

¿Cómo queda el acceso y el uso racional de medicamentos en la reforma de la salud?

El [proyecto de ley que reforma la salud en Colombia](#) incorpora elementos sobre la política de medicamentos, insumos y tecnologías de la Ley Estatutaria y los avances de política farmacéutica de la última década, sin embargo, preocupan algunas **omisiones** mayores, **confusiones y redundancias** del capítulo 13 y de otros artículos relacionados con esta temática.

Omisiones

- La [problemática global del modelo de innovación biomédica, con implicaciones locales](#), no se aborda de forma coherente en la propuesta de reforma. Una problemática que se expresa de diversas formas; entre ellas la incipiente innovación en problemas de salud relevantes, el monopolio y los precios exagerados de las innovaciones que transforman el curso de enfermedades prioritarias, la oferta creciente de medicamentos de bajo o nulo aporte en salud, la insuficiente producción y el desabastecimiento de medicamentos esenciales, sumado al sobreconsumo y medicalización de la vida con consecuencias negativas sobre la salud y el medio ambiente.

Esta es una omisión mayor. Ni el capítulo 13, ni otros apartados del proyecto de ley son consistentes en las soluciones a esta problemática.

- El diseño del sistema de salud basado en atención primaria no establece mecanismos de pesos y contrapesos entre hospitales, industria y los profesionales médicos. Al contrario, la estructura propuesta es la fórmula perfecta para la explosión del gasto y los excesos en el consumo de medicamentos y tecnologías médicas. Por un lado, se establece el giro directo para aliviar el funcionamiento de los hospitales y clínicas -sin claridad sobre las capacidades de auditar en el nuevo esquema territorial-. De otro lado, se mantiene la premisa de la cobertura de todos los medicamentos del mercado -sin una selección y enfoque en los medicamentos esenciales y sin cuestionamientos a las terapias sin beneficio demostrado-. A su vez, se sugiere el privilegio del pago por evento en la atención hospitalaria -con un esquema de autorregulación médica, incluida en artículo 133¹.

¹ **Artículo 133.** Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas,

Esta aproximación es insuficiente para garantizar un uso prudente de los medicamentos y para la gestión del gasto público, especialmente para aquellos de alto impacto financiero. Es cuestionable además que la propuesta no incluya elementos de monitoreo del sobreconsumo, de la seguridad de los medicamentos durante su uso y de la evaluación del impacto de estos para la población y el medio ambiente, que refleja también una insuficiente disposición por fortalecer la autoridad sanitaria y al INVIMA.

- No se establece con claridad una priorización y selección de los medicamentos esenciales para la atención primaria en salud, ni los mecanismos de distribución y dispensación a lo largo del territorio nacional. No se menciona el rol de los gestores de servicios farmacéuticos y operadores logísticos que realizan en la actualidad estas prestaciones, ni cómo operarían en la nueva estructura del sistema. Tampoco se establece la articulación de las cooperativas de hospitales que prestan estos servicios en zonas apartadas con otras iniciativas anunciadas por el gobierno nacional y que parecen referirse a la red de farmacias y de la infraestructura de producción de medicamentos asociadas a activos incautados ([Artículo 168 del PND](#)).

Si bien la inclusión de un artículo que reglamenta los servicios farmacéuticos podría abordar estos asuntos, en el Proyecto de Ley se establece que se expedirá otra política independiente de la política de medicamentos². Duplicidades que complican la gestión pública, sumado a que todas las políticas descritas en el Proyecto de Ley se formularán con períodos de actualización cada cuatro años.

- La reforma incorpora un capítulo completo sobre la investigación, ciencia y tecnología en salud, pero no es clara la alineación de la política de medicamentos con la agenda de diplomacia en salud (en especial la discusión de los tratados globales sobre manejo de la pandemia y del uso de flexibilidades a las patentes), ni con lo establecido en el **PND** sobre la política industrial. Dada la relación estrecha de las políticas de producción, con las prioridades de acceso a medicamentos y tecnologías de la salud, la participación de entidades como el **INVIMA**, el **INS** y otras entidades nacionales y territoriales en estos apartados debería estar descrita de forma más explícita. El **Centro de Pensamiento “Medicamentos, Información y Poder”** realizará un análisis más detallado del capítulo de Ciencia y Tecnología en la perspectiva de las propuestas de soberanía sanitaria, independencia estratégica y el desarrollo de capacidades de producción local e inserción del país en la economía regional y global.

relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

² **Artículo 81.** Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.



Confusiones y redundancias

Sobre compras de medicamentos y negociaciones de precios

- La propuesta sobre la subasta pública anual (Art 125³) puede ser problemática debido a la ausencia del enfoque de priorización ya mencionado. El modelo de subasta inversa es un mecanismo de negociación, entre muchos otros existentes, para mejorar los precios de compras. Por eso es confusa la necesidad de incorporarlo en una ley, sin claridad sobre las instituciones beneficiarias de la compra, ni sobre las entidades que participan en la negociación a las que se aplica. En la actualidad las compras agregadas que realizan las Cooperativas de Hospitales Públicos pueden usar esta modalidad de negociación, lo mismo que los hospitales públicos o privados en sus procesos de adquisición, e incluso la usan los gestores farmacéuticos -que no se mencionan en el Proyecto de Ley, ni hay claridad sobre quiénes los reemplazarían en la nueva estructura-.
- De otro lado, pareciera que la intención del artículo 63⁴ del Proyecto de Ley es asignar la competencia de negociación y compra centralizada al Ministerio de Salud y Protección social y a Colombia Compra Eficiente-. Este artículo modifica el régimen de contratación pública para este tipo de compras e implica el compromiso de muy altos montos de recursos públicos, sin que sean claros los controles y vigilancia.
- El mismo artículo 63 establece que el Ministerio de Salud será quien determine qué medicamentos y tecnologías médicas se compran en los niveles territoriales, en los niveles de atención directa (Hospitales o Centros de Atención Primaria) y las condiciones para realizar compras conjuntas. Este nivel de centralización y concentración de decisiones puede comprometer la eficiencia y la oportunidad de la prestación de los servicios.
- Parece que la gestión del gasto público en salud se aborda a través de distintas estrategias que se ven dispersas en el Proyecto de Ley. De un lado, a través de la negociación de precios y de la adquisición centralizada de medicamentos, y del otro, a través del régimen tarifario único descrito en el artículo 77⁵. Sin embargo, podría ser redundante e incluso contradictorio pues, en el caso de las negociaciones y compras, se desconocen las particularidades de los territorios y de los hospitales, mientras el manual tarifario se adaptaría a las características de cada IPS y de su población asignada. Preocupa que estos contenidos y mandatos sustituyan procesos que en algunas entidades hacen de forma eficiente, por una propuesta

³ **Artículo 125.** Adquisición y distribución de medicamentos y tecnologías en salud. La adquisición de los medicamentos y tecnologías en salud se podrá realizar para los productos de mayor consumo, a través de subasta pública para cada año, en noviembre y con vigencia desde el 1° de enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dará prioridad a la producción nacional...”

⁴ **Artículo 63.** Régimen de contratación. (...) El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia Compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial. Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social”

⁵ **Artículo 77.** (...) Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

de mega compras centralizadas, regidas por el régimen privado, sin controles y poco clara en su articulación con las estructuras de atención.

Sobre sistemas de información

- A lo largo del proyecto de ley se hace mención al desarrollo de un gran sistema de información que consolide todos los procesos asociados a la prestación de los servicios de salud. Este es un proyecto ambicioso que requiere una importante asignación de recursos económicos y humanos. En todo caso, dada su relevancia en la gestión del nuevo sistema de salud, es relevante contar con un capítulo exclusivo que indique la propuesta de funcionamiento planteada para este sistema y cómo se va a incorporar a los sistemas ya existentes (SISPRO, RIPS, pagos de industria a médicos, entre otros), así como las modificaciones a la codificación de medicamentos (bajo una propuesta aparentemente poco novedosa⁶), y nuevos sistemas de monitoreo que se incluyan en el Proyecto de Ley.
- La promesa de los anuncios del Ministerio de Salud es que será un sistema de información transparente que haga seguimiento a las tarifas, negociaciones, contratos, formas de pago, precios unitarios de las tecnologías médicas y los servicios médicos prestados, a la vez que información sobre los desenlaces en salud.

Sobre INETIS e INVIMA

- Una apuesta importante de la reforma es la creación del *Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS)*⁷, que permitiría superar los problemas de financiación, funcionamiento y gobernanza del actual **IETS** (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud). Sin embargo, si bien se establece que para la formulación de la política de medicamentos participarán el **IETS**, el **INVIMA** y el **INS**, es importante que en la estructura de la gobernanza del **INETIS** estas mismas entidades participen, cuidando el alcance de sus competencias. Esto por la importancia de las evaluaciones de tecnologías para las decisiones de regulación de precios, cobertura, acciones de salud pública o autorización de comercialización.

Para conocer un poco más de las bases que respaldan estos análisis recomendamos visitar el portal del Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder. [Disponible aquí.](#)

⁶ **Artículo 105.** Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

⁷ **Artículo 124.** Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería, Medicina e Ingeniería Biomédica de las universidades a nivel nacional.