

Vea este Boletín en Internet, sin las alteraciones del correo electrónico: [http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm04de2010\\_18a24ene10.htm](http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm04de2010_18a24ene10.htm)

## Boletín Informática & Salud - Boletín del Consumidor de Medicamentos

ISSN- 0121-4675 | Res.Min.Gob.0036/91 | Año 20 Nro.04/2010 | Bogotá 18 a 24 de enero de 2010

**Si el mercado farmacéutico es de los más imperfectos Su institución pierde muchos MILLONES por no analizar precios con la base de datos del Sistema VMI-CFN**

**PRIMERA  
BASE DE DATOS  
FARMACO  
ECONOMICA  
DE COLOMBIA**

Suscríbese a la  
VERSION ESPECIAL

**PRICE-PLUS  
INSTITUCIONAL**

Información farmacológica regulatoria y económica de más de 15.000 fármacos disponibles en Colombia. Incluye Códigos CUM, ATC, POS y últimos precios encuestados PIC, PDE, PPE y PIT:  
[Precio Institucional de Compra](#)  
[Precio Distribuidor Encuestado](#)  
[Precio Público Encuestado y](#)  
[Precio Institucional Techo](#)

### Los decretos de emergencia social aliviarán pero no resolverán la crisis financiera del sistema de salud

El equipo quirúrgico que interviene el sistema de salud al borde del colapso, se defiende con grandes transfusiones, pero ni detiene la hemorragia ni trata el cáncer



"Cómete este hueso, pero no hagas escándalo"

#### 1. Del total de 14 Decretos de implementación de la Emergencia Social, 11 están dirigidos a "generar recursos y agilizar su flujo"

En efecto, después del [Decreto 4975/2009](#), de declaratoria de Emergencia Social, 11 Decretos buscan "liberar más recursos para la salud, que el SOAT tenga mayor cobertura y facilitar los procesos de conciliación en los que hay diferencias entre los diferentes actores del sector de la salud". Estos son:

- [Decreto 4976/2009](#), "por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de la población beneficiaria"
- [Decreto 073/2010](#), que busca liberar recursos cercanos a los 700 mil millones de pesos de los aportes patronales, que son los aportes a salud, pensiones o cesantías que hace el Estado a las entidades territoriales, para financiar la atención a la población pobre que no está asegurada y para solventar los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Subsidiado.
- [Decreto 074/2010](#), por medio del cual se introducen modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- para incrementar la cobertura en atención de accidentes de tránsito y simplificar a las entidades prestadoras de servicios de salud la posibilidad en el cobro de sus facturas por este tipo de accidentes.
- [Decreto 075/2010](#), por medio del cual se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- [Decreto 127/2010](#), por el cual se adoptan medidas en materia tributaria y modifican las tarifas del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.
- [Decreto 129/2010](#), por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social.
- [Decreto 130/2010](#), por el cual se dictan disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009.
- [Decreto 132/2010](#), por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- [Decreto 133/2010](#), por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

- [Decreto 134/2010](#), por el cual se modifica el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010.
- [Decreto 135/2010](#), por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.

Una visión global de estos 11 Decretos muestra un esfuerzo evidente para obtener recursos de todas las fuentes posibles y agilizar su flujo entre los actores del sistema general de seguridad social en salud. Lo que está por verse es si los resultados permitirán cubrir el pasivo existente a la fecha y si serán suficientes para asegurar la viabilidad financiera del sistema.



Si vemos el gráfico de nuestro Boletín [BIS-BCM#32/2009](#) que nos muestra el crecimiento exponencial de los recobros al FOSYGA durante la gestión del Ministro Palacio; Si aceptamos que el estimado de estos recobros del año 2009 sobrepasa los Col\$ 1,500.000.000.000.- y el acumulado de los años 2006 a 2009 sobrepasa los Col\$ 4.200.000.000.000.- y si aceptamos que estos cálculos no contemplan importantes gastos de los entes territoriales, que también deben ser cubiertos con los recursos generados por los Decretos de la Emergencia Social, debemos concluir que los recursos generados con estos Decretos serán rápidamente insuficientes para darle viabilidad financiera al sistema de salud, si no se acompañan de medidas estructurales.

## 2. Decretos de Emergencia Social dirigidos a "contener el gasto y racionalizar el uso de recursos"

Del total de 14 Decretos de implementación de la Emergencia Social, 3 están destinados a "contener el gasto y racionalizar el uso de recursos". Estos son,

- El Decreto 128 que afecta a los pacientes limitando su derecho a "Prestaciones Excepcionales en Salud",
- El Decreto 131 que afecta la autonomía profesional de los médicos y excluye ilegalmente a la Federación Médica Colombiana de su condición de asesora del Gobierno por mandato de la Ley 23 de 1981 y
- El Decreto 126 que trata el tema regulación de precios de medicamentos en medio de un conjunto de medidas "anticorrupción". Veamos un resumen:

- El [Decreto 128/2010](#).
  - Define y regula los principios, mecanismos, condiciones, instituciones y recursos, destinados a la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, en adelante "Prestaciones Excepcionales en Salud".
  - Fija 7 principios para el otorgamiento de las "Prestaciones Excepcionales en Salud": Necesidad, Pertinencia, Priorización, Excepcionalidad, Razonabilidad, Subsidiariedad y Finitud.
  - Crea el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud - FONPRES- como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, que se administrará a través de un patrimonio autónomo y se regirá por el derecho privado.
  - Crea el Consejo de Administración del FONPRES (con el Ministro de Protección Social o su delegado, quien lo presidirá, el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, el Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado, el Director del Instituto Nacional de Salud.-INS, el Director del Inslituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA, el Secretario de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o quien haga sus veces y un representante del Presidente de la República) y define sus 11 funciones.
  - Crea la figura de Gestores de Prestaciones Excepcionales en Salud
  - Define formas de financiación y pago de las Prestaciones Excepcionales en Salud. "*La autorización de prestaciones excepcionales en salud se determinará si el solicitante o su grupo familiar pueden costearlo en su totalidad, o la proporción en que puedan asumirlo, teniendo en cuenta su nivel de ingreso y/o su capacidad patrimonial, entre otros criterios*".
  - Crea los Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales en Salud y define la mecánica del otorgamiento de la PES
  - Define un período de transición para el traslado de algunas de las funciones del FOSYGA.
- El [Decreto 131/2010](#).
  - Crea el Sistema Técnico Científico en Salud como un conjunto de principios, órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya finalidad es la coordinación de actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos y científicos.
  - Define los 6 elementos en que se basa: Fundamento Científico, Autonomía, Transparencia, Continuidad y oportunidad, Articulación y Divulgación.
  - Crea el Organismo Técnico Científico para la Salud (OTC) como "órgano estatal encargado de la regulación científica, inspección y vigilancia de la aplicación del método científico en el ejercicio de las profesiones de la salud"
  - Define sus funciones y su composición (Ministro de la Protección Social, o su delegado, el Ministro de Hacienda y Crédito Público, el Director de Colciencias o su delegado y tres profesionales, con amplia experiencia y calificación en los campos de la investigación en salud, en economía de la salud y en la aplicación de estas ciencias a la toma de decisiones de política en salud, quienes serán elegidos por periodos individuales de cuatro años, reelegibles por una sola vez).
  - Define las reglas para el financiamiento del OTC y la selección presente y futura de los profesionales nominados.
  - Incluye el Artículo 162A a la Ley 100 de 1993 sobre el Plan Obligatorio de Salud (POS), define límites y legitimidad y los componentes del POS, mecanismos de actualización, criterios de exclusión, etc.
  - *Redefine la autonomía profesional de los médicos y odontólogos.* Reconoce únicamente a la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas como representación de los médicos y la Federación Odontológica Colombiana de los Odontólogos
  - Tipifica el conflicto de intereses y define sanciones para el profesional médico y odontológica que se aparte de una recomendación incluida en un estándar adoptado.
  - *Crea una Comisión de Propuesta para la Reforma de la Ley 23 de 1981 (de Ética Médica), integrada por la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, ASCOFAME y el Ministerio de la Protección Social. Es decir excluye la Federación Médica Colombiana, expresamente mencionada por la Ley 23 como asesora del Gobierno en estos temas.* La Comisión de Propuesta para la Reforma de la Ley 35 de 1989 está integrada por la Federación Odontológica Colombiana y el Ministerio de la Protección Social.
- El [Decreto 126/2010](#), "por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se adoptan medidas disciplinarias y penales" y que -sorprendentemente- en uno de sus principales considerandos dice "*Que, según la información recientemente aportada por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo - Afidro, se ha logrado evidenciar, por una parte, que para algunos medicamentos el valor del recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA excede notablemente el precio de venta del laboratorio y, por otra parte, que en algunos casos, el número de medicamentos recobrados es superior al número de unidades oficialmente reportadas como vendidas por los laboratorios*" (!). Este Decreto,

- Ordena a la Superintendencia de Salud la implementación de un sistema de administración del riesgo para la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Amplía las funciones de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM) que pasa a ser la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD).
- Faculta a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMD- para ampliar, modificar o complementar la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos, en cualquier tiempo.
- Faculta a la CNPMD para fijar los márgenes máximos de comercialización admitidos para medicamentos o de dispositivos médicos, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para las entidades y agentes del SGSSS.
- Mantiene las Clasificaciones Relevantes y amplía para los dispositivos médicos el "régimen especial de control de precios" de medicamentos y la obligación de reportar precios al SISMED. Define el financiamiento de la vigilancia, el seguimiento y el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos.
- Define un proceso sancionatorio abreviado y 15 conductas sancionables. Define el valor, graduación y destino de las multas. Define la responsabilidad de los integrantes de los Comités Técnico Científicos y los Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales en Salud.
- Modifica y adiciona el Código Penal.

En este último Decreto resaltamos en cursiva el "considerando" que menciona el desfase entre los datos de ventas que maneja la agremiación de las multinacionales farmacéuticas AFIDRO y los datos de unidades y valores recobrados al FOSYGA, que sorprende, porque semejante "considerando" en lugar de aumentar la fuerza de la argumentación, la disminuye, poniendo en evidencia el sesgo ideológico en la norma y obligando a algunas interrogantes:

- ¿Por qué una norma de derecho público como el Decreto 126, cambia la normatividad vigente con base en un estudio (hasta ahora secreto) de las multinacionales en lugar de basarse en evidencias contundentes (estas sí públicas, por cuenta del mismo ministerio) como las expuestas en la Circular 02 de 2009, de la propia CNPM, que demuestra la existencia de medicamentos monopolísticos de alto costo que se venden en Colombia al triple de su precio en países como Brasil, Ecuador y Perú?

- ¿Por qué resulta relevante para este Decreto el desfase reportado por las multinacionales de AFIDRO entre las ventas y los recobros, y no lo son los reportes de los mismos laboratorios publicados en Internet, por el propio SISPRO-SISMED de MinProtección Social, (ver [BIS-BCM#37/2009](#)) que muestran productos de alto costo, biotecnológicos y monopolísticos, con ventas multimillonarias que coinciden con la explosión de recobros al FOSYGA?

Y finalmente, una interrogante que toca lo fundamental:

Si el rubro más importante en la generación de esta crisis son los sobrecostos en recobros al FOSYGA con los llamados medicamentos No-POS, ¿Por qué los Decretos de Emergencia Social le dan mayor peso a la corrupción y castigan con mayor fuerza las diferencias entre los precios de los laboratorios y los valores recobrados, en lugar de darle énfasis también a los sobrepuestos de medicamentos que se venden en Colombia al doble o triple de su precio internacional, en países vecinos, por parte del mismo laboratorio?

Las respuestas se aplican a todo el sector salud, pero por cuestión de especialidad, nos concretamos al componente de medicamentos:

- a. El factor más importante en la generación de esta crisis está en el crecimiento exponencial, digamos explosivo, de los recobros al FOSYGA con medicamentos No-POS ("originales", "monopolísticos", "biotecnológicos", etc.),
- b. Este grupo de medicamentos fue directamente favorecido por la política de desregulación y liberalización a ultranza implementada en el mercado farmacéutico colombiano a partir de la Circular 01 de 2004 que pasó los medicamentos del cáncer (los recobrados de mayor valor) al régimen de "libertad regulada" en lugar del "control directo" que les correspondía por no tener tres o más oferentes en el mercado (productos "monopolísticos" que pueden abusar de su posición dominante en el mercado).
- c. Esta política de desregulación y liberalización a ultranza del mercado farmacéutico llegó a su punto culminante con la Circular 04 de 2006 que liberó todos los precios de medicamentos y nos llevó a la situación actual en que no existe ni un solo producto en régimen de control directo de precios y un solo producto (Kaletra) tiene precio de referencia, que aún no se hace efectivo.
- d. En este mismo período, los recobros al FOSYGA por medicamentos y procedimientos no incluidos en el POS, pasaron de 170.155.000.000.- (2004) a 291.606.000.000.- (2006), 1.118.762.000.000.- (2007), 1.150.114.000.000.- (2008) y un estimado superior a 1.500.000.000.000.- (2009), para un total de más de Col\$ 4.200.000.000.000.- entre los años 2006 y 2009. Esta dinámica solo es comparable con el éxito de productos como RITUXIMAB (Mabthera® de Roche) que en casi 2 años (2006- 2007) tuvo recobros por Col\$ 16.500 millones y en 2008 reportó al SISMED ventas por más de Col\$ 72.000.000.000.- o TRASTUZUMAB (Herceptin® de Roche) que en 2006-2007 recobró menos de Col\$ 2.000 millones y en 2008 reportó ventas por más de Col\$ 35.000.000.000.- o ADALIMUMAB (Humira®) y PALIVIZUMAB (Sinagis®) de Abbott que siendo prácticamente inexistentes en los recobros 2006-2007, en 2008 reportaron ventas por más de Col\$ 67.000.000.000.- (No se trata de atribuir mecánicamente a estos "éxitos mercadotécnicos" la responsabilidad de la crisis del sector salud, sino de aceptar razonablemente la importancia de sus costos para el sistema y la necesidad de estudiar su situación en lo relacionado con precios internacionales).
- e. Por lo tanto, hasta que se demuestre lo contrario, existen hechos objetivos y contundentes que relacionan las causas estructurales de la actual crisis del sector salud, con las políticas de desregulación y liberalización a ultranza que adelantó el Gobierno desde el año 2004 (en el período que corresponde a la gestión del Ministro Palacio).
- f. Respetando las proporciones, existen similitudes y diferencias de la crisis del sector salud colombiano con la crisis financiera internacional: Son similares en su tremendo impacto social y en su origen en prácticas de desregulación y liberalización a ultranza. Son diferentes en que, en lugar de corregir los excesos del libertinaje, como sucedió con la crisis financiera, los decretos de la emergencia social solo profundizarán la crisis, trasladando los costos a mayores cargas impositivas para la población, restringiendo los derechos de los pacientes que tendrán que comprometer su patrimonio para cubrir sus enfermedades de alto costo y limitando la autonomía profesional de médicos y odontólogos que serán objeto de procesos sancionatorios abreviados por el "delito" de prescribir medicamentos por fuera de los estándares fijados por la burocracia.

### 3. Decretos 128 y 131 y los derechos de los pacientes y los médicos

Si -para sus defensores- el sistema de salud colombiano tenía una virtud, era la ampliación de la cobertura de atención básica y el hecho de que, aunque por tutela, una buena parte de la población terminaba accediendo al derecho a la salud. La propuesta entonces para dizque

"salvar al sistema" es cortarles las alas: que los pacientes tengan que pagar de su bolsillo por su enfermedad, y que los médicos tengan que pagar de su bolsillo por su libertad de prescripción.

Lo único sobre lo que hasta los más conservadores republicanos norteamericanos están de acuerdo sobre la propuesta de reforma a la salud de Obama (que está zozobrando por la pérdida de la súper-mayoría demócrata en el congreso) es sobre la injusticia que significaba el hecho de que una buena porción de la población estadounidense perdiera su casa, y todos sus activos, por no poder cubrir los costos de la enfermedad mientras las aseguradoras salvaguardaban sus intereses. Según el Decreto 128 el Gobierno, pretende salvar el sistema de salud colombiano, con medidas que -todos coinciden- constituyen una vergüenza para el sistema de salud estadounidense.

La crisis financiera del sistema de salud está fundamentada en un problema de acción colectiva, una tragedia de los comunes. En realidad cada cual estaba tratando de extraer lo que más pudiera sin consideración por el todo, y al final el bien común terminó por agotarse.

Sin embargo, entre los actores involucrados, probablemente los únicos que actuaban con la urgencia de la enfermedad eran los médicos honestos y los pacientes. Mientras tanto, la mayoría de los actores que no se contactan con el drama humano de estar enfermo, las EPSs, los productores e intermediarios farmacéuticos, los funcionarios de entes territoriales, etc, exprimían el sistema y se llenaban los bolsillos con ganancias extraordinarias.

Ahora que el sistema hace aguas y ya no hay plata para nadie, claro que todos somos víctimas, incluso aquellos que durante más de diez años encontraron la forma de hacer rentable el "negocio" de la salud. Ahora, realmente las EPS no pueden pagar porque no les pagan, los hospitales van a quebrar porque no les pagan; ahora, el FOSYGA no puede pagar porque no le alcanza. Pero el hecho de que ahora todos estemos en el mismo hoyo no puede permitirnos olvidar que no todos aportaron de igual manera a la catástrofe actual.

Los decretos 126, 128 y 131 quieren intervenir todo el sistema de salud y "meter en cintura" a todos los actores, sin embargo, no tienen ninguna perspectiva histórica y claridad diagnóstica sobre lo que nos trajo hasta acá y dan bandazos a diestra y siniestra, ajustando asuntos regulatorios a la vez que penalizan y casi que fascistamente le quieren poner techo a la libertad de práctica médica y al derecho a la salud.

Está claro que había que salvar financieramente al sistema, que había que parar excesos de la tutela, pero se trataba de corregir los errores regulatorios y de contención de costos que son muchos. Sin embargo, en lugar de ampliar el POS, en lugar de ajustar la UPC, en lugar de pensar en medidas técnicas de reforma a la salud, se ha optado por cortar de raíz y llevarse por delante todo, incluidos los aciertos.

Celebramos las medidas que por fin abordan temas como la regulación de precios de medicamentos, corrigen fallas del anterior sistema, le incorporan figuras novedosas y lo atan a la protección de patentes y datos de prueba. Pero no resulta nada razonable que para ver por fin una regulación efectiva de precios de medicamentos haya que aceptar que se limiten los derechos de los pacientes y los médicos como lo sugieren los decretos 128 y 131.

Seguramente el gremio médico, las asociaciones de pacientes, la sociedad civil organizada, los profesionales de la salud y la Corte Constitucional rechazarán estas medidas, por ser opuestas al espíritu de la jurisprudencia de la Corte en este tema, además de ser definitivamente injustas e insuficientes para resolver estructuralmente la crisis financiera del sistema de salud.

**Dr. Sergio Isaza Villa, MD**

Presidente  
Federación Médica Colombiana

**Dr. Sergio Robledo Riaga, MD**

Presidente  
Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá

**Dr. Oscar Andía Salazar, MD**

Vice-Presidente Política Farmacéutica Nacional  
Director Observatorio del Medicamento

**Dr. César Prieto Avila, MD**

Vice-Presidente - Federación Médica Colombiana  
Presidente del Colegio Médico del Valle

**Dr. Gentil Gómez Mejía, MD**

Secretario General - Federación Médica Colombiana  
Presidente del Colegio Médico del Tolima

**Tatiana Samay Andía Rey**

Consultora temas económicos y de propiedad intelectual  
OBSERVAMED - Federación Médica Colombiana

Favor enviar sus sugerencias y comentarios a [andia@observamed.org](mailto:andia@observamed.org)

<http://fmc.encolombia.com>

## FEDERACION MEDICA COLOMBIANA

Miembro de la Asociación Médica Mundial . Fundada el 7 de octubre de 1936

Setenta y dos años de defensa de la salud pública y el ejercicio ético de la medicina

**Colegios Médicos Departamentales**

ANTIOQUIA - ATLÁNTICO - ARAUCA - **BOLÍVAR** - BOYACÁ - CALDAS - CAUCA

**CUNDINAMARCA** - META - NORTE DE SANTANDER - SANTANDER - SUCRE - **TOLIMA** - **VALLE**

Visítenos en [www.observamed.org](http://www.observamed.org) / [www.med-informatica.com](http://www.med-informatica.com) / [www.med-informatica.net](http://www.med-informatica.net)

[www.fmc.encolombia.com](http://www.fmc.encolombia.com) | <http://colegiomedico.cundibogota.googlepages.com>

Este BOLETÍN BIS se envió a 13.333 suscriptores BIS y líderes de opinión del sector salud

Si no desea recibir este Boletín, simplemente envíenos un mensaje con la palabra REMOVE a la dirección [andia@observamed.org](mailto:andia@observamed.org). Según normas internacionales, este correo no se considera SPAM porque incluye una forma de que su dirección sea removida.