

**COMISIÓN CONJUNTA PARA EL ESTUDIO
E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY
ESTATUTARIA EN SALUD**

**I N F O R M E
2018**

Bogotá, 23 de julio de 2018

I. RECUENTO DEL ACUERDO Y LA COMISIÓN

Es bien sabido que la Ley 100 de Diciembre 23 de 1993, Ley innovadora e importante en su momento, se desvirtuó, se desgastó y llevó la salud de los colombianos a una profunda crisis, crisis que necesariamente condujo hacia la Ley Estatutaria, Ley 1751 de febrero de 2015, la cual elevó la salud de los colombianos a un derecho fundamental; este hecho es uno de los acontecimientos legislativos más importantes de los últimos años y el fortalecimiento del accionar político y jurídico en un verdadero estado social de derecho.

Es de anotar que en los 26 artículos de la Ley 1751 de Febrero de 2015 y en la sentencia C-313, se encuentran el marco y la estructura jurídicos, el accionar y las directrices, la proyección de consideraciones y ejecutorias para un nuevo sistema de salud, sistema capaz de hacer cumplir el goce del derecho fundamental y ordenamiento constitucional. De ahí que desde la promulgación de la Ley Estatutaria en Salud se cree que es necesaria y de suma urgencia su implementación; esto es, crear los mecanismos jurídicos que permitan su aplicabilidad; desarrollar las bases, estructura, articulación y funcionalidad que garanticen su integralidad y ejecución y finalmente diseñar toda una serie de normas, resoluciones, decretos y/o leyes tales que en conjunto lleven o generen un Sistema de Salud que garantice, por parte del Estado, el cumplimiento del derecho fundamental.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social inició la implementación; esto expidiendo decretos y resoluciones, diseñando y desarrollando los mecanismos, bases y estructura e introduciendo la nueva normatividad dentro del funcionamiento actual. Es en este momento en el cual la Academia Nacional de Medicina, como órgano asesor y consultor del Gobierno Nacional en lo relacionado a la Salud y Educación Médica, y considerando la lenta e insuficiente implementación, la diferencia entre Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, la necesidad de una celeridad y directrices hacia un nuevo sistema de salud y –especialmente- la

necesaria participación del sector médico, que ofrece su concurso, su apoyo, su participación, entre otros; y para esto planteó la creación de una comisión conjunta para el estudio e implementación de la Ley Estatutaria.

La Comisión Conjunta, Ministerio de Salud y Protección Social – Academia Nacional de Medicina, cuyo objetivo fundamental es ayudar, colaborar, organizar, continuar e impulsar la normatividad para la implementación de la Ley Estatutaria y, a través de sus recomendaciones, participar en la generación de un nuevo sistema de salud que garantice el goce pleno del derecho fundamental: La Salud de los colombianos.

Bajo estas directrices se creó la Comisión Conjunta conformada por médicos designados por la Academia Nacional de Medicina y por profesionales y funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, designados por el Ministro de Salud. Esta comisión teniendo en cuenta la Ley Estatutaria en Salud, define los temas a estudiar e implementar, los objetivos a cumplir, la logística y metodología a desarrollar y los plazos a cumplir. Finalmente el 29 de enero de 2018 se firma el Acuerdo Academia Nacional de Medicina de Colombia–Ministerio de Salud y Protección Social entre el Ministro de Salud Dr. Alejandro Gaviria Uribe y el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Herman Esguerra Villamizar.

Los componentes de la Comisión Conjunta fueron: Designados por el Ministerio de Salud: Dr. Alejandro Gaviria Uribe, Dra. Marcela Montealegre, Mery Concepción Bolívar, Dra. Martha Lucía Ospina, Dr. Félix Regulo Nates, Dr. German Escobar y Dr. Luis Gabriel Fernández. Designados por la Academia Nacional de Medicina: Dr. Herman Esguerra Villamizar, Dr. German Gamarra Hernández, Dr. José Félix Patiño, Dr. Nelson Contreras, Dr. Gustavo Quintero, Dr. Pedro Contreras, Dr. Ricardo Navarro, Dr. Carlos Francisco Fernández, Dr. Rodrigo Córdoba, Dr. César Augusto Cortés, Dra. Angela Gonzalez, Dr. Carlos Alberto Palacios, Dr. Julio Cesar Castellanos, Dra. Liliana Arias Castillo, Dr. Gabriel Riveros y Dr. Jorge Gómez Duarte.

Los temas a tratar fueron: 1-Alcance del derecho a la Salud. 2-Autonomía Médica y Autorregulación. 3-Estatuto de Personal de Salud. 4-Sostenibilidad Financiera del Sistema. 5-Consideraciones de Integralidad en la Prestación del Servicio. 6-Determinantes Sociales en Salud. Enfoque en Mejores Prácticas. 7- Política Farmacéutica. 8-Batería de Indicadores de Seguimiento al Goce Efectivo del Derecho Fundamental a la Salud. 9-Inspección, Vigilancia y Control. 10-Sistema de Información.

Con los anteriores temas se consideró que se abarcan los puntos fundamentales de la Ley Estatutaria en Salud.

II. TEMAS TRATADOS

Los temas considerados por la Comisión Conjunta fueron:

1. Autonomía médica y autorregulación
2. Estatuto de Personal para los trabajadores de la Salud
3. Consideraciones de integralidad en la prestación de los servicios
4. Sostenibilidad financiera
5. Política farmacéutica

1. AUTONOMÍA MÉDICA Y AUTORREGULACIÓN

Una de las bases en todo sistema de salud son los profesionales y trabajadores de la salud; es su conocimiento, su profesionalismo y su actuar; son sus principios éticos, humanísticos y sociales y son su estabilidad, su seguridad y su continuidad en el ejercicio mismo de su profesión u oficio; el conjunto de lo anterior permiten el desarrollo de un sistema y la prestación de los servicios de salud.

La Ley Estatutaria considera que los profesionales y trabajadores de la salud son garantía para la prestación de los servicios, son base para su continuidad y calidad y son definitivos para conseguir la integralidad.

En el Artículo 17. *Autonomía Profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. Agrega la Ley en su **Parágrafo**. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la Salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.*

AUTONOMÍA

- a. Para considerar y garantizar la autonomía médica es fundamental la enseñanza, ilustración y educación médica basadas en la información sobre su conocimiento como

ciencia, arte y humanismo; de tal forma que el médico debe, como profesional de la salud, adquirir el suficiente conocimiento, autoridad, capacidad resolutive y ética en su proceder. Es decir, que el ejercicio con autonomía depende principalmente de la capacidad del médico como profesional de la medicina.

Recomendaciones:

- 1. Llevar a cabo la formación del médico en sus diferentes niveles de preparación y ejercicio, de tal forma que le proporcionen amplio conocimiento y capacidad resolutive; principios éticos, humanísticos y de valores sociales; autoridad, respeto y prestancia en lo social. Para esto se requiere de reformas en los programas académicos en tal forma que garanticen estas habilidades y permitan el ejercicio con estos principios.**
- 2. Formar al médico para que se adapte, armonice y sea capaz de ejercer en el sistema generado por la Ley Estatutaria.**
- 3. Tener en consideración *Las Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia.***

Es necesario que el médico para ejercer su autonomía tenga libertad en la toma de decisiones, relacionadas como profesional de la medicina; estas deben ser garantizadas no solo por su formación, capacidad y autoridad sino también por la seguridad y estabilidad laboral entre otras. En ningún momento la posición o situación laboral pueden influir en la autonomía profesional. La Autonomía médica en ningún momento puede ser constreñida, presionada o restringida.

Recomendación:

- **Condiciones laborales (estatuto de personal para trabajadores de la salud) que garanticen estabilidad laboral, actualización en la profesión u oficio y seguridad en el ejercicio, hechos, entre otros, que conducen a una clara autonomía y una libertad en las decisiones.**

AUTORREGULACIÓN

La autonomía médica debe tener reglas y límites, es decir, estar autorregulada para encontrar un límite en el gasto del ejercicio profesional, un valor y concepto en costo-beneficio y un equilibrio entre el compromiso y beneficio social y la sostenibilidad del sistema.

Recomendación:

- **Desarrollar programas y estrategias de carácter obligatorio a nivel de los diferentes grupos médicos (generales y especializaciones), y profesionales de la salud, que garanticen conceptualización de principios éticos, de competencias morales, fármaco-economía, costo beneficio, conocimiento y capacidad del gasto, responsabilidad social y sostenibilidad del sistema.**

Los programas y estrategias referidos y relacionados con la autorregulación deben ser desarrollados por las sociedades científicas y dirigidos a su propio seno y a sus miembros. Tanto la autonomía médica como la autorregulación deben estar ajenas a la aceptación de cualquier tipo de prebenda o dádiva, provenientes de cualquier tipo de proveedores.

Recomendaciones:

- 1. Se deben regular y asegurar la aplicación de las sanciones por el constreñimiento, presión o restricción de la autonomía médica.**
- 2. Se deben regular y asegurar la aplicación de las sanciones por el incumplimiento de la autorregulación.**

2. ESTATUTO DE PERSONAL PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Teniendo como fundamento el garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio de salud, en principio, se considera fundamental que los trabajadores del sector salud deben gozar de condiciones laborales como estabilidad laboral, prestaciones sociales, seguridad social, dignidad en el trabajo, posibilidades de actualización, en fin, garantías y situaciones tales que les permitan y estimulen a desarrollar y cumplir con calidad, oportunidad, continuidad, eficiencia y humanización, entre otros, su ejercicio profesional o técnico.

Con tales bases y consideraciones, el Ministro de Salud y Protección Social presentó el proyecto de ley que le otorga facultades extraordinarias *protempore* al Presidente de la República para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial.

Con la anterior propuesta de proyecto, la Comisión estudia y analiza los alcances que dichas facultades podrían otorgarle al Presidente de la República. Se considera que los objetivos y alcances serían si no suficientes, si necesarios para que los trabajadores de la salud logren el régimen especial que le otorgaría a su labor profesional y técnica, condiciones laborales para que ellos, en condiciones favorables puedan ejercer y garantizar con calidad la prestación de los servicios de salud a ellos encomendados.

De ahí que la Comisión está de acuerdo con esta propuesta y apoyaría **la aprobación de dicho proyecto legislativo, para lo cual entregó una carta dirigida a la Dra. Nadia Blel Scaff, Presidenta de la Comisión Séptima del Senado de la**

República, dando su recomendación y apoyo, y ofreciendo su ilustración y sustentación al respecto en caso necesario.

Además, dentro de la misma Comisión surgen las siguientes recomendaciones:

- **Hacer extensivas, de acuerdo con las leyes laborales, a los trabajadores de la salud de entidades privadas, las condiciones laborales otorgadas a los servidores del Estado.**

3. CONSIDERACIONES DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La Ley Estatutaria en Salud, en su artículo 4°. *Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones, competencia y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.* En su artículo 8° *La Integralidad. Los servicios y tecnologías deberán ser suministrados de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definida por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del mismo.* Finalmente en el artículo 15° *Prestaciones de Salud, el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud que incluya su promoción, prevención, paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.*

Con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 se crea un sistema de salud –quizá el primero en Colombia- basado en el aseguramiento; sistema que a través de los años, si bien alcanzó indicadores importantes en la salud de país, así mismo, poco a poco, se desvirtuó y desgastó llevando a una gran crisis al sector salud; crisis que generó la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, Ley que establece la salud como un derecho fundamental. Esta ley así mismo, a través de su articulado, establece y traza los lineamientos para lograr el cumplimiento de este derecho. Para tal logro se debe plantear y desarrollar un sistema de salud que sea capaz de generar, entre otros, una integralidad en la prestación de los

servicios de salud y una garantía en proporcionar la salud misma, obteniéndose así entonces el derecho en mención. Es así que para observar la integralidad exigida por la Ley y su verdadero goce, se plantea: 1) Un nuevo sistema de salud basado en la atención primaria en salud, APS. 2) Un modelo de atención planteado en el MIAS, Modelo Integral de Atención en Salud; modelo que debe considerar o contemplar, para que haya una verdadera y real integralidad, 3) los determinantes sociales en salud.

Estos tres aspectos deben estar interrelacionados, articulados y complementados entre sí, y en conjunto deben tender hacia la salud individual y colectiva como un derecho. El hecho de basar el nuevo sistema en la Atención Primaria, significa que la garantía óptima del derecho a la atención de salud implica una reorientación de las prioridades gubernamentales y que la Atención Primaria en Salud viene a formar parte del desarrollo político y económico del país. La relación de la Atención Primaria en Salud (APS) con el sistema de salud, significa, entre otros, que la APS es el elemento central del sistema de salud, lo que representa a la vez la introducción de cambios progresivos en todos sus componentes; podría asegurarse que esta Atención Primaria junto con el médico general -con capacidad resolutoria y autonomía- y el médico familiar se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud y que a través de ellos, no solo hay accesibilidad a los servicios, sino que también conduciría y se integraría con la atención hospitalaria y la especializada.

Con este planteamiento, necesariamente, el desarrollo del sistema tiene que obedecer a programas estructurales y secuenciales, planificación, gestión de procesos, y políticas de calidad que si bien pueden representar un mayor o menor costo, sí, en definitiva, deberá ser más efectivo en la mejora de los indicadores de salud. En esta nueva concepción observamos que el centro de salud y la composición de equipos de atención de salud son fundamentales dentro de la estructuración organizativa, en los cuales, además, se deben generar y desarrollar integralmente funciones, programas,

profesionales, técnicos y resultados. Ya con este centro de salud integral, se debe conformar el equipo de atención de salud (profesionales, técnicos, auxiliares, etc.) quienes haciendo parte de la comunidad deben responder por su salud en su nivel.

Evidentemente la APS debe ser articulada a otros niveles superiores de atención en salud, hospitalario y medicina especializada y así conducir hacia la integralidad, que como se definió en el artículo 8° de la Ley Estatutaria: *Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación, definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.* Ahora bien, para lograr esta integralidad se formula el modelo integral de atención en salud (MIAS), el cual se define como un conjunto de acciones coordinadas complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresados en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se materializarán en atenciones dirigidas a las personas, familias, comunidades, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Todo lo cual deberá ser atendido también en forma articulada por las redes integrales en salud, que necesariamente deben ser todo un conjunto articulado y armónico de efectores o ejecutores –red de prestadores de salud- en donde además deberán poderse hacer, realizar y suministrar los servicios y tecnologías a que hace mención la Ley y que proporcionará el derecho a la salud. Mas todo este andamiaje no estaría completo si no se le da cabida o lugar y la importancia debida a los determinantes sociales. Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud. Promover el mejoramiento de la salud, prevenir la*

enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en la salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores, que tienen un impacto directo en los resultados de salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.*

Determinantes sociales que teniendo en cuenta el concepto de “La salud concebida como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, resultado del acceso a mejores condiciones de vida de las personas, y a la efectiva intervención sobre sus determinantes sociales por parte del Estado”, se hacen parte integrante del sistema a través de la transdisciplinariedad en la medicina familiar, la evaluación en salud, información, educación y especialmente la comunicación en la salud pública como estrategia clave cuyo objeto es el desarrollar conocimiento y comprensión, y habilidades en las personas para realizar cambios sostenibles en las condiciones que afectan la salud. Asimismo se conceptualiza sobre los factores que intervienen en el resultado de una mayor o menor salud y el hecho de pasar de un modelo de aseguramiento a un modelo de salud integral con un gran desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esto último hace relación a la necesidad de intervención en el papel que en nuestro caso, juegan las EPSs, las cuales en la actualidad prácticamente intervienen en todo el andamiaje y articulación de la salud y en donde los resultados no necesariamente programáticos, están mediados por factores económicos.

Recomendaciones:

- **Generar un sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud.**
- **Programar y construir una integración y articulación entre el primer nivel de atención y los otros niveles, es decir, entre la Atención Primaria en Salud (APS), el modelo integral de atención en salud (MIAS -Hospitalaria y Especializada-) y los determinantes sociales, a través de una relación armónica y complementaria.**
- **Intervenir en la formación del médico general para fortalecer su capacidad resolutive, devolverle su autonomía, autoridad, credibilidad, y responsabilidades; médico capaz de autorregularse y sentirse parte de un contrato social como un profesional de la salud y cuidador del sistema del que hace parte, todo con principios éticos, morales y de responsabilidad social.**
- **Fortalecer e incrementar la formación del médico familiar.**
- **Diseñar en la mejor forma los centros de salud y equipos de atención en salud.**
- **Redefinir el papel de las EPSs. Su consideración como gestoras y administradoras. Viabilidad. Integración Vertical.**
- **Programar, implementar y desarrollar las redes integrales de prestación de servicios.**
- **Integración, comunicación e interrelación entre las diferentes redes.**

4. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

De acuerdo con el artículo 2° de la Ley Estatutaria en donde se define el derecho fundamental a la salud, y de conformidad con el artículo 49° de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, y con el artículo 5° de la Ley Estatutaria. *Obligaciones del Estado. En su numeral (i)... Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.*

En Colombia, el 6,81% del PIB se invierte en salud, lo cual representa más o menos 42 a 43 billones de pesos, dados estos aproximadamente por recursos fiscales (50%) y parafiscales (50%). Para lograr una cobertura y protección universal se necesita "... *más dinero o aportes*", ya que de acuerdo con la Ley Estatutaria "*la salud está primero que cualquier cosa*".

Para lo anterior, el Ministerio de Salud ha trabajado en forma importante y posiblemente acertada en la construcción (muy compleja) del sistema de financiamiento, adoptando medidas como: mejoramiento del flujo y de los recursos. Pago directo. Constitución del ADRES. Programa de saneamiento fiscal y financiero. Aclaración de cuentas entre EPS y prestadores o IPSs. Actualización y unificación de las condiciones financieras. Mecanismos de liquidez y apalancamiento. Políticas y control de precios farmacéuticos. Nuevas leyes de saneamiento. Medidas que se han venido tomando y dando sus resultados.

Recomendaciones:

- **AUMENTAR INGRESOS (Ingeniería Financiera)**
 - Recaudar más recursos y mejorar-centralizar su flujo.
 - Impuestos generales. a)-Adicionales: bienes y actividades de riesgo y generadores del daño en la salud. Cigarrillos, bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, carbón, minerías-polución. b)-Nuevos: tiquetes aéreos y telefonía móvil.
 - Reducir informalidad. Ampliar base cotizante. Actualización de UPC. Incremento progresivo copagos y cuotas moderadoras. Inclusión en el SGSSS de los regímenes especiales.
 - Intervenir y regular la intermediación; las EPS deben ser entes administrativas y no empresas que “intervienen en el negocio de la salud”.
 - Controlar la evasión y elusión (Parafiscalidad, depuración del SISBÉN, SOAT)

- **DISMINUIR GASTOS**
 - Regular gastos y controlar costos.
 - Estimular, fortalecer y garantizar la calidad de los servicios.
 - Controlar precios de medicamentos y nuevas tecnologías. Control precio de insumos de alto costo.
 - Crear e implementar mecanismos de control y autorregulación en los servicios.
 - Consideración (tutelas, alto costo, juntas médicas).
 - Mejora del sistema de información (Cobertura, historia clínica única).
 - Gestión del riesgo en salud. Modelos de contratación.

- **Unificar régimen subsidiado y régimen contributivo.**
- **Fortalecimiento del ente único recaudador y pagador, ADRES. Organismo dependiente del Estado (Ministerio de Salud y Protección Social), el cual debe ser blindado contra la corrupción e inoperancia.**
- **Fortalecer entes de vigilancia y control.**
- **Desarrollar todas las medidas necesarias para combatir la corrupción en los diferentes niveles del sistema. Adecuada supervisión del manejo de los recursos; blindaje ante la corrupción y fortalecimiento de la supervisión del recurso y una adecuada administración de este.**
- **Reconocer que hay crisis financiera en el sector salud y que se deben adoptar políticas urgentes de saneamiento: Ley orgánica. Deuda generada por No-Pos.**
- **Definición deudas entre EPSs e IPSs. Pago deudas a IPSs.**
- **Redistribuir y asumir económicamente los costos generados por los determinantes sociales que intervienen en la salud y no dejarlos solo a costa y consideración del Ministerio de Salud y Protección Social, sino de acuerdo con el causante del determinante social.**

Las anteriores recomendaciones, las cuales en parte ya ha asumido e iniciado el Ministerio de Salud y Seguridad social, deben considerarse en su conjunto, ya que así, muy seguramente, garantizarán la sostenibilidad financiera que requiere la implementación de la Ley Estatutaria.

Habrán algunas otras recomendaciones no tenidas en cuenta y que pueden ser importantes en el objetivo final. Todas en su conjunto son medidas económicas, o políticas, o sociales, que en definitiva debe asumir el gobierno nacional y los entes territoriales de acuerdo con la descentralización, cuyo objeto es encontrar la sostenibilidad financiera

del sistema de salud, tan complejo y deficiente en el momento actual. Es de considerar que la sostenibilidad financiera es la columna vertebral para lograr una adecuada implementación de la Ley Estatutaria.

5. POLÍTICA FARMACÉUTICA

La Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En su artículo 5° refiere como obligación del Estado *(i) adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población. Y agrega en su numeral (j) intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud, con el fin de optimizar su utilización, evitar inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.*

Finalmente la Ley Estatutaria en Salud en el artículo 23° define así la política farmacéutica nacional: *el gobierno nacional establecerá una política farmacéutica nacional programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos.* Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo-efectividad, suficiencia y oportunidad. Este mismo artículo en su párrafo refiere: El gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia, de acuerdo con la metodología que defina el gobierno nacional. Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando éste no refleje condiciones competitivas.

Bajo estas condiciones la Comisión se ilustra y conoce las medidas que el MSPS ha venido tomando en los últimos años con respecto a la política farmacéutica nacional y control de precios de los medicamentos, y como en una forma progresiva ha establecido las medidas correspondientes que permitirán un programa que no solo contribuirá en la garantía del derecho a la salud y su sostenibilidad financiera, sino que además establece los mecanismo y normatividad desde su adquisición y financiación hasta su distribución y control de precios, entre otros. La Comisión encuentra acertadas las medidas, su metodología, mecanismos y hasta ahora resultados, y recomienda la continuidad de esta bajo las mismas directrices, claridad y protección nacional y contribución positiva en medidas para encontrar la sostenibilidad financiera del sistema.

No obstante lo anterior, hace las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones:

- **Continuidad en la formulación de la actual política farmacéutica y control de precios de medicamentos. Extenderlo progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares.**
 - **Considerar control de precios a insumos de alto costo.**
 - **Considerar la inclusión de esta política y control de precios a las tecnologías en salud.**
 - **Consideración y regulación de las tarifas de procedimientos médicos.**
 - **Considerar las negociaciones centralizadas como parte de esta política farmacéutica.**
 - **Estimular a nivel nacional el conocimiento, elección y uso de genéricos y biosimilares.**
 - **Fortalecer la comisión reguladora y proporcionarle estabilidad jurídica.**
 - **Fortalecer las entidades de vigilancia y control, INVIMA.**
-

CONSIDERACIONES FINALES

Hasta el momento se han estudiado cinco temas que se podrían considerar los de mayor importancia en la Ley 1751 de febrero 16 de 2015. A estos temas se les han realizado 46 recomendaciones que, en concepto de la Comisión, contribuirán en buena forma con la implementación y aplicabilidad de la Ley Estatutaria en Salud, cual es el objetivo inicialmente planteado. Todas estas recomendaciones convergen y se armonizan hacia el objeto principal de la Ley Estatutaria, cual es lograr un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de salud de los colombianos y cumplir con su derecho fundamental. El hacer realidad un derecho fundamental en una sociedad de tan diversas características como la colombiana, y en un tema tan difícil como es la salud, y en unas condiciones tan críticas y arraigadas no es tema fácil, ni tarea concluida. La comisión cree que desde la sanción de la Ley, el Ministerio de Salud ha venido cumpliendo su tarea, interpretando la Ley y estableciendo las bases, estructuras y funcionalidad para este nuevo sistema de salud; ha descifrado sus necesidades y falencias y ha proyectado sus requerimientos y posibles logros. Las recomendaciones hoy entregadas se suman a esa infinitud de necesidades, conceptos, requerimientos, articulaciones, soluciones, observaciones, normas, aplicaciones y contradicciones entre otros, que requiere la Ley Estatutaria para su real y completa implementación. La tarea es muy compleja, la implementación es de gran cuidado y exige dedicación, estudio y continuidad. Desafortunadamente, la labor del Ministerio y la labor de esta Comisión no han terminado, pero se deja un derrotero ya trazado y en buena parte hacia la implementación. Esto debe continuar y es tarea del nuevo gobierno, el cual, comprendiendo la necesidad y obligatoriedad de la implementación de la Ley Estatutaria, tomará o continuará

con esta tarea que redundará en el bienestar y salud del pueblo colombiano, en este momento de grandes dificultades.

Es de resaltar que esta Comisión, al Ministro de Salud, Dr. Alejandro Gaviria Uribe, le presenta sus mejores reconocimientos por su compromiso, claridad y labor en este desafío, cual es la salud de los colombianos con la implementación de la Ley Estatutaria. Al próximo Ministro de Salud, Dr. Juan Pablo Uribe, le ofrece su mejor disposición, ánimo y colaboración, para continuar con el mismo objetivo con el que se definió El Convenio Academia Nacional de Medicina-Ministerio de Salud y Protección Social, cual es la mejor, pronta y adecuada implementación de la Ley Estatutaria.

Comisión Conjunta para el Estudio e Implementación de la Ley Estatutaria.

Bogotá, 23 de julio de 2018.

Anexos:

- Convenio Academia Nacional de Medicina - Ministerio de Salud Protección Social.
- Comunicación a la Dra. Nadia Blel Scaff