá entonces, los beneficiarios son los grandes medios de comunicación que, digamos, aprovechan estas pautas, los grandes beneficiarios son las grandes transnacionales y los grandes laboratorios que ofrecen estos medicamentos, pero los perjudicados son nuestras comunidades y allí hay otra oportunidad de trabajar, en términos de una política farmacéutica.

En nuestro país se promociona permanentemente el consumo de analgésicos, de antipiréticos, de ansiolíticos y ese tipo de cosas no debe hacerse, porque este tipo de tareas, son tareas que no dan uso racional al medicamento y al contrario, pueden ser contrarios a un beneficio, yo diría que el gobierno nacional debe adelantar tareas específicas en relación a este tema de la sobrepublicidad y en relación a la publicidad engañosa, las circunstancias son aún mucho más difíciles, multivitámicos, medicamentos para bajar de peso, medicamentos y cremas para el rostro, para la piel, que todos los días nuestra comunidad está presionada, está avasallada por medios de comunicación donde están ofreciendo un servicio que no se va a poder tener y creo que allí hay una oportunidad de trabajo, pero también tenemos una gran preocupación y dificultad, es estructural en el sistema y tiene que ver con el aseguramiento y cada vez que hago intervenciones trato de precisar de una forma pedagógica esas dificultades del aseguramiento, a las EPS les interesa restringir servicios porque si restringen servicios van a tener una oportunidad mayor de dinero y de utilidades, restringen el medicamento, dilatan la interconsulta con el especialista, dificultan el procedimiento de alto costo y por tanto hay una lógica, de reducir servicios para tratar de ganar más, pero también en las instituciones prestadoras de servicios, la lógica es prestar servicio, es facturar, es tratar de prestar cada vez más porque de esta manera puede haber un equilibrio financiero o mayor utilidad para sus propietarios, sean médicos, entidades privadas o cualquiera que sea quien se beneficie de mayor prestación de servicio, un sistema bajo esa presión, la presión restrictiva de una EPS o la prestación ilimitada de los otros, es un sistema que no le es fácil encontrar un equilibrio y quien sufre es el ciudadano, o es el ciudadano porque le restringen el servicio o es el ciudadano porque se ve avasallado en la prestación de muchos servicios y pienso yo que el modelo de aseguramiento debe resolver esas circunstancias, quiero cerrar, respetar entonces el tema de todo aquello que viene de nuestras plantas, de nuestra biodiversidad y donde podríamos apalancar grandes desarrollos de tecnología para la medicina, insistir en que no podemos tener automedicación y que debemos restringir la venta de antibióticos por ejemplo, insistir en que no podemos seguir con publicidad engañosa o con publicidad extralimitada e insistir en que el modelo debe ser ajustado, muchísimas gracias.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien honorable Senador, tiene el uso de la palabra el honorable Representante Óscar Ospina, cinco (5) minutos.

Honorable Representante Óscar Ospina Quintero:

Quiero saludarlos y saludarlas a todos y a todas, desde el Cauca Afro, indígena y mestizo,

agradecerle y felicitar a los Presidentes de las Comisiones Séptimas, a esta hora hace hambre, no. Bueno yo no voy a repetir aquí lo que tanto se ha dicho, quiero plantear la postura de la Alianza Verde, señor Ministro, doctora Cajigas, pacientes, veedores, entorno a los avances que este gobierno ha tenido e inclarificar una Política Pública en una Política Farmacéutica nacional porque claro este sistema, pues todos lo conocemos, recordamos con tristeza, no nos han dicho todavía al país qué pasó con la mafia de Acemi, que coloquialmente lo llamaron el consenso de Acemi que se llevó muchísima plata y que no nos la ha devuelto, la necesitamos esa plata Ministro, Superintendente, Superintendente de Industria y Comercio necesitamos que esas mafias que se arman antimonopólicas, pues sean sancionadas ejemplarmente, el país no ha sabido qué pasó con eso, que se embolsillaron 1.7 billones de pesos haciendo recobros, aprovechándose de la mala reglamentación y de las que llamaron las zonas grises, mucha plata se perdió allí, quiero recordarles también que 8 de los 10 biotecnológicos más recobrados al Fosyga eran exactamente biotecnológicos, de los 10 medicamentos más recobrados, 8 eran biotecnológicos y por qué razón, pues porque esa era la gallina de los huevos de oro de Abbott, Pfizer, Roche, laboratorios que les ha tocado incluso que bajar los precios, en Brasil a Roche le tocó por ejemplo, que bajar los precios para el VIH, porque Brasil les dijo, si no los bajan, pues yo los fabrico, entonces reconocemos Ministro y quiero decirle que la Alianza Verde quiere ayudar a construir, ayudar a construir los avances sobre los cuales ustedes creo que se dejaron manosear muchísimo tiempo, 4 años para sacar un decreto, es dejarse manosear mucho, en eso falta mucho que el Gobierno nacional tome decisiones porque incluso el actual Ministro, el actual Embajador en Estados Unidos metió la mano como un lobista de las transnacionales farmacéuticas y necesitamos que el Presidente diga alguna cosa sobre ese tema, porque no podemos tener embajadores, necesitamos que ese embajador en E.E.UU., esté hoy defendiendo a nuestra Oncóloga Caucana, a quienes las mafias americanas de los laboratorios, ella que es una experta mundial reconocida en investigación de medicamentos para el tratamiento del cáncer de seno, está hoy en manos pues de las garras conservadoras de la justicia en Texas, y sin embargo ese embajador debería estar defendiéndola porque ahí está la normatividad, convenio de VIENA lo plantea muy claramente.

Entonces lo que yo quiero decir simplemente es, lo voy a resumir rápidamente, primero la Política Farmacéutica avanza en temas muy importantes que a mí me interesa, en garantizar que efectivamente el servicio farmacéutico sea un derecho humano, ligado al derecho humano autónomo de la salud y por lo tanto eso tiene que profundizarse, la política lo habla pero se queda corta, habla de los derechos humanos y tal, pero se queda corta en profundizar, aquí lo ha dicho mi compañero de la Alianza Verde, honorable

Senador feliz cumpleaños, lo ha dicho creo muy claramente, aquí vamos a seguir teniendo un modelo de salud que privilegia la enfermedad y por lo tanto como el Ministro clarito lo planteó, pues no hay sistema en el mundo que aguante la posición dominante de las trasnacionales haciendo investigación y pidiéndole a todos los países del mundo que le hagan protección y salvaguardas de su propiedad intelectual, pues porque no hay sistemas en el mundo y eso está demostrado ya que ese es uno de los dos factores, ese factor de la investigación, del desarrollo y la innovación de las trasnacionales farmacéuticas han sido uno de los factores que tienen crisis los modelos de salud en el mundo, eso está aprobado ya y el señor Ministro creo que lo ha planteado muy bien aquí, porque detrás de ese gran negocio que vale apenas la bicoca de mil millones de dólares, pues andan laboratorios que realmente tienen poco de humanos y bastante de mercachifles de la muerte, por eso señor Ministro hay que seguir discutiendo y la Alianza Verde quiere discutir con ustedes, el tema de ¿cuál es el modelo de salud?, no podemos seguir pensando que este modelo, cuando uno lo que aspira es que el modelo tenga solo una punta, el 5% del triángulo sea la gente que llega al altísimo nivel a consumir una plata importante, el 5% de la población nosotros tengamos un modelo que está gastándose la plata en esa población y dejando grandes poblaciones para hacer cosas como las que planteó Jorge Iván, cómo vamos a montar modelos sin tener étnicos de prestación de servicios de salud, donde se incluyan los modelos aborígenes de prestación de servicios, los afro que hoy están caminando, recuperando toda su historia, aquí estaba con mi compañera muy querida, Esperanza me estaba dando una receta para la tos, sauco, tomillo, limón, miel de abejas, ahí me quedo de escribir la fórmula doctora no se le vaya a olvidar, nosotros necesitamos tener un modelo de salud que recoja efectivamente todas las expresiones de conocimiento, es que la medicina ortodoxa no es la única medicina, aquí creo que lo dijo bien la compañera de los representantes de los naturopatas o naturistas, en eso también hay muchos charlatanes, yo he criticado en el Cauca porque ahí sacan una propaganda de un medicamento que cura 150 enfermedades, entonces hay que cerrar los hospitales y darles ese remedio pues a los pacientes, toda esa publicidad engañosa que quiero, que hay que cambiar y que si somos capaces de sentarnos a armar un modelo de salud diferente, señor Ministro para que le diga al Presidente hay que ponerle plata al Invima, si en ese Decreto número 1782 les pusimos competencias a una sala especializada para que cumpla con lo que nosotros vamos a apoyar Ministro y vamos a apoyar es que usted le meta más competencia a eso, que le meta más competencia porque creemos que eso baja los precios de los medicamentos para los pobres y efectivamente ahí sí estamos entonces, garantizando el derecho humano, al acceso de los medicamentos, por eso creo que usted tiene

que radicalizar y no dejarse manosear de nadie, ni de las multinacionales para que digamos la dominancia en términos de lo que hay que hacer sea la vía abreviada, para que los biogénicos lleguen con fuerza porque eso es lo que tenemos que hacer, eso es un bolsillo roto que hay que cerrar y hay que garantizarle como bien lo plantea la política del acceso, el uso y la calidad de los medicamentos, es que aquí no estamos hablando, aquí hemos escuchado en el país, muchas veces a los defensores de las trasnacionales, que claro vienen aquí, yo no estoy diciendo que los echemos, pero que vengan eso sí y nos pongan condiciones claras, nosotros queremos trabajar Ministro en algo que la Política Farmacéutica tiene y que ustedes creo que no han avanzado, póngale plata a montar el plan de acción anualizado para el sistema de monitoreo y evaluación de la Política Farmacéutica o si no las trasnacionales nos van a seguir haciendo lo que vienen haciendo y por eso lo invito a que caminemos en esa dirección, nosotros estamos dispuestos a ayudar en esa construcción, necesitamos que efectivamente como lo dijo la Corte, digamos en la evaluación de la Ley estatutaria, reconociendo que hay un regulador de los precios en toda la cadena de producción, que le meta la mano a los minoristas que es donde Juan Gossaín está protestando mucho y termino diciendo lo siguiente, nosotros queremos también discutir en nuestra Comisión y con ustedes la construcción de una política de propiedad intelectual, a eso hay que meterle la mano, aquí no nos pueden seguir diciendo que yo investigo y que esos datos de prueba pues los debo tener ocultos allí y entonces no digo cuánto es que me cuesta la producción de un medicamento para después metérselo al país en precios muy altos, yo quiero entonces decirle que la Alianza Verde está dispuesta a ayudar en la construcción y en el desarrollo y en la radicalización de la Política Farmacéutica Nacional, gracias señor Presidente.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien honorable Representante Óscar, tiene el uso de la palabra por último el Representante Carlosama López.

Honorable Representante Germán Bernardo Carlosama López:

Bueno muy buenas tardes para todos y todas, un saludo muy especial al señor Ministro, los demás integrantes del Gobierno, a las diferentes organizaciones que trabajan por la salud, a nuestros compañeros Representantes y nombre del Movimiento de Autoridades Indígenas de Colombia AICO y como pueblos indígenas también un mensaje muy concreto, en este foro tan importante yo creo que la salud ha sido uno de los derechos muy sensibles en el país y desde la Comisión Séptima hemos venido trabajando por mejorar y comparto las apreciaciones que muchos de mis colegas han hecho y es que precisamente uno de los errores que tal vez tuvo la Ley 100 fue

precisamente convertir el servicio de la salud en un negocio y en múltiples oportunidades y escenarios hemos dado a conocer de cómo las empresas, las EPS se han lucrado y se han beneficiado de ese dolor de los pacientes y de esa enfermedad de ellos mismos.

Pero en esta tarde quisiéramos traer a colación un escenario muy concreto que aquí una de las coordinadoras de la medicina natural lo manifestaba y desde los pueblos indígenas también expresarle, principalmente al Invima, que nosotros como pueblos indígenas y ancestrales, donde nuestros mayores milenariamente con su sabiduría quizá desde la tulpá, desde la chagra han aplicado nuestra medicina tradicional, han utilizado nuestras plantas sagradas para curar y han dicho ellos sabiamente, no solamente el dolor físico, sino también el dolor espiritual en los diferentes rituales y armonización que nuestros médicos realizan al aplicar la medicina tradicional y desde allí queremos dejar una posición muy clara de que como pueblos indígenas no vamos a compartir de que el Invima o cualquier institución del Estado pretenda regularizar la aplicación de nuestra medicina ancestral y de nuestros medicamentos tradicionales, yo creo que hay muchos ejemplos, precisamente la planta sagrada de la coca, como se la utiliza para diferentes tratamientos y para diferentes calmantes y no puede ser entonces que a nosotros se nos prohíba a nuestros pueblos en fortalecer nuestra medicina ancestral y hay razones de peso jurídicos que aquí se han contemplado que no vamos a permitir insisto, el artículo 7° de la Constitución lo permite y nos protege y reconoce que somos un país con diversidad étnica, además hay que clarificar que en la Ley Estatutaria precisamente quedó reconocido que el derecho a la salud de los pueblos indígenas es un derecho fundamental y se aplicará de acuerdo a nuestros usos y costumbres, esto traduce a que se debe respetar toda esa identidad cultural, toda la aplicación de nuestra medicina ancestral y tradicional que como aquí lo decía muy bien el Senador Ospina, ha dado pie y nosotros como pueblos originarios, nuestros sabedores han sido los que han dado la línea para que muchos de los medicamentos hoy biotecnológicos estén implementándose en el sistema de salud, de allí que, con mucho respeto, le hacemos esa claridad sobre todo al Invima que ya hemos tenido un problema en el Cauca, cuando nativos de allá quisieron patentar el uso sagrado de la planta de la Coca y precisamente nos estaban impidiendo, porque como aquí han dicho se ha tratado de privilegiar transnacionales o personas que vienen a robarse nuestros conocimientos para poderlos patentar y que eso no lo vamos a permitir y si es necesario recurrir nuevamente a las diferentes acciones que legítimamente nosotros tenemos como pueblos indígenas, así tendremos que hacerlo, así nuevamente a sacar nuestros arcos y nuestra flechas porque tenemos que hacer respetar nuestros derechos y termino diciéndole al señor Ministro de Salud, ha hecho una tarea

importante, ojalá siga insistiendo en mejorar las condiciones de salud, sobre todo en este tema de bajar los precios a los medicamentos, nosotros vivimos a lado y lado como pueblo de los pastos entre Ecuador y Colombia, la pasta de albendazol por citarles un ejemplo, allá se la consigue o sale casi en \$2, mientras aquí esa misma pasta está alrededor de \$400 y no entendemos entonces porque un país sí puede aplicar unas medidas en favor del pueblo y otros países no, hay necesidad de seguir avanzando, estaremos rodeándole al señor Ministro de Salud y a veces insisto que respeten nuestros conocimientos tradicionales, porque en muchas oportunidades cura más la agüita de manzanilla, que el mismo diclofenaco o el ibuprofeno que lo dan inclusive como que si todos tuviéramos esa misma enfermedad, muchas gracias señor Presidente.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy bien Representante, tiene el uso de la palabra el Presidente Álvaro Uribe.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Muy breve señor Presidente, un saludo a los Senadores, a los Representantes y a todos los asistentes y a los funcionarios, el Centro Democrático está de acuerdo con lo que aquí se ha dicho sobre lo que tiene que ser una Política Farmacéutica de ajustes periódicos, creo que lo que nos expresó el señor Ministro de Salud, se complementa muy bien con lo que recordó el representante de la Defensoría del Pueblo, entonces este es un proceso continuo, permanente, inagotable, quisiera simplemente hacer una pregunta, hoy hay en la base de la soberanía colombiana una preocupación y una discusión, que trasciende lo científico, porque al escuchar al Ministro, al escuchar a muchos de ustedes aquí, ha habido expresiones con mucho rigor, pero no se ha atendido esa preocupación de la base de la población, ¿Qué va a pasar con el tema de la necesidad de prescripción médica para la adquisición de unos productos naturales? Yo no vengo en nombre del Centro Democrático a decir eso tiene que ser de libre adquisición, eso tiene que ser por prescripción, pero lo que sí quiero es plantear la necesidad de que se dé una respuesta, porque hay una gran preocupación en la ciudadanía, que adquiriría esos productos sin fórmula médica y que a partir de ahora los tiene que adquirir con fórmula médica, eso es todo señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado y señor Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara.

Presidente honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Bueno se da por terminado el Foro y se convoca para el día miércoles a la Comisión Séptima del Senado y Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara para el martes a las diez (10:00 a. m.) de la mañana.

Secretario Jesús María España Vergara:

Las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República agradecen altamente la asistencia a este Foro Nacional sobre política Pública Farmacéutica, el señor Presidente de las Comisiones Conjuntas siendo la una y treinta y seis (01:36 p. m.), declaró formalmente terminado este evento, muchas gracias a todos y muy buenas tardes.



La Secretaría de las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República en Sesiones Conjuntas, deja constancia que a esta sesión conjunta asistieron los altos funcionarios citados, así:

ASISTENCIA CITADOS E INVITADOS**Al Foro Nacional sobre Política Farmacéutica de fecha: octubre 1° de 2014****ACTA NÚMERO 01-****Sesiones Conjuntas**

Proposiciones: número 16 Comisión Séptima de Senado y número 06 Comisión Séptima de Cámara.

Aprobadas en las Sesiones de fecha: septiembre 16.14 y septiembre 17.14 respectivamente.

Según Acta: número 09 y 06 Respectivamente

Tema: Política Farmacéutica

Iniciativa: honorable Senador *Eduardo Pulgar Daza, Luis Évelis Andrade, Antonio José Correa, Nadya Blel Scaff, Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Javier Mauricio Delgado Ruiz y Álvaro Uribe Vélez.*

CITADOS:

1. Doctor *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro de Salud.
2. Doctor *Gustavo Morales Cobo*, Superintendente Nacional de Salud.
3. Doctora *Blanca Elvira Cajigas*, Directora del Invima.

A este foro fueron invitados:

Señor Presidente del honorable Senado de la República.

Señor Presidente de la honorable Cámara de Representantes.

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes del honorable Senado de la República.

Señores Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes de la honorable Cámara de Representantes.

Doctor *Alejandro Ordóñez Maldonado*, Procurador General de la Nación.

Doctor *Edgardo Maya Villazón*, Contralor General de la República.

Doctor *Jorge Armando Otálora*, Defensor del Pueblo.

Doctora *Gloria Lucía Escalante*, Directora Ejecutiva FND.

Doctor *Juan Carlos Granados*, Presidente FND.

Doctor *Gilberto Toro Giraldo* - Director Ejecutivo FNM.

Asociaciones de Pacientes

Doctora *Olga Lucía Zuluaga Rodríguez*, Directora Ejecutiva de Acesi.

Doctora *Elisa Carolina Torrenegra*, Directora Ejecutiva de Gestar Salud.

Doctor *Jaime Arias Ramírez*, Presidente de Acemi.

Doctor *Juan Carlos Giraldo Valencia*, Director Ejecutivo ACHC.

Doctor *Francisco de Paula Gómez Vélez*, Presidente de Afidro.

Doctor *Alberto Bravo Borda*, Presidente de Asinfar.

Doctora *Marisol Sánchez González*, Directora Ejecutiva de la Cámara de Proveedores de la Salud de la ANDI.

Doctor *Rodrigo Arcila*, Director Ejecutivo de la Cámara Farmacéutica de la ANDI.

Doctor *Carlos Eduardo Jurado Moncayo*, Director Ejecutivo de la Cámara Sectorial de Salud de la ANDI.

Doctora *Marcela Reyes Rey*, Directora de la Cámara de Gases Industriales y Medicinales de la ANDI.

Doctor *Raúl Hernando Murillo Moreno*, Director Instituto Nacional de Cancerología - E.S.E.

Doctor *Emilio Alfredo Carrasco*, Director Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo Universidad Externado de Colombia.

Doctor *Álvaro José Cobo Soto*, Presidente Ejecutivo de Asocajas.

Doctor *Carlos Francisco Fernández*, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Doctor *Rafael Eduardo Benavides Gelvez*, Presidente Asociación Nacional de Internos Residentes (ANIR).

Doctor *Sergio Isaza Villa*, Presidente Federación Médica Colombiana.

Doctor *Roberto Baquero*, Presidente Colegio Médico Colombiano.

Doctor *Jaime Enrique Donado Manotas*, Presidente Assosalud.

Doctor *Mauricio Alberto Bustamante García*, Secretario de Salud Distrital de Bogotá.

Doctor *Juan Mendoza Vega*, Presidente Academia Nacional de Medicina (ANM).

Doctor *Ricardo Rozo Uribe*, Presidente de Ascofame.

Raúl Esteban Sastre Cifuentes, Decano Facultad de Medicina - sede Bogotá – UNAL.

Doctor *Alfonso María Valencia Caicedo*, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Libre de Cali.

Doctor *Jefferson Ocoró Montaña*, Decano Facultad de Salud Universidad Santiago de Cali.

Doctor *Carlos Alberto Agudelo Calderón*, Decano Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Doctor *Iván Solarte Rodríguez*, Decano Académico Pontificia Universidad Javeriana.

Doctor *Luis Andrés Sarmiento Rodríguez*, Decano Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

Doctor *Leonardo Palacios Sánchez*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Rosario.

Doctor *Élmer de Jesús Gaviria Rivera*, Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

Doctor *Julián H. Herrera M.*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Valle.

Doctor *Luis Ángel Villar Centeno*, Decano Facultad de Medicina Universidad Industrial de Santander.

Doctor *Hernando Baquero Latorre*, Decano Facultad de Medicina Universidad del Norte.

Doctor *Luis Alejandro Pedraza Becerra*, Presidente Central Unitaria de Trabajadores (CUT).

Doctor *Julio Roberto Gómez Esguerra*, Presidente Confederación General del Trabajo (CGT).

Doctor *Luis Miguel Morantes Alfonso*, Presidente Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC).

Observaciones: Los citados sí asistieron.

COMISIONES SÉPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinte (20) días del mes de octubre del año dos mil catorce (2014).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la **Gaceta del Congreso** de la República, del **Acta número 01 Conjunta** de fecha **miércoles primero (1º) de octubre de dos mil catorce (2014)**, correspondiente a la **Primera Sesión Conjunta** de la Legislatura 2014-2015.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

