



**TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:
FORTALECER LA CAPACIDAD DE
DISCERNIMIENTO DE LOS GOBIERNOS: UNA
NECESIDAD PARA ENFRENTAR LA PRESIÓN
TECNOLÓGICA EN SALUD**

Presentación de Alejandro Gaviria Uribe. Diciembre 2015

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



FORTALECER LA CAPACIDAD DE DISCERNIMIENTO DE LOS GOBIERNOS: UNA NECESIDAD PARA ENFRENTAR LA PRESIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Diciembre 4 del 2015

Webinar realizado por el Ministro de Salud de Colombia, **Alejandro Gaviria Uribe**, en el que, a partir de la experiencia Colombiana, explicó las diferentes estrategias y los desafíos que se derivan de la gestión de la presión que ejercen sobre el gasto en salud las tecnologías sanitarias.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

INTRODUCCIÓN

(Minuto 16:17)

Fortalecer la capacidad de discernimiento de los gobiernos: una necesidad para enfrentar la presión tecnológica en salud

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia



Muy buenos días a todos los que nos acompañan. Gracias al Banco Interamericano de Desarrollo por la invitación esta mañana, queremos que el webinar sea más un diálogo que una presentación magistral. Yo voy a tratar de contar tal vez una historia de lo que ha ocurrido en Colombia, una historia interesante y compleja, que uno podría empezar a llamar, y la llamamos así hace un tiempo, como los costos del éxito. Pero también puede verse como una historia sobre las con-

secuencias adversas de la presión tecnológica en la salud; la interacción entre una reforma que se hizo en Colombia hace más de dos décadas que tenía una inspiración y un algo igualitario, pero una reforma que se ha visto amenazada en los últimos años, tal vez en los últimos siete-ocho años, por la misma presión tecnológica, y cómo reacciona el gobierno, el estado, la sociedad colombiana con un conjunto de políticas públicas, todavía en construcción algunas de ellas, todavía, sin la legitimidad plena, algunas de ellas, para lidiar con la presión tecnológica.

CONTEXTO

(Minuto 17:39)

La primera parte de la historia, tiene que ver con el contexto, con algunas características del sistema de salud colombiano, tal vez uno de los más complejos de la región. A veces difícil de entender. Entonces voy a dar algunas ideas generales sobre el sistema de salud en Colombia.

- **Financiamiento mixto y solidario**
- **Dos regímenes**
 - Plan de beneficios iguales: POS
- **Descentralizado**
 - Doble descentralización: funcional y territorial
- **Mixto en la prestación**



El sistema de salud cambia en Colombia de manera radical con una reforma, tal vez, de las más ambiciosas de la región en el año 1993, se reforma de manera radical y completa el sistema de salud en Colombia. Desde el comienzo el objetivo fue avanzar hacia la cobertura universal. Se generó un sistema de financiamiento mixto, que tiene elementos “bismarckianos”, por decirlo de alguna manera, pero también tiene un ingreso basado en impuestos generales. Se crearon dos regímenes, uno contributivo; que en retrospectiva ese régimen contributivo es el que agrupa los trabajadores formales, hoy en día tiene aproximadamente el 50% de la población. La otra parte de la población está en otro

régimen, que se llama el régimen subsidiado, donde están en esencia los trabajadores informales, en su momento la distinción entre los dos regímenes se iba a hacer por progreso estructural, y se quería tener, inicialmente dos terceras partes de la población, ese era el ideal inicial, el objetivo inicial, dos terceras partes de la población en el régimen contributivo, y una tercera parte de la población en el régimen subsidiado. Eso no fue así. Y hoy lo que tenemos es un sistema de financiamiento mixto, con la mitad de la población contribuyendo, la otra mitad de la población sin contribuir y una cobertura casi universal del 98%.

Hoy también se ha logrado algo, y es que la canasta de beneficios es igual entre los dos regímenes. Lo que tenemos es un sistema, primero con cobertura casi universal, y segundo, con un sistema de financiamiento bastante solidario, donde solamente contribuye la mitad de la población, lo que genera problemas de sostenibilidad. Una buena parte del financiamiento viene ya de recursos o impuestos generales, y condiciones de equidad, solidarias en el financiamiento y también equitativas en cuanto a que el plan de beneficios es el mismo para todo el mundo. Es también un sistema muy descentralizado, donde hay una doble descentralización, donde el Estado delegó cierta administración del

sistema con algunas empresas aseguradoras, con algún tipo de integración vertical que son quienes deben representar al usuario, y quienes soportan buena parte del riesgo. Y también hay una descentralización en los territorios donde sobre todo las actividades de salud pública están en cabeza de los departamentos o provincias. Entonces tenemos una descentralización compleja, donde las funciones de aseguramiento, están intermediadas por agentes mixtos o privados, algunos públicos, pero las funciones de salud pública están delegadas a los departamentos y entidades territoriales. También el sistema colombiano es bastante mixto en la prestación. Tenemos agentes públicos y privados, con una diferenciación que no se diseñó de esta manera, pero en el fondo en las grandes ciudades los servicios de alta complejidad son esencialmente privados. En los municipios más pequeños, en las zonas más apartadas, los servicios de baja complejidad, de primeros niveles, son esencialmente públicos. Así fue convergiendo o evolucionando el sistema de salud.

JUDICIALIZACIÓN...

- **Constitución 1991**
 - Saludo como derecho social
- **Jurisprudencia**
 - Salud como derecho fundamental
- **La última década:**
 - Surgimiento del no POS



Hay otra característica importante que compartimos con algunos otros países de la región, pero que es especialmente saliente o conspicua en Colombia, y tiene que ver con la judicialización del sistema de salud. En Colombia, como en muchos otros países de la región la salud es un derecho fundamental. La constitución no habla de la salud como un derecho fundamental, sino como un derecho económico, social y cultural, que fue interpretado, inicialmente, hace más de dos décadas como un objetivo de mediano plazo, como una prioridad en las funciones del Estado, Pero nuestro tribunal constitucional, muy temprano en su jurisprudencia, desde el año 94-95, comenzó a cambiar, y comenzó a decir: la salud no solamente es un derecho económico, social y

cultural, es un derecho fundamental. Primero, por conexidad con la vida, y después de manera autónoma. Eso significa en la realidad práctica que hoy en día un colombiano puede ir ante un juez, y si cree que su derecho fundamental a la salud está siendo vulnerado, y tiene una orden médica para un medicamento, para un procedimiento, para acceder de manera más oportuna a cualquier cosa, puede ir ante un juez con la orden del médico y el juez puede ordenarle algo al estado. Hoy en día tenemos anualmente más de 120000 fallos judiciales que le ordenan al estado colombiano pagar por medicamentos, por procedimientos, por acceso oportuno, por tratamientos integrales de algunas patologías.

Ese derecho fundamental a la salud, esa judicialización, nos llevó en la última década a un tema que no estaba diseñado inicialmente, y es que los paquetes de beneficio que en Colombia se conocen como el POS, plan obligatorio de salud, comenzaron a ser complementados por otra parte, que le dimos el nombre de no POS y surgió de manera espontánea, no siempre deliberada, una especie de sistema de salud paralelo. Es como si tuviéramos de un lado un sistema de aseguramiento con un paquete de beneficios con inclusiones previamente definidas, y definidas con base en consideraciones epidemiológicas y temas de costo beneficio, a eso le surgió otro paquete de beneficios distinto, al que íbamos a definir de manera espontánea,

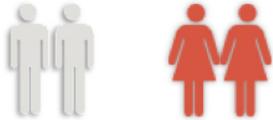
muchas veces caótica y desordenada como la acumulación de fallos judiciales, o aún peor la acumulación de decisiones administrativas, tomadas por las entidades intermediarias o aseguradoras. Hoy en día por ejemplo, si hay un medicamento no incluido en el plan de beneficios, hay un trámite sencillo en la entidad aseguradora; simplemente está la firma del médico, la firma de algo que se conoce como comité de médico científico, que simplemente son otros pares del médico, con tres o cuatro firmas se dice, el estado debe pagar estos medicamentos, lo paga inicialmente la entidad aseguradora, pero eso se recobra, esto es se paga inicialmente y luego el estado debe reembolsar a la entidad que lo pagó, la totalidad del gasto. Vamos a mirar más adelante cuáles fueron las consecuencias del surgimiento de una especie de seguro de reembolso paralelo al sistema de aseguramiento que había construido Colombia desde principios de los años 90 se acostumbró Colombia desde final de los años noventa.

Esta fue la forma como Colombia lidió con la innovación tecnológica. Como el país comenzó a incorporar los nuevos medicamentos. Inicialmente no era una forma diseñada sino respondiendo a las demandas de la sociedad. Un poco el objetivo de esta presentación es examinar esas consecuencias de la forma en la que el país fue lidiando con la innovación tecnológica. El 80% de este seguro de

reembolso son medicamentos, y vamos a analizar lo que ocurrió. Pero, antes de eso, sacar las lecciones aprendidas. Y ver cómo un sistema mal diseñado para incorporar los nuevos medicamentos y las nuevas innovaciones puede echar al traste una reforma inspirada en ideal igualitario, y que tuvo algunos avances sociales que yo quiero resumir.

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO HA LOGRADO

Cobertura cercana a universalización: 97%

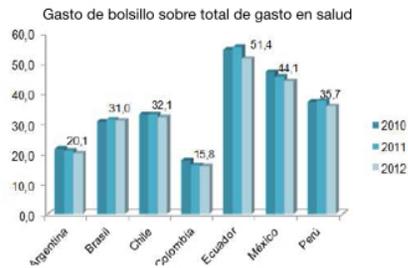


Disminución de la desigualdad

- La afiliación en el 20% más pobre de la población pasó de 4% en 1993 a 89,8% en 2013.
- La afiliación en las zonas rurales pasó de 7% en 1993 a 90,9% en 2013.

Equidad en financiamiento y bajo gasto de bolsillo

- Primer lugar en "Equidad en el financiamiento en salud" según World Health Report" de la OMS (2000)

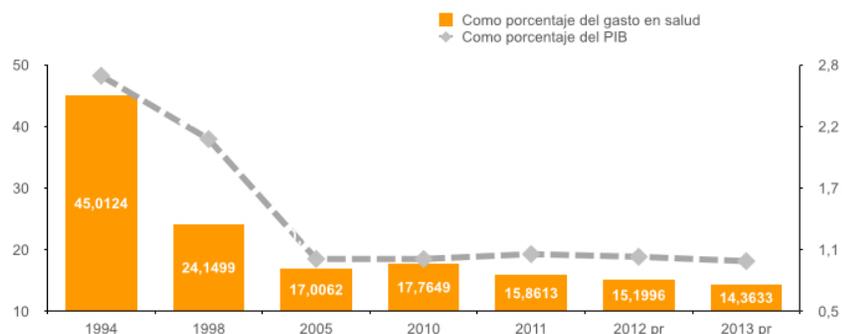


nuestra encuesta de calidad de vida, mostraba que entre los estratos o los quintiles inferiores de la distribución del ingreso, el acceso a servicios de hospitalización en caso de enfermedad grave era bastante inequitativo. Los quintiles inferiores, yo creo, que en su momento, más de la mitad de la población, decían que no tenía acceso a servicios de hospitalización en caso de una enfermedad grave. Ese porcentaje ha caído, y ha caído de manera sustancial.

Pero tal vez el logro que yo quisiera destacar de nuestro sistema, donde tal vez somos líderes en la región, es lo que tiene que ver en cuanto a la protección financiera. El gasto de bolsillo que era de 45% esto es el 45% del total del gasto en salud venía del bolsillo de los ciudadanos con todo tipo de consecuencias. Esto es sin protección financiera para buena parte de la población. Bajó, hoy en día a 15%, ese 15% es un porcentaje relativamente bajo en la región. Otra forma de verlo es esta: el 76% del gasto en salud es del sector público.

Primero la cobertura universal, en el año 1993 solamente 30% de los colombianos tenían algún tipo de protección financiera, las encuestas sociales que se hacían en su momento, daban unas grandes inequidades. No sé si estos son los datos que hay aquí, pero en el año 1993

REDUCCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO

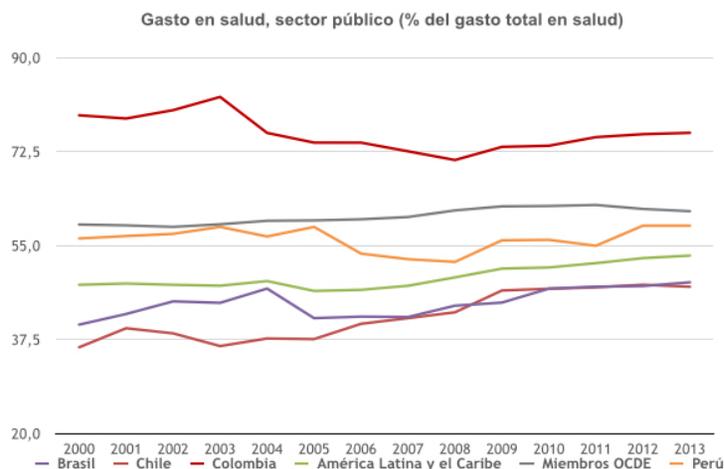


Fuente: Cálculos MSPS. Dirección de Financiamento Sectorial, Cuentas de Salud; DANE y DNP.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
EN EQUIDAD Y SOLIDARIDAD

GASTO PÚBLICO EN SALUD (% GASTO TOTAL)



Fuente: Banco Mundial.

MINSALUD

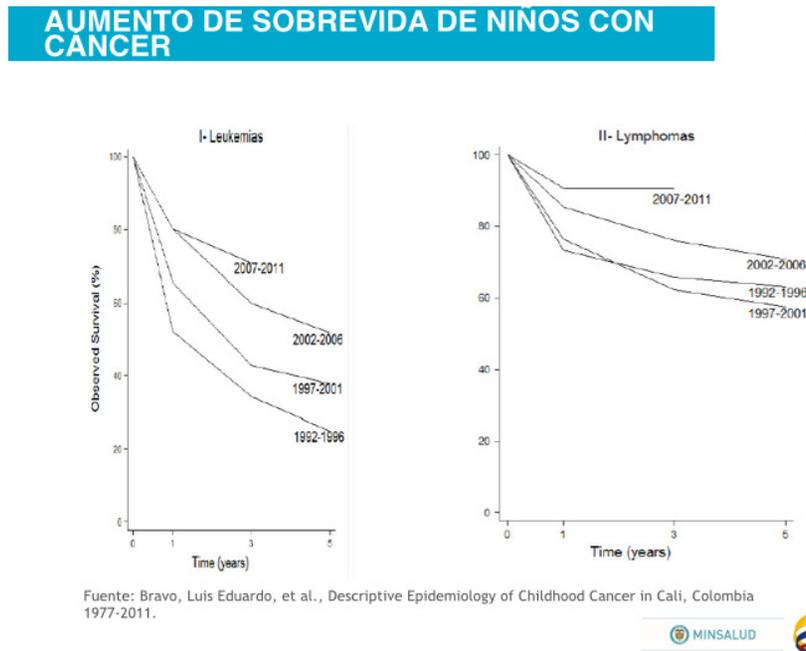
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
EN EQUIDAD Y SOLIDARIDAD

Las cifras sobre gasto de bolsillo en América Latina, yo creo que son a veces contradictorias, pero los últimos datos de la CEPAL muestran que el gasto de bolsillo en América Latina está entre el 30 y el 40%. En Colombia, vuelvo y repito, después de la reforma está en el 15%. Como vamos a ver para bien y para mal. Un gasto de bolsillo tan pequeño en condiciones de excesiva presión tecnológica, y sin capacidad de discernimiento. Sin acuerdos para decir, vamos a pagar por estas tecnologías, pero no podemos pagar por estas otras. Es complicado. Pero lo que quiero decir ahora es que tengo ahora doy historias paralelas, primero una reforma social que logró incluir a todo el mundo en condiciones de equidad, con un sistema de financiamiento solidario. Y segundo un problema que está emergiendo de incapacidad de la misma sociedad y sus instituciones para incorporar, de manera ordenada, estas tecnologías. Quiero ver en esta grafiquita del gasto de bolsillo, un resumen de ambas historias. De los logros importantes, en este caso en cuanto a protección financiera, pero también de algunos de los desafíos que comienzan a aparecer hacia adelante.

En Colombia hay un debate que no termina y yo creo que tiene que ver con los sistemas de aseguramiento. Sí esa cobertura de aseguramiento, sí esa protección financiera, significa también avances en los resultados en salud, avances en los resultados en el acceso en calidad de la

población. Quiero mostrar una gráfica importante (Gráfica 1), que viene de un hecho casual.

Gráfica 1: aumento de sobrevivencia de los niños con cáncer



En la ciudad de Cali, que es la tercera ciudad de Colombia, se empezó a construir un observatorio de un seguimiento de los niños enfermos con Cáncer. Y se consolidó en esta ciudad, la tercera ciudad de Colombia, un seguimiento histórico del acceso a la población y con algunos resultados en salud importantes. Lo que nos está diciendo esta gráfica si miramos el panel de la izquierda es que a comienzos, cuando la reforma no había sido implementada, la tasa a supervivencia de niños con cáncer

a 5 años era bajísima, del 20%. Miren cómo esto comienza a aumentar. Años 97-2001, 2002-2006, 2007-2011 Y hoy tenemos tasa de supervivencia en este caso para leucemia, de niños con cáncer que está por encima del 70% todavía con algunas inequidades entre los dos regímenes. Pero que comienzan a parecerse a las tasas de supervivencia de los países desarrollados. Quiero decir esto porque yo creo que hay logros importantes en cuanto a resultados en salud y este es uno de ellos, que puede asociarse casi de manera directa el hecho causal es difícil de probar, pero yo creo que debe a la cobertura de aseguramiento, incluso a medicamentos esenciales por parte de toda la población. Logro que comenzó a verse amenazado por la forma desordenada como incorporamos las nuevas, o las últimas tecnologías y los problemas de sostenibilidad y los problemas financieros que han sido tal vez el tema de salud en Colombia entre los últimos 5-6 años.

Yo creo que una conclusión que podría sacarse de aquí es que hubo una reforma inspirada en un ideal igualitario que logró que subiera toda la población en condiciones de equidad. Que tuvo un esquema de financiamiento solidario, tal vez el sistema de financiamiento más solidario del mundo, así lo ha reconocido la OMS en el año 2001. Pero a la que empezó a surgirle un problema por la sucesiva judicialización y la falta de acción por parte del gobierno, el estado y las autoridades, tal vez los vacíos regulatorios que

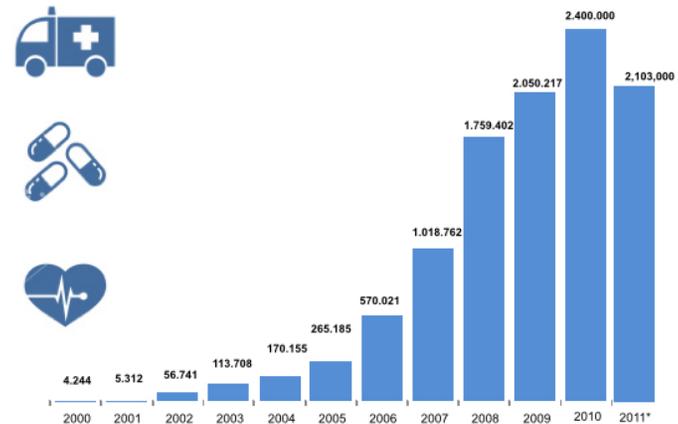
nos impidieron implementar las innovaciones, en particular los nuevos medicamentos de manera legítima, comenzaron a amenazar estos logros

LA EXPERIENCIA DEL NO POS

- Forma desordenada de incorporar lo nuevo: espontánea, no diseñada
- “Todo a cualquier precio”
- Alineación (perversa) de incentivos
 - Seguro de reembolso
- Resultado: crisis financiera

Gráfica 2: Explosión del No POS

EXPLOSIÓN DEL NO POS



MINSALUD

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Quiero pasar rápidamente a una gráfica (Gráfica 2) que muestra la evolución ese otro sistema de salud, no diseñado, ese otro sistema de salud espontáneo; lo que el sistema de salud comenzó a pagar de medicamentos que no estaban incluidos. Como si uno hubiera creado dos sistemas de salud, uno para lo que está, y otro para aquello que no está que en todo caso fuera a pagar.

Los datos están en moneda colombiana en miles de millones de pesos pero no importa, lo que yo quiero mostrarles es que esto se multiplicó por 10. Del año 2005 al año 2010. Y se multiplicó por 10 del año 2005 al año 2010 porque en el fondo creamos un sistema de reembolso que alineó los incentivos de todos los agentes: la industria farmacéutica, los hospitales y clínicas, que también se vieron beneficiados de este seguro de reembolsos, las mismas compañías aseguradora, algunas de ellas integradas verticalmente que vieron en este otro seguro una oportunidad para sus negocios. Los médicos, sobre todo

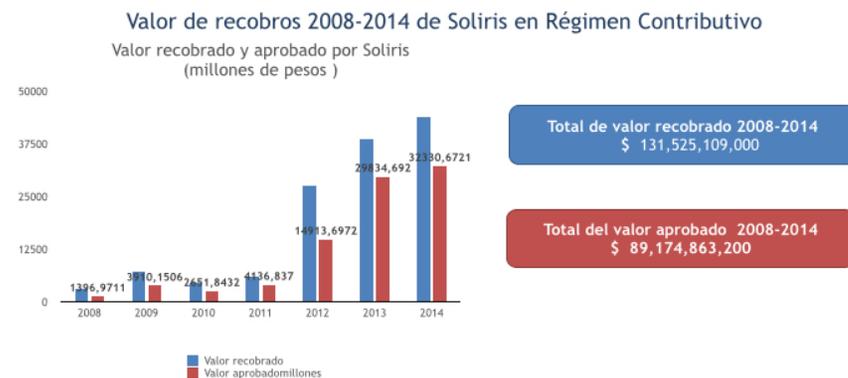
los médicos especialistas y las asociaciones. Todo el mundo participó, voy a decirlo de manera gráfica, de esta fiesta. Era muy fácil que se prescribiera un medicamento. La compañía farmacéutica estaba ganando, muchos de los médicos estaban ganando, hospitales veían en esto, o en la intermediación de precios de medicamentos un ingreso que no habían previsto y que comenzó a ser importante. Muchas de las compañías aseguradoras veían en este seguro, una forma, a veces, de evadir su responsabilidad porque simplemente, se prescribía el medicamento que no estaba incluido y ellos se ahorraban los medicamentos que ya hacían parte de las inclusiones.

Esa alineación de los incentivos perversamente es lo que explica esta explosión. Los medicamentos comenzaron a ser pagados centralizadamente en muchos casos. El sistema de salud había, con el tiempo, guardado allí unos recursos. Un ahorro se había construido excedentes de las contribuciones y de los recursos asignados que habían estado guardados. Eso fue lo que permitió en alguna primera parte de esta historia, sobre todo en la historia que termina aquí: 2010-2011, pagar por esos nuevos medicamentos; que vuelvo y repito, eran medicamentos no incluidos en la canasta de beneficios que con una simple orden administrativa comenzaron a ser pagados por el sistema. ¿Con qué orden? ¿Con qué recursos? Con los ahorros que había acumulado el sistema en su primera etapa. Y se acumularon ahorros en esta primera etapa porque simplemente el seguro

no había madurado plenamente. La gente no había demandado todos los recursos a los que tenía derecho. Pasan dos cosas por allá en el 2009-2010, primero los excedentes comienzan a agotarse, y segundo, las tasas de siniestralidad comienzan a crecer, esto de la gente comienza a demandar más de los beneficios a los que tienen derecho. Las dos cosas coinciden y dan lugar a una serie de tensiones financieras a las que me voy a referir en un minuto.

Pero antes quiero mostrar algunos casos específicos. Estos son algunos, o la evolución de algunos de lo que el sistema paga por algunos medicamentos cuyo aporte o valor social, es cuestionable, por decir lo menos.

VALOR RECOBROS



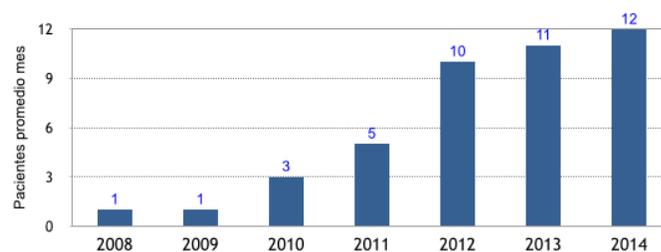
Esta es una molécula que se conoce bien en América Latina. Soliris es su nombre comercial, eculizumab, es el nombre del principio activo. Y miren cómo esos valores comienzan a crecer. Y crecen de manera muy rápida. Hay un valor que se recobra al fondo y hay un valor que se aprueba para pagar. Si uno mira las consideraciones epidemiológicas que hay detrás de esto, yo creo que nos llevan a tener dudas; estamos pagando per-cápita con un valor que probablemente superior al que pagan los países desarrollados.

Hay una búsqueda por parte de las entidades farmacéuticas, hay de nuevo incentivos alineados de médicos especialistas, de asociaciones de pacientes que se organizan para conseguir estos medicamentos. Esto se paga, repito, con los recursos de ese fondo distinto, lo que llamamos en Colombia, medicamentos no POS, eso quiere decir, por fuera del plan de beneficios. Cuando empezamos a decir, simplemente con un procedimiento puede pagar, las compañías farmacéuticas ven en esa disponibilidad de recursos, los médicos ven en esa disponibilidad de recursos, los pacientes ven en esa disponibilidad de recursos, una oportunidad. Como esta historia podríamos contar muchas otras. Algunos medicamentos, sobre todo medicamentos biotecnológicos nuevos, que cuando los recursos se hacen disponibles y comienzan a pagarse de esa forma desordenada sin

capacidad de discernimiento, sin un análisis de costo efectividad, sin un análisis epidemiológico del costo social, esto se dispara.

Esta es la misma historia, para la misma molécula, en unidades, esta es una de las compañías aseguradoras más grandes del país que comienza en el año 2008-2009 y comienza en un paciente: año 2010 con un 3, 2011 tiene un 5, 2012, 2013, 2014, ustedes ven la historia, y así se repite para muchas moléculas, para muchas compañías aseguradoras.

PRESIÓN TECNOLÓGICA: ECULIZUMAB



* Medicamento indicado en tratamiento de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna.

Los medicamentos son pagados primero por la compañía aseguradora, y después son recobrados al fondo especializado.

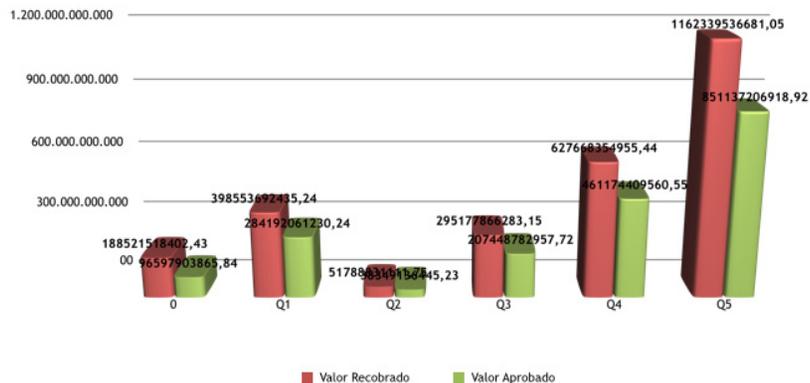
Hay dos o tres distorsiones que yo quisiera contar y cuáles fueron las consecuencias de esta incapacidad de incorporar racionalmente y con capacidad de discernimiento las nuevas tecnologías. Que los recursos del fondo comienzan a agotarse, los excedentes, el ahorro que había construido la sociedad, que era muy grande, comienza a agotarse, rápidamente. Y también comienza un proceso de glosas. Llegan aquí las cuentas, el fondo comienza a mirarlas, y cuando se agotan los recursos comienza a aumentar los requisitos administrativos. El hecho es que el patrimonio de estas empresas administradoras, se convirtió con el tiempo, en unas cuentas por cobrar a este fondo, que ya eran impagables. Y eso hizo que las deudas comenzaran a aumentar a lo largo de la cadena, y que, básicamente, el patrimonio conjunto de las empresas aseguradoras se convirtiera, una vez se hicieron los castigos contables correspondientes, en un patrimonio negativo. Esto para decir que el exceso en la incorporación de estos medicamentos y la capacidad ulterior del Estado de cubrir todas las cuentas y todos los procesos administrativos y desordenados, llevó a una quiebra del sistema de salud. Una quiebra que se tradujo en eso: en el patrimonio negativo agregado del sector

asegurador, que como ya lo dijimos, había cubierto a todo el mundo.

Esto es, las consecuencias de las gráficas que mostramos aquí (Gráfica 2), después del año 2011 no termina esta historia. Ojalá se terminara allí porque hasta allí se pudo pagar medianamente. Después las dificultades comenzaron a superponerse. Fue primero el deterioro de los patrimonios del sector. Esto quiere decir, entre otras cosas, que muchas esas nuevas innovaciones se pagaron, no solamente con los recursos que había acumulados en el fondo, sino con los patrimonios que había construido la empresa por 20 años. Ahí hay una primera consecuencia.

Hay una segunda consecuencia, que hace parte también del debate público y que yo quiero mostrar en una gráfica rápidamente, y que es esto: El sistema había sido diseñado como un sistema equitativo con un plan de beneficios igual para todo el mundo.

VALOR RECOBRADO Y APROBADO POR QUINTILES DE INGRESO – ESCENARIO 1



En todo caso, cuando uno mira quién se benefició de algunos de estos medicamentos, encuentra que no fueron los más pobres de los pobres. Algunos de los beneficios quedaron concentrados por allá en la parte superior de la distribución del ingreso. Entonces el espíritu equitativo del sistema, también comenzó a perderse.

Aquí ya podemos unir los dos elementos de la historia que quería contarles. Para empezar tal vez el núcleo de la narración, que es cómo fue la reacción del estado colombiano, cuál fue el conjunto de políticas públicas que comenzaron a diseñarse para aliviar con la presión tecnológica. Pero las consecuencias, yo puedo decirlo

claramente, fueron devastadoras. Fueron, básicamente, una quiebra del sector, problemas financieros que no han terminado, y que generaron, si se quiere, una demanda social muy compleja. Y es que con los mismos recursos corrientes del sector, muchos de los agentes querían que se pagaran los servicios de todos los días y que se pagaran las deudas y se recompusieran los patrimonios.

Pero entonces yo quiero volver atrás y enfatizar los dos elementos de la historia. Primero un avance social importante, y segundo un avance social que está siendo amenazado por la incapacidad de incorporar de manera racional y con capacidad de discernimiento, la presión tecnológica.

Voy a contar dos anécdotas, un poco para salir de las cifras. Yo llevaba tres meses en el ministerio y dentro de los que están en el webinar, sabrán que muchas veces los funcionarios no controlamos nuestra agenda. Uno se levanta todos los días y tiene un montón de reuniones; muchas de ellas no sabe para qué son. Una de esas reuniones que tuve cuando tenía tres meses aquí, era con los representantes de una revista, órgano de difusión internacional de las compañías farmacéuticas, que se llama Pharmaceutical Today. En retrospectiva me di cuenta de que la reunión era para que el ministerio pautara, pusiéramos una publicidad en

esta revista, cosa que era imposible, pero eso no es lo que quiero contarles. Lo que quiero contarles es que después de la reunión me dejaron unas revistas sobre la mesa. Y la revista tenía una editorial, creo que era del año 2009 o del año 2010, por allá en el pico de esta efervescencia. Y allí se describía a Colombia como el lugar más atractivo para la industria farmacéutica, para vender sus innovaciones o nuevos medicamentos. ¿De dónde venía eso? De la forma como habíamos abierto las puertas completamente a todos los medicamentos y dispositivos, y básicamente el mensaje que habíamos dado es que en Colombia se paga todo, que las puertas estaban abiertas a todas las innovaciones, y había otro elemento importante: A cualquier precio. La forma como Colombia decidió, no de manera deliberada, no con base en un diseño inteligente, sino reaccionando a ciertas demandas de la sociedad y a esa excesiva judicialización; la forma como decidimos incorporar las tecnologías, fue decir: “vamos a pagar por todo, por el último medicamento oncológico, por el último medicamento biológico para enfermedades crónicas no transmisibles, desde la artritis reumatoide, hasta la esclerosis múltiple y demás, a cualquier precio”. Eso era claro en su momento, esa es una primera anécdota.

La segunda es que aquí el en Ministerio, seguimos teniendo reuniones con agentes externos que siguen

viendo en nuestro país oportunidades comerciales, porque han descubierto que la excesiva judicialización, abre la puerta a tecnologías que no son muy costo-efectivas. Hace aproximadamente 6 o 7 meses, aquí vino un grupo de inversionistas alemanes que querían traer a nuestro país una nueva tecnología de radioterapia: protonterapia. Nos presentaron sus planes, sus grandes inversiones, y cuando yo le pregunté usted por qué quiere traerla, si esa tecnología todavía no ha sido incorporada en nuestro plan de beneficios, canasta de beneficios para todo el mundo. “Pero no, que nosotros no queremos trabajar con el plan de beneficios, queremos hacerlo por fuera del plan de beneficios. Sabemos que en Colombia se aprueban también las tecnologías que no están en el plan de beneficios, en el no POS, que con base en órdenes judiciales, cualquiera puede acceder a lo que nosotros queremos ofrecer”. Esto internacionalmente se supo, que Colombia estaba dispuesta a pagar por todo a cualquier precio. Y esos incentivos alineados de esa manera comenzaron a propiciar una reacción, podríamos llamar estratégica, de quien estaba dispuesto a traer al mundo en desarrollo tecnologías médicas, no pensando en su valor social, sino pensando en oportunidades de negocio.

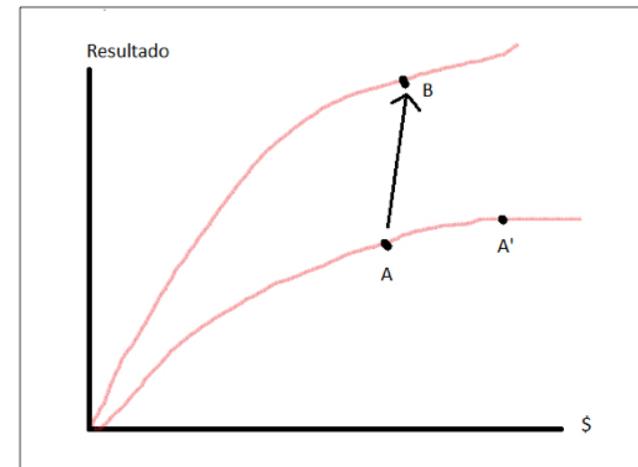
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA GESTIÓN DE LA PRESIÓN TECNOLÓGICA

(Minuto 48:08)

Yo tampoco quiero, en este momento, cuando vamos a empezar a describir las políticas públicas, transmitir una idea equivocada. Yo creo que el valor social de la innovación médica es grandísimo. Pero eso no quiere decir que el valor social de todas y cada una de las innovaciones, sea alto y deba ser pagado con recursos públicos de manera inmediata. Y también me parece que el contexto actual, que nos lleva a decir que de pronto con las nuevas tecnologías, el valor social de esas nuevas innovaciones puede estar disminuyendo. Pero bueno, ese es un debate distinto. Entonces pasemos a describir el conjunto de políticas públicas que ha venido implementando el Ministerio, el Gobierno y, podríamos ir más allá, el Estado colombiano para lidiar con las nuevas tecnologías. Yo podría describirlo con esta grafica (Gráfica 3). Pueden ver que fue hecha de manera artesanal en el escritorio con Paint.

Gráfica 3: innovaciones, precio y valor

INNOVACIONES, PRECIO Y VALOR



MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Supongamos que la tecnología A que tiene un resultado en salud, podríamos pensar en años de vida saludable, y que vale lo que vale ahí un monto de dólares o pesos. Podríamos pensar en un medicamento oncológico, un último dispositivo médico, o un procedimiento: la cirugía robótica; esa tecnología está hoy incorporada en el paquete de beneficios. Tenemos dos opciones, estamos pensando en hacer análisis, una la tecnología a prima y otra la tecnología B. La tecnología B es claramente una innovación, estamos en la frontera de producción. Uno quisiera que el sistema de salud de nuestro

país y de cualquiera, pudiera tener esa capacidad de discernimiento, decir yo voy a incorporar la tecnología B y la voy a incorporar porque claramente es costo-efectiva. Hay un valor social de esa innovación. Pero la tecnología A prima, es una tecnología que cuesta bastante más que B, pero tiene un valor social cuestionable. Hoy en día en Colombia, las incorporamos las dos, la A prima y la B, pagábamos por A en el conjunto de tecnologías incluidas, como parte de la canasta de beneficios y pagábamos por A prima y pagábamos por B, a cualquier precio como parte de lo que hemos llamado en Colombia el conjunto de servicios y tecnologías de no POS. Esto es, incluidas pero de manera irregular con base en este otro seguro de reembolso que se está creando paralela al sistema de aseguramiento.

Lo primero que teníamos que hacer era un conjunto de instituciones, bien diseñadas, y hay otra palabra clave en esta historia, que es legítimas para poder decir no. Uno de los abogados constitucionalistas que nos asesoraba en este proceso, siempre nos dijo: uno de los retos de esto que ustedes quieren hacer es la construcción legítima del No: cómo decir sí a B y cómo decir no, legítimamente, a A prima. ¿Cuál ha sido ese conjunto de políticas públicas? nosotros desde Colombia quisiéramos mostrar, no todas exitosas, algunas no siempre novedosas, e interesantes.

Empecemos por lo que hemos decidido llamar política pública.

MEDIDAS DE POLÍTICA

- **Política farmacéutica**
 - Regulación
 - Competencia
 - Transparencia
- **Incorporación racional**
 - Evaluación de tecnologías
 - Fortalecimiento puerta de entrada
- **Modelo de atención**
- **Nuevos recursos**
 - Bebidas azucaradas
 - Mayores impuestos al tabaco

Lo primero que tuvimos que hacer fue una política de regulación de precios, que se hizo en dos momentos: primero con los medicamentos que estábamos pagando por fuera del plan de beneficios. Como pagábamos todo a cualquier precio, nos dimos cuenta que había una gran heterogeneidad en los precios que estaba pagando el sistema. Llegaban facturas de los medicamentos de diferentes distribuidores o diferentes clínicas y hospitales con una gran dispersión de precios. Pagábamos a un precio por allá muy alto y a unos

precios menores. Y dijimos no, simplemente vamos a pagar unos valores máximos que van a estar ubicados en el promedio de lo que ha sido recobrado al sistema. Y así se hizo inicialmente con un conjunto de medicamentos. Pero después nos dimos cuenta que había que refinar un poco de análisis en Colombia y se inventó, hace dos años, una política de regulación de precios, que, yo creo, que ha despertado una curiosidad en la región, basada en referenciación de precios internacionales.

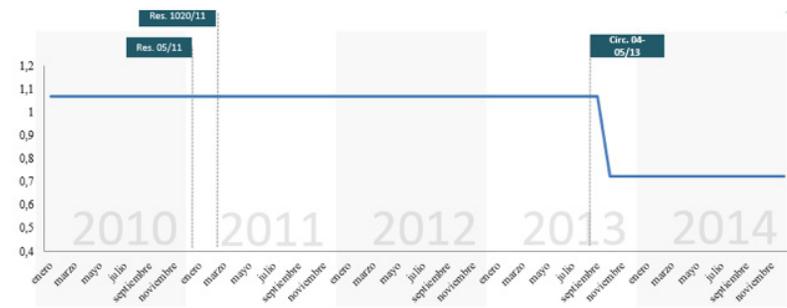
La política tiene las siguientes premisas: nos vamos a enfocar, primero en aquellos medicamentos que tienen un alto impacto financiero en el sistema y que son medicamentos que también tienen que ver con las patologías más comunes en el país. Primero vamos a buscar aquellos mercados monopólicos o concentrados. Por ejemplo, en un mercado monopólico, vamos a coger el principio activo, y vamos a observar los precios en 17 países de referencia. Colombia estableció la metodología, y la metodología incluye, con nombre propio, 17 países de referencia. Hacemos esa búsqueda, por ejemplo de un medicamento monopólico que estaba siendo pagado con recursos por fuera del sistema o que estaba ya incorporado en los planes de beneficio, no importa. Observamos en esos 17 países de referencia, y decimos: “Colombia no debería pagar más allá del percentil 25 de esta búsqueda activa”. Entonces fijamos un precio, primero en dólares, después aplicando

la tasa de cambio en nuestra moneda local, y ese precio de referencia lo convertimos en el precio de ese medicamento regulado en el país. El proceso ha estado acompañado, desde el comienzo, de una gran transparencia. Nosotros publicamos la fuente y publicamos el valor de cada uno de los países de referencia, y le decimos a la industria farmacéutica: “Usted tiene un período, y puede ser un período de 3 o 4 semanas para que escudriñen todas las fuentes”. Y si ustedes dicen este país, y la mayoría son países latinoamericanos, a veces europeos en su gran mayoría, está también Canadá, Australia, y si mal no recuerdo, hay otro país no europeo. Además hay transparencia completa en la forma en la que se presenta la información. Y también tenemos un seguimiento a la regulación de precios. Y nuestra oficina antimonopolios vigila de manera estricta que la regulación se cumpla. En los últimos años, ha impuesto unas multas que no son simplemente simbólicas, son multas grandes; ha sancionado el incumplimiento de la regulación de precios. Esas sanciones son presentadas en los medios de comunicación de manera a veces alarmista, pero eso también ha tenido un efecto disuasivo.

Hay, tal vez una historia interesante, una pregunta que nos hicieron una y otra vez. Cuando pusimos la regulación de precios y presentamos esto a los medios de comunicación. Para algunas de las moléculas o principios activos la disminución en el precio fue sustancial. En general los precios

bajaron 40%. Pero en algunas moléculas, los precios bajaron 80 y 90%. Cuando anunciamos la regulación, yo tuve que dar entrevistas en los medios de comunicación. Y los periodistas preguntaban insistentemente: “¿Quién se robó la plata? Cómo así que el país estaba pagando por un medicamento 7, 8 o 9 veces más de lo que vale ese medicamento en otros países impone la regulación de precios de medicamentos ¿Qué pasa hacia atrás?” Nosotros tuvimos que decir esto era un mercado donde había libertad de precios. Y ustedes saben que el comportamiento de estas empresas es así: perciben la elasticidad de precio de la demanda en cada país, y cobran según lo que la sociedad está dispuesta a pagar. Esa discusión en sí misma llevó a un elemento adicional, y es algunos efectos reputacionales que son temidos por la industria farmacéutica y que nos ayudó a la consolidación de la política. Hoy en día, ellos dicen que aceptan la regulación, que lo ven como una política legítima por parte del gobierno nacional, y tienen ese temor a los efectos reputacionales. Lo único que nos han pedido es, como nosotros hemos venido haciendo rondas de regulación y llevamos tres, es que les anunciemos con algún tiempo cuáles son los medicamentos que estamos observando para incluir en la nueva ronda de regulación, porque ellos necesitan incluirlos en sus planes de negocios y demás. Nosotros en esto hemos sido estratégicos, y respondemos no podemos anunciarlo, nosotros simplemente tenemos estos criterios generales.

REGULACIÓN DE PRECIOS



Yo creo que la política ha sido exitosa, ha logrado ahorros importantes para el sistema, traduciéndolos a dólares, estamos hablando de un billón de pesos, estamos hablando de tres mil millones de dólares anuales, y yo creo que esto es un valor importante y significativo; aunque tenemos que decirlo claramente: hay mecanismos de adaptación a la política de regulación. Este es un juego, como todos lo saben bien, del gato y del ratón. Hemos visto aumento de las frecuencias después de la regulación. Hemos visto, al mismo tiempo, otros medicamentos no regulados. Y la frecuencia de los medicamentos no regulados también aumentó. Y, hemos observado en algunos casos, que son menores, manipulación de los registros para evadir la regulación.

Medicamentos que hacen parte del mismo principio activo, pero que por alguna razón tenían fórmulas farmacéuticas diferentes.

Viene el segundo tema: Cuando yo llego al Ministerio había un decreto muy discutido, muy complejo, que trataba de determinar cuáles eran las condiciones que se debían exigir a quien quisiera comercializar biosimilares en nuestro país. Ese decreto era visto con terror por la industria farmacéutica porque tenía tres rutas; dos rutas de ellas son las que habían discutido todos los países del mundo, pero había una tercera, que llamábamos la ruta abreviada: que si en algunos casos, para moléculas ya mejor caracterizadas, cuando uno puede decir: este biosimilar dada la caracterización casi completa que tenemos, va a ser igual al biotecnológico de marca, no le vamos a exigir, sobre todo, los últimos ensayos clínicos, fase II y fase III. Esto es barrera de acceso innecesarios de miles de millones de dólares, que no se van a exigir y puede haber competencia. Tuvimos una discusión de muchas versiones de este decreto, diálogos con la industria por tres años casi; páginas enteras publicadas en los periódicos de circulación nacional, básicamente advirtiendo sobre las consecuencias adversas para la salud de los riesgos de los ciudadanos del decreto. Pero el decreto salió, podríamos decirlo, contra viento y marea. Y hoy en día el decreto está en proceso de implementación con algunas de las guías o documentos técnicos que lo acompañan.

Creo que el decreto, tuvo o ha tenido un efecto positivo, y es que la industria entendió que nosotros estábamos dispuestos a ir un poco más allá de lo que ellos pensaban, para garantizar condiciones de competencia razonables en estos mercados. Y yo creo que este es un decreto que ya está siendo mirado con curiosidad en todo el mundo, es un decreto pionero, es un decreto que, si uno ve las discusiones que se están dando en esos países, ya incorpora esas discusiones; y yo una vez lo dije y no sé si decirlo aquí de esta manera: También el objetivo del decreto era transmitir un mensaje: que el clima de inversión para la industria farmacéutica en nuestro país no iba a ser el que fue, el que yo algún día vi en esa revista, o sea el que el gobierno estaba dispuesto a dar las peleas, a exponer sus elementos de manera coherente en todos los escenarios, incluidos los escenarios internacionales, y que de alguna manera no íbamos a estar tan desprotegidos como lo habíamos estado en el pasado. Pero yo creo que esas condiciones de competencia siguen estando ahí.

Hay otro elemento que estamos consolidando este año, que ha sido muy difícil porque nos ha llevado a otra frontera, que es la frontera de los médicos especialistas, y es garantizar también unas condiciones de transparencia. En eso hemos venido trabajando con ustedes. El trabajo no ha avanzado tan rápido como creímos, pero ese va a ser un tema

importante en el año entrante. Con esos tres elementos: regulación, competencia y transparencia. Completamos un capítulo importante de lo que hemos llamado política farmacéutica.

Pero necesitamos también incorporación racional. Y ahí el país ha venido avanzando en tres direcciones: el Banco Interamericano de Desarrollo, ha sido fundamental para la creación del instituto nacional de evaluación de tecnologías que es un referente importante para la región, el IETS tiene tres años largos, ya está consolidado, ya comienza a ser conocido por los agentes del sistema, ya comienza a darnos mayor legitimidad en las decisiones. Yo digo que esto no es simplemente un instrumento tecnocrático, no es solamente hacer análisis de costo-efectividad, sino es propiciar un diálogo social más productivo sobre la necesidad de evaluar los beneficios sociales de las nuevas tecnologías. Yo creo que este va a ser un instrumento muy importante, ya lo es, pero yo creo que más adelante va en el futuro.

Esto ha estado acompañado de otra innovación colombiana, que tuvo forma de ley. Aquí lo llamamos el fortalecimiento de la puerta de entrada. Colombia tiene un instrumento legislativo, que no existe en otros países de América Latina, que se llama Plan Nacional de Desarrollo. Cada 4 años el gobierno aprueba una ley intersectorial que tiene

componentes de reforma de todos los sectores. Allí en esa ley del Plan Nacional de Desarrollo hay elementos importantes de políticas farmacéuticas. Se aprobó un artículo que es el artículo 72, que nos ordena que tres procesos que antes se hacían de manera secuencial, ahora deben hacerse de manera paralela. Los procesos de registro sanitario, análisis de costo-efectividad y de regulación de precios. Este artículo ha sido muy discutido por la industria farmacéutica y muchos lo concibieron inicialmente como una manera deliberada de cerrar la puerta completamente a las innovaciones. Nosotros volviendo con la grafiquita inicial (Gráfica 3) decíamos: No queremos cerrar la puerta a las innovaciones, lo que queremos es capacidad de discernimientos, y lo que queremos es cerrarle la puerta a innovaciones como A prima, y abrísela a innovaciones como B. Y para ello necesitamos que si estamos estudiando el registro sanitario, nuestro instituto de evaluación de tecnologías, al mismo tiempo, haga todos los análisis correspondientes sobre costo efectividad y al mismo tiempo vamos a hacer toda la referenciación de precios de esa molécula, para que cuando entre al mercado, entre con el precio regulado. Uno de los retos importantes para el año entrante 2016, es la reglamentación de ese artículo. Decir por ejemplo si lo vamos a hacer para todos los medicamentos o sólo para algunos, pues yo creo que es un buen instrumento que tenemos ahora a nuestra disposición, para comenzar a tener esa capacidad de discernimiento.

No está aquí, pero el año entrante tenemos otro gran reto: y es la nueva definición del plan de beneficios. Y en esa nueva definición del plan de beneficios el país va a tener que tomar unas decisiones radicales y que no había tomado. La ley Estatutaria de Salud aprobada por el congreso y avalada por nuestro tribunal constitucional, avaló algunas exclusiones, en algunos temas muy específicos, entre los que se cuentan, por ejemplo, los medicamentos o tecnologías experimentales o aquellas que tienen un fisco cosmético, o aquellas que no son efectivas. Pero no nos dicen mucho sobre las tecnologías que no son costo-efectivas. Y yo creo que el país, y este también va a ser un tema para el año entrante, va a tener que hacer lo siguiente: es decir, tenemos un plan de beneficios donde tenemos incluidas la gran mayoría de las tecnologías. Pero aquellas que no son costo efectivas no van a ser pagadas plenamente por el sistema y la diferencia de precio entre la tecnología costo efectiva incluida y la no costo-efectiva, también incluida, va a tener que ser cubierta, con gasto de bolsillo, por los ciudadanos. En algo parecido estamos avanzando, hemos tenido ya reuniones con las sociedades científicas, con algunas asociaciones de pacientes, vamos a tener que tener reuniones con los jueces y el sistema judicial, pero yo creo que aquí hay un avance importante que vamos a tener que dar hacia adelante.

El país también va a tener que consolidar un modelo de atención distinta. Nuestro modelo de aseguramiento nos llevó a un énfasis exagerado y excesivo en los servicios de alta complejidad; y Colombia tiene que fortalecer también sus puertas de entrada. Cosa que no es fácil porque implica la construcción de capacidades en toda parte. Ahí también estamos trabajando. Puede ser objeto de un webinar a futuro. Cómo estamos fortaleciendo nuestros modelos de atención en las rutas de atención a las diferentes patologías. No quiero entrar en mucho detalle.

Y el sistema también va a necesitar mayores recursos: Hemos dado un debate que apenas está comenzando en el país sobre la necesidad por el conjunto de tener impuestos en las bebidas azucaradas y mayores impuestos al tabaco que en Colombia son muy bajos, para fortalecer financieramente el sector.

Tenemos aquí en esta dirección (<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/herramienta-interactiva-de-consulta-de-precios-regulados-de-medicamentos.aspx>), un buen elemento pedagógico de la regulación de precios. Pueden ir a esa dirección de internet, y se van a encontrar con este instrumento con que ustedes pueden buscar por principio activo, se dan cuenta todos los precios que estamos

referenciando. Cuál era el precio que pagábamos antes de la regulación y el precio que estamos pagando ahora. Este elemento o instrumento pedagógico que desarrollamos este año, yo creo que ha sido importante también para darle legitimidad a este conjunto de políticas de regulación, y los invito si tienen un poco de tiempo a que lo miren y lo estudien.

REGULACIÓN DE PRECIOS

Ejemplo: EXEMESTANO (AROMASIN) medicamento para tratamiento cáncer de seno:



amenazan los logros sociales después, y de la consolidación de una política pública que busca corregir o enmendar los errores del pasado; esto extendiendo mayor capacidad de discernimiento, generando condiciones racionales de competencia, fortaleciendo la puerta de entrada, buscando la evaluación de tecnologías, y buscando tomar decisiones legítimas. Yo lo he presentado ante la sociedad como la necesidad de tener un contrato social coherente.

Porque en Colombia nuestro sistema de salud, por un tiempo muy largo, casi por una década, ha gastado más de los recursos que tiene. Y ha financiado muchas veces, esos excesos de gastos, con los patrimonios de las empresas privadas, con los patrimonios de prestadores, de aseguradores, muchas empresas proveedoras que hace que tengamos unas deudas muy grandes, y tengamos otro sistema de políticas que voy a mencionar aquí para lidiar con ese problema financiero de una manera legítima.

CONTRATO SOCIAL

(Minuto 1:09:34)

Todo este conjunto de políticas y toda esta historia de logros sociales primero, de problemas financieros que

- **Necesidad de un acuerdo social coherente:**
 - Correspondencia entre recursos y beneficios
 - Conciencia de la doble responsabilidad
 - Con los pacientes y con el sistema
 - Incentivos correctamente alineados
 - Con las necesidades de la gente y el buen uso de los recursos



Pero hacia adelante el País tiene que tener un contrato social coherente: primero, correspondencia entre recursos y beneficios, segundo, y esto es el tema que nosotros llevamos a todos los escenarios, sobre todo a nuestras discusiones con los médicos, y es la necesidad, en un sistema con un gasto de bolsillo tan bajo, tan descentralizado, donde los médicos, en particular los médicos especialistas están tomando decisiones de cómo se invierten los recursos públicos, que ellos tengan en mente una doble responsabilidad. Primero una responsabilidad que es obvia, con los pacientes. Pero segundo, una doble responsabilidad, o esa otra responsabilidad, con los recursos del sistema.

Yo me he convertido casi en un predicador a todos los médicos y en todas las instancias la necesidad de esta norma social. Decir: “Mire señor, cuando usted está formulando un medicamento que no es costo efectivo le está haciendo daño al sistema, y por lo tanto le está haciendo daño a los otros pacientes que muchas veces son invisibles en esa conversación. Y la necesidad también de realinear los incentivos, recuperar esos errores del pasado. Que si incorporamos las nuevas tecnologías de esa manera desordenada, donde básicamente el mensaje que le estamos transmitiendo a la sociedad es que tranquilos, nosotros vamos a pagar por todo, y vamos a pagar por todo a cualquier precio, eso tiene, no solamente, efectos sobre la sostenibilidad del sistema, sino efectos sociales inequitativos, no igualitarios, desiguales.

Los sistemas de salud no se quiebran de manera inmediata y lo hemos vivido en Colombia. Uno de los primeros síntomas de los problemas de sostenibilidad, es el razonamiento implícito. Que el razonamiento implícito lleva a que unos pocos, sobre todo las clases medias urbanas, tengan acceso a todo, y el resto de la sociedad tenga acceso a muy poco o a casi nada. De ahí la necesidad de estos contratos coherentes.

Hemos tenido que lidiar con la crisis. Y eso nos ha llevado a lo siguiente: tuvimos que traer aquí a un grupo de análisis financiero. Diseñar una senda de recuperación de los patrimonios o los capitales de las empresas pagadoras, diciendo: “miren ustedes van a tener 7 años para recomponer sus capitales, van a tener unas metas volantes”. Por ejemplo este año les estamos exigiendo el 10% del defecto patrimonial a todas las empresas, y así, el segundo año, el tercer año, el cuarto y el quinto. Como en este proceso de recuperación sabemos que hay urgencia de liquidez, tuvimos que crear un fondo de garantías del sector. Hemos tenido que lidiar con la liquidación de muchas de las empresas grandes del sector, que eran “to big to face”, toda la ubicación de esta política farmacéutica ha estado acompañada de la puesta en marcha de la implementación de una política financiera muy compleja, muy traumática, muchas veces no siempre legítima porque las políticas de salvamento, sobre todo empresas aseguradoras que habían sido deslegitimadas en todo este proceso, no siempre cuentan con el apoyo de la sociedad.

El Ministro de salud no habla de salud, hoy en día en Colombia, como consecuencia de todos estos problemas. Habla de plata, de recursos de margen de solvencia, de capital, y eso también es una tragedia, pero hace parte de las consecuencias que tuvimos que pagar, en su momento,

por no haber tenido una forma racional de incorporar las tecnologías.

Yo creo que esa es la historia, hasta ahora. Entonces estamos dispuestos a compartir las preguntas, a volver esto, el diálogo que no ha sido, entonces yo quedo pendiente.

PREGUNTAS DEL PÚBLICO

(Minuto 1:14:37)

Muchísimas gracias señor ministro. Creo que en nombre de todos puedo decir que fue una clase magistral, espectacular y me alegra también ver que realmente muy alineada con la visión que tiene el BID sobre el tema y confirmándonos la importancia que tiene el tema que trata de promover el BID en la región, aquello de incorporar las nuevas tecnologías con racionalidad y criterio. Entonces nos alegramos.

PREGUNTA 1:

LA PREGUNTA SOBRE LA INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL LISTADO NACIONAL

(1:15:26)

Me parece interesante porque los medicamentos biotecnológicos en la primera etapa no estaban incluidos. Eran recobrados por este mecanismo que nosotros hemos descrito como mecanismo no POS. Como lo estábamos pagando, en todo caso con recursos públicos, tomamos la decisión de incluir buena parte de esos medicamentos biotecnológicos. Incluso, uno de los criterios de incorporación, y sobre eso yo tengo dudas hoy en día, fue: estamos pagando mucho por esos medicamentos, entonces cojamos la lista de los medicamentos por los que más estamos pagando en ese otro seguro, el mismo POS. Ya estamos pagando por ellos, ¿Qué más da? incluyámoslo en todo caso y vamos a incluirlo con regulación de precios, con los precios ya regulados, se incluyeron ahí. Creímos que una vez incluidos, eso se iba a traducir en una reducción importante de la demanda por medicamentos y tecnologías no POS. Nosotros tenemos una lista grande de los

medicamentos más recobrados, que estaban por fuera del plan de beneficios. Esos medicamentos representaban algo como el 30 o 40% de los recobros. La decisión fu: inclúyalos y eso nos va a ocasionar que los recobros van a disminuir en un valor parecido 30-40% ¿Qué pasó? Los recobros no disminuyeron, porque usted los incluye, pero llegaron otros medicamentos biotecnológicos a ocupar la posición de los medicamentos que habíamos incluido. Entonces, la estrategia de inclusión, no era la estrategia que nos iba a solucionar el tema de que estábamos pagando mucho por medicamentos no incluidos de manera desordenada. Eso es obvio: teníamos los incentivos completamente alineados. Se está pagando por una cosa, pero si usted deja la puerta abierta para seguir pagando por todo a cualquier precio, le siguen llegando nuevas tecnologías y nuevos medicamentos. Eso nos pasó.

La inclusión de los medicamentos biotecnológicos no fue la solución al problema del no POS, eso, parece obvio en retrospectiva, no lo fue en su momento; cuando no teníamos absolutamente diagnosticado de dónde se derivaba el problema.

PREGUNTA 2:

sobre los medicamentos biosimilares

(1:17:41)

Tenemos algunos biosimilares en el mercado. Cuando presentamos el decreto de los biosimilares, nosotros, decíamos lo siguiente: vamos a tener un ahorro entre el 30 y 40 % en la reducción de los precios, sobre los precios ya regulados. Y basábamos ese argumento, o ese número en algunas experiencias interesantes de competencia de biosimilares en otros países del mundo. Tenemos el caso de Ritubzimab en México, otro caso en la India y demás. Todavía no tenemos un efecto grande de ahorro de costos por competencia de biosimilares, porque como dije hace un rato, el decreto todavía no está plenamente implementado. Sobre todo la guía de inmunogenicidad que está todavía en construcción. Esa guía va a estar lista en los próximos meses, pero creemos que aquí vamos a tener efectos o ahorros importantes por competencia, pero creemos que algunos de los efectos incluso se anticiparon, porque el decreto mostró o nos mandó un mensaje de la voluntad del gobierno de eliminar esas barreras de acceso innecesarias para los nuevos medicamentos y que básicamente no estábamos dispuestos, como lo estuvimos en el pasado, a pagar por todo a cualquier precio.

PREGUNTA 3:

Pregunta que dice “El POS”, esto nuestro paquete, o plan de beneficios se mantiene.

“¿Cómo solucionarán el mayor gasto del no POS y si se justifica ir incorporándonos y así hacer crecer el POS?”

(1:19:04)

Ya en parte la respondí, incorporar y los medicamentos que estaban siendo muy recobrados no nos va no nos va a resolver el problema del no POS mientras mantengamos el tema de los incentivos. Yo creo que la clave está en que todo este conjunto de políticas tenga continuidad y consolidación y vaya mejorando su imagen. Y la clave está también, en la nueva definición del plan de beneficios, que vamos a tener que poner en práctica desde el año entrante. Donde vamos a tener que desalinear algunos de los incentivos, y eso significa, necesariamente, cost-sharing, es decir que vamos a tener que tener un aumento de lo que se paga de bolsillo por las nuevas tecnologías no costo-efectivas. Si nosotros tenemos una alternativa en el nuevo plan de beneficios a la tecnología que no está, no vamos a pagar completamente por esa otra tecnología, sino vamos a

pagar simplemente hasta donde se justifique el análisis de costo-efectividad.

PREGUNTA 4:

¿Cuáles han sido los modelos más efectivos para la evaluación de tecnologías?

(1:20:36)

Hemos sido eclécticos en la evaluación de tecnologías, hemos puesto en práctica casi todas las tecnologías disponibles. Hemos tenido la colaboración de mucha gente. Este proceso ha sido muy acompañado de los ingleses, hemos tenido aquí el “London School of Economics” dos veces haciendo capacitaciones, a NICE lo hemos tenido por aquí. Las sociedades científicas y los médicos especialistas, veían este proceso con un poco de recelo. El primer año cometimos un error. Por conflictos de interés dijimos los médicos no deben hacer parte del consejo directivo. Eso hizo que los médicos especialistas, que son en últimas, los que dicen en qué se gasta y cuánto se gasta, comenzaron a ver la evaluación de tecnologías como algo distinto, no legítimo; corregimos ese punto. Hoy en día están ahí, todos los conflictos de interés tienen que revelarse, pero las llegadas

de transacciones a las sociedades de médicos especialistas, le ha conferido al proceso una mayor legitimidad. Eso ha sido importante.

PREGUNTA 5:

Pasar de un POS explícito a un POS implícito que obliga a una capacidad gerencial

(1:22:07)

Quiero hablar un poco de los temas regulatorios. Colombia en el 2007 creó una agencia reguladora por fuera del Ministerio de Salud y Protección Social. Tuvimos una comisión de regulación que se iba a encargar, tanto de definir el paquete de beneficios, como de hacer otras definiciones, entre otras, el valor de la prima, de lo que se paga por cada afiliado. Lo que se conoce en Colombia como la unidad de pago por capitación. En retrospectiva, lo que pasó con esa comisión de regulación independiente, fue un aprendizaje para todos. Esa comisión de regulación independiente tuvo problemas de diseño. Incluso problemas en la configuración de sus miembros, yo creo que era una idea en su momento interesante, pero que no funcionó. Y, hoy en día, se hizo algo, que para muchos era equivocado y es que las funciones

regulatorias volvieron a traerse al Ministerio. Hoy hacen parte de lo que uno podría describir como la rectoría del sector. Esto es, hoy la definición regulatoria está en el Ministerio. Eso es importante porque esas capacidades regulatorias que están hoy aquí, van a tener que fortalecerse en el contexto de ese nuevo plan que va a ser necesariamente más implícito que explícito. Y yo creo que la pregunta que se hace aquí, es una pregunta sobre si tenemos todas las capacidades y la forma de crear legitimidad en el Ministerio para administrar un plan que es necesariamente más complejo. Que es un plan, repito, más implícito que explícito, más basado en exclusiones que en inclusiones. Aunque yo quisiera hablar aquí de una cuestión que es más de grado que de clase. No quisiera ver esto como algo que va a ser totalmente diferente, pero sí va a ser un plan distinto. Pero definido de otra manera ojalá con cierto gradualismo. Yo creo que la Dirección del Ministerio que está encargada de este tema, de tomar las decisiones, y de construir la legitimidad que tiene que acompañar las decisiones, es una Dirección que tiene que seguir fortaleciéndose. Cuando se habla aquí de capacidad gerencial y de rectoría y de las dudas que se pueden estar expresando sobre esa capacidad, en ese contexto con un plan distinto, es una inquietud válida completamente. Yo creo que es un llamado de atención sobre la necesidad de ir fortaleciendo nuestra capacidad regulatoria, y nuestra capacidad en todos los ámbitos, en

todas las instancias, de explicar y construir legitimidad para esas funciones.

PREGUNTA 6:

¿Qué nos separa de países como Canadá e Inglaterra con respecto al no legítimo reembolso de tecnologías de bajo costo y efectividad? ¿Qué nos falta?”

(1:25: 38)

Es una muy buena pregunta. A veces yo lo he dicho de esta manera, que en Colombia a veces las demandas sociales, sobre todo de ciertos sectores de la sociedad, nos llevan a una contradicción. Es como si quisiéramos lo siguiente: el modelo de los Estados Unidos sin restricciones, y el modelo de Inglaterra de precio 0. Yo creo que Colombia con un gasto de bolsillo tan bajo, tiene que ser capaz de tener un modelo, en este sentido, cuando los ingresos públicos pagan por casi todo, más como el inglés o el canadiense. Esto es, con la necesidad de ese no legítimo. Sin embargo tenemos esta dificultad, que yo llamaría de economía política que sólo fue obvia en retrospectiva: los sistemas que son

100% públicos, esto es, que no tienen intermediación privada, a esos sistemas les resulta más fácil los acuerdos sociales para construir el no legítimo. Tenemos esa dificultad en Colombia, un sistema donde hay participación privada, puede haber ganancias o utilidades o excedentes de las compañías que están en la mitad, aseguradoras. Y eso, socialmente, ha dificultado la construcción del no legítimo.

Si ustedes quieren decirle que no a este conjunto de tecnologías, esto puede afectar la salud e algunos de los ciudadanos que a la vez están permitiendo utilidades en las empresas que tienen las funciones tan complejas de aseguramiento. Las utilidades, nosotros decimos, primero no han existido, porque históricamente muchas veces tenemos que sus patrimonios se deterioran, y en el fondo tenemos que ver cuál es la alternativa, dónde están las capacidades acumuladas de la sociedad. Pero yo creo que sí estamos nadando contra una corriente difícil y tormentosa, y es que los sistemas donde hay participación privada, es más difícil construir los no legítimos. Y ahí Colombia yo creo que está de alguna manera sin muchos referentes. O sea, sistemas donde hay muchos recursos públicos en sus sistemas, pero son recursos intermediados por agentes privados que deben en construir el no legítimo, cuando no muchos casos como esos hay en otro lado.

PREGUNTA 7:

Hay otra pregunta respecto a ley de enfermedades huérfanas. En Colombia se pasó una ley de enfermedades huérfanas, cuyo funcionamiento desangraría al sistema en un instante, ¿Cómo se va a manejar eso con la política farmacéutica?”

(1:28:30)

Tenemos una ley de enfermedades huérfanas compleja de implementar. Esos preceptos de la ley de enfermedades huérfanas, fueron encontrados en la ley estatutaria, esto es en la ley que incorpora la jurisprudencia y que consolida la salud como derecho fundamental, y establece los mecanismos de regulación. El tema de las enfermedades huérfanas es difícil, porque los criterios de costo-beneficio, claramente no aplican. Pero algunas de las gráficas que mostramos aquí, y quisiera volver a ellas, nos muestra que hemos tenido excesos en cuanto a la incorporación. Esto es un medicamento para una enfermedad huérfana,

donde las consideraciones epidemiológicas no explican lo que ha ocurrido acá (Diapositiva valor de recobros en la página 10). Esto hace parte de lo mismo, de lo que me refería hace un rato. Tenemos una ley que de pronto vuelve al país muy vulnerable a la presión tecnológica de las compañías farmacéuticas, pero tenemos que trabajar con los especialistas en el control de la demanda para volver a propiciar lo que yo llamé hace un rato el acuerdo social coherente. Pero yo creo que la preocupación de esa pregunta es también la preocupación nuestra.

PREGUNTA 8:

“En nuestro país Perú, tenemos el gran desafío de la transferencia de capacidades de nuestros gobiernos regionales al marco de transferencias de la descentralización. Todavía no tenemos un instituto de evaluación de tecnologías sanitarias, sería fenomenal tenerlo. En el caso de

Colombia, señor ministro, ¿Cómo las autoridades regionales de salud en Colombia están implementando las tecnologías sanitarias en sus respectivos ámbitos territoriales?”

(1:30:11)

Digo algo sobre el IETS que parece importante, se han evaluado 120 tecnologías en 3 años. Y ha permitido la actualización del paquete de beneficios en dos oportunidades, todos ellos basados en la evidencia. Nosotros tenemos el problema similar del que tiene Perú, con las capacidades de la sociedad concentrada, muchas veces, un gobierno central con dificultades para transferir esas tecnologías. Este problema de la evaluación de tecnologías en el territorio, es un problema que tenemos en nuestro país por la parte de diseño institucional. En el régimen subsidiado, en esa otra mitad del sistema de salud, donde no hay contribución, cuando hay una tecnología o servicio que está por fuera del plan de beneficios, quien debe financiarlo es la entidad territorial, es la provincia. Esto hace que muchas veces ellos también tengan que tener una capacidad de evaluación, alguien tiene que decirle a la entidad territorial ¿Es esta tecnología algo por lo que yo debería pagar?, debería yo hacerme la pregunta de si esto está siendo costo-

efectivo; esa capacidad, igual que en Perú, no la tenemos en la región. Y yo creo que hay que decir que todavía el instituto de evaluación de tecnologías, es una institución centralizada, y esa transferencia de ese conocimiento a las entidades territoriales en Colombia, como también en Perú, es un desafío grande, donde seguramente lo que vamos a hacer es avanzar en algunas de las regiones, pero llevar esto a todas las regiones va a ser muy difícil. Es una tarea para las próximas décadas.



CRITERIA

Priorización y planes
de beneficios en salud