

Paper de análisis de

TENDENCIAS DEL SECTOR SALUD COLOMBIA

(2019 - 2022)

POR VALI CONSULTORES

WWW.VALICONULTORES.COM
CONTACTO@VALICONULTORES.COM/

Estas tendencias institucionales y de política pública tendrán un impacto en las operaciones, metas y decisiones del sector privado, por lo que se pretende resaltar algunas alertas y oportunidades para el sector salud.

CONTENIDO

Introducción.	3
1. Informe de la Comisión del Gasto y de la Inversión Pública –CGIP- sobre sector Salud (1).	4
Retos en Salud.	4
Propuesta de la CGIP para mejorar el Sistema de Salud en Colombia.	4
2. Balance del nuevo Ministro de Salud y Protección Social sobre el sector y propuesta de acuerdos para el acceso a nuevas tecnologías:	9
Acuerdos para acceso a nuevas tecnologías en salud.	13
a. Fortalecimiento de control de precios de tecnologías en salud.	14
b. Fortalecimiento de las estrategias de negociación y compra centralizada.	15
c. Gestión Integral de Enfermedades Huérfanas.	16
d. Techo de gastos en tecnología.	17
e. Valores Máximos de Recobros.	17
3. Nueva Normatividad en Salud.	18
Ley 1949 de 2019 Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud.	18
Decreto 2947 de 2018 Modificación de condiciones general de operación de la ADRES.	19
Proyectos de Ajustes regulatorios 2019.	19
Acuerdo de punto final.	19
4. Conclusiones	20
Bibliografía	21

INTRODUCCIÓN

Vali Consultores presenta este paper de política del sector salud con el objetivo de analizar los temas que, consideramos, serán sujeto de debate público y parte de las reformas estructurales propuestas por el gobierno nacional en el cuatrienio 2019-2022. Estos cambios impactarán positiva o negativamente a diversos actores del sistema.

Esta mirada tendrá elementos retrospectivos y prospectivos con el objeto de comprender las decisiones adoptadas, establecer alertas tempranas de cambios institucionales y analizar los retos del sistema de salud con base en una revisión sistemática de los diagnósticos y las evaluaciones realizadas al sector.

Vali Consultores presenta este documento basado en tres temas que determinaran la toma de decisiones de la cartera de salud para el año 2019:

- 1) Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública;
- 2) Balance del nuevo Ministro de Salud y Protección Social sobre el sector y propuesta de acuerdos para el acceso a nuevas tecnologías;
- 3) Proyectos de Ley en Salud.

Este paper da continuidad a los análisis realizados en el 2018 sobre las tendencias institucionales y de política pública en Colombia ante relevos en el poder legislativo y ejecutivo que puede ser consultado en la página web de Vali Consultores.

1- INFORME DE LA COMISIÓN DEL GASTO Y DE LA INVERSIÓN PÚBLICA –CGIP- SOBRE SECTOR SALUD (1).

En Febrero de 2017 se creó la Comisión del Gasto y de la Inversión Pública –CGIP-siguiendo las indicaciones del artículo 361 de la Ley 1819 de 2016 cuyo propósito era revisar los programas de asistencia pública, los criterios de priorización de la inversión, las inflexibilidades presupuestales, los efectos sobre la equidad y la eficiencia de las decisiones de gasto. Esta comisión debía presentar propuestas de reformas orientadas a fortalecer la equidad, la redistribución del ingreso, la eficiencia de la gestión pública y el fortalecimiento del Estado. Dentro del análisis de los sectores, se hizo uno particular del sistema de salud, del cual presentamos retos y recomendaciones que se exponen a continuación:

Retos en salud

La CGIP hace un énfasis sobre los retos que implica el mejoramiento del sistema de salud:

1. Mejorar el énfasis en la prevención y favorecimiento de tratamientos más costosos de lo necesario debido a la organización industrial del sector y el diseño general de la atención.

2. Se debe mejorar la diferencia existente entre los beneficios que ofrece el sistema y el flujo de gastos que genera, que de acuerdo a la CGIP compromete seriamente la sostenibilidad financiera. Para solventar esta situación la CGIP sugiere realizar ajustes en la unidad de pago por capitación (UPC) y generar modificaciones para eliminar, de acuerdo a la CGIP, los incentivos perversos creados por el sistema de cobros por medicamentos y servicios no incluidos en el Plan que debe ser cubierto por las Entidades Promotoras de Salud, EPS.

3. Identificar fuentes adicionales de financiación del sector con el fin de hacer frente al aumento de las demandas actuales de gasto que están relacionadas con el cambio demográfico y los desarrollos tecnológicos.

4. Existe la urgencia de reconocer y pagar las deudas acumuladas entre los distintos actores del sistema y, en particular, los pasivos del sector público. De igual forma, la CIGP hace un llamado en la necesidad de capitalizar las empresas promotoras de salud –EPS–.

Propuesta de la CGIP para mejorar el Sistema de Salud en Colombia.

La Comisión del Gasto e Inversión Pública hizo recomendaciones al Gobierno Nacional con el objetivo de mejorar la eficiencia de la gestión pública para el sector salud. La importancia de estas recomendaciones radica en que algunas de ellas ya han sido implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual podemos inferir que otras de ellas podrían estar siendo estudiadas para su implementación en el año 2019. De darse estas modificaciones, muchas de estas decisiones tendrán implicaciones importantes para algunos actores del sistema y se deben tomar acciones de seguimiento e incidencia en la formulación de los actos administrativos y/o normativas.

Presentamos a continuación las propuestas que a nuestro criterio tienen mayor relevancia:

Informe de Comisión del Gasto en Salud e Inversión Pública

Respuesta de MinSalud (Análisis Vali Consultores)

Mejoramiento de remuneración a EPS: Crear estímulos en las políticas de prevención y gestión integral de riesgo tanto a nivel del gobierno nacional y los gobiernos territoriales como a nivel de las EPS. Se proponen factores de remuneración de las EPS a través de la UPC o el estímulo a mecanismos de atención que incorporen sistemáticamente el médico de entrada al sistema.

Revisar el valor de la UPC para que refleje el costo de los servicios y medicamentos que deben cubrirse con esos recursos por parte de las EPS, que respondan al plan de beneficios que se ofrece a los afiliados al SGSSS, con el objetivo de eliminar el sistema de recobros sobre medicamentos y servicios No Plan de Beneficios (No PBS).

2. Fortalecer el uso de sistemas de información para mejorar la información y evaluar las decisiones de los actores del sistema (médicos, ips, eps, entes territoriales).

Incremento en la UPC: El Ministerio de Salud y Protección Social incrementó la UPC en 5,31% en el año 2018 para el régimen contributivo. De este porcentaje 4% corresponde a servicios que se venían prestando y el 1,31% corresponde a la actualización de los beneficios en salud.

Para el caso del régimen subsidiado el incremento de la UPC para el año 2019 fue de 9,40%. De este porcentaje 4% corresponde a servicios que se venían prestando, 4,09 % equivale a equiparación prima puras en cumplimiento de igualación de plan de beneficios con el contributivo de acuerdo a la Sentencia T 760/2008 y 1,31% corresponde a la actualización de los beneficios en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha la implementación de:

1. El Aplicativo de Reporte de la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación MIPRES.
2. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS.
3. La Lupa al Giro.
4. Factura Electrónica.
5. Fortalecimiento del SIVIGILA, SISPRO,
6. Desarrollo de sistemas transaccionales.
7. Implementación de la estrategia de Gobierno En Línea-GEL y evolución a Gobierno Digital;
8. Resolución 768 de 2018 se adoptan las reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional-SAT
9. Consolidación del REPS –Registro Especial de Prestadores de Salud y BDUA – Base de Datos Única de Afiliados.

Fortalecer la institucionalidad del sector salud. Se recomienda consolidar la estructura de la SuperIntendencia Nacional de Salud en materia de supervisión de las EPS y las IPS con énfasis no solo en aspectos financieros y de sostenibilidad sino con mayor seguimiento en el cumplimiento de estándares de calidad y oportunidad de la prestación de los servicios.

De igual forma, recomienda robustecer la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

El 9 de Enero de 2019 fue sancionada por el presidente Iván Duque a Ley 1949 que fortalece las sanciones que puede efectuar la SuperSalud a actores del sistema que no cumplan con la normatividad en salud. Esta ley establece que la SuperSalud puede imponer multas de hasta 8.000 SMLMV a entidades bajo su control, y hasta por 2.000 SMLMV para las personas naturales. De igual forma, podrá sancionar hasta con 3.000 SMLMV, de manera sucesiva, a una entidad que se niegue a cumplir una de sus órdenes. El 1 de Noviembre 2018 comenzó a operar la nueva empresa auditora de la ADRES que busca fortalecer los procesos de reconocimiento de deuda a los actores del sistema de salud.

En materia de prestación de servicios ofrecidos por el sistema de salud la CGIP recomienda aclarar los límites de lo que puede ofrecerse a los afiliados al SGSSS con los recursos disponibles. De la mano, se sugiere la revisión de la Ley Estatutaria para que en la aprobación de medicamentos y procedimientos se ponderen adecuadamente sus beneficios, sus costos y por tanto introducir al país en un proceso de racionalización del concepto del “derecho a la salud”.

El Ministerio de Salud y Protección Social viene fortaleciendo el sistema de postulación de tecnologías en salud al proceso de exclusiones del plan de beneficios en salud en Colombia con el fin de reducir las tecnologías asignadas a cargo de la UPC y que deben ser proveídas por el sistema de salud y con ello el establecimiento del consenso social sobre lo que debe ser cubierto en materia de servicios.

Crear un mecanismo transparente para las compras de medicamentos y servicios de salud no incluidos en la UPC, pero que no están excluidos del plan de beneficios del SGSSS (ej enfermedades huérfanas o de tecnologías atípicamente costosas que generen dificultades al sistema de aseguramiento) por medio de mecanismo de reaseguramiento estatal para esos casos.

Implementación de compra centralizada para la compra de medicamentos de alto costo para enfermedades como hemofilia. Resolución 1692 de 2017. A la fecha no se maneja el recurso de reaseguramiento estatal para los casos de enfermedades de alto costo.

Promover el acceso a precios de medicamentos más competitivos por medio de la limitación a los controles de precios de los medicamentos en términos de las características monopolísticas de los mercados. La CGIP reconoce que la medida de control de precios puede generar distorsiones e ir en contra del acceso a productos de alta calidad, a facilitar la corrupción y a volverse poco eficaces en el proceso de moderación de precios que es su propósito primigenio.

El Ministerio de Salud y Protección Social viene fortaleciendo el proceso de control de precios de medicamentos. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos ratificó que se incorporaron a control directo de precios 902 nuevos medicamentos en el país por medio de la circular 07 de 2018.

Propuesta de nuevas fuentes de financiamiento:

Propuesta de nuevas fuentes de financiamiento de la CIGP

Respuesta de MinSalud (Análisis Vali Consultores)

a. Ampliar el uso de mecanismos tales como copagos y cuotas moderadoras, sin disminuir la capacidad de acceso a los servicios del sistema para racionalizar la demanda.

Para el año 2019 los copagos y las cuotas moderadoras tuvieron un incremento en promedio de 6%. Sin embargo, es posible que el Ministerio de Salud busque nuevas formas de racionalización de la demanda para el régimen subsidiado.

b. Analizar la asignación de un punto porcentual de los cuatro que se asignan a las cajas de compensación para destinarlos al sistema de salud.

Es posible que se considere la capitalización de los programas de las cajas con socios y accionistas, al igual que se consideren las deudas de estas en el acuerdo de punto final y lograr nuevas fuentes de ingresos.

c. Aumentar la formalización laboral para fortalecer la contribución al sistema de salud.

El Ministerio de Salud y Protección social viene fortaleciendo e incentivando la cotización temporal de poblaciones vulnerables al sistema de salud en caso de celebrar contratos de prestación de servicios. De acuerdo artículo 1º del Acuerdo 304 del CNSSS el afiliado que ingrese al régimen contributivo con posterioridad a su afiliación al régimen subsidiado, deberá informar a la entidad territorial en un plazo máximo de quince (15) días para que esta proceda a suspender su afiliación y la de su grupo familiar. Dicha suspensión se mantendrá hasta por un (1) año.

Por otro lado, el Ministerio del Trabajo está trabajando en una propuesta de flexibilización laboral que podría incluirse en la reforma pensional. Esta propuesta pretende flexibilizar la forma de contratación y cotización, y poder hacerlo por horas y no por días, con lo que se lograría aumentar la formalización laboral.

d. Robustecer la metodología SISBEN y hacer cruces de información con la Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales (UGPP) del Ministerio de Hacienda.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES afirman que el régimen subsidiado debe reducirse de 22,6 millones afiliados a el número de personas con pobreza monetaria, 13,3 millones.

En “Familias en Acción” hay 2.7 millones de familias, densidad familiar cuatro personas: son 10 millones de personas. Mientras que los índices de pobreza extrema están entre 4 y 4.4 millones de colombianos. Es decir, que en teoría, no deberían continuar en el régimen subsidiado de salud cerca de 5,6 millones de personas. Si se logran retirar, el sistema de salud tendría un ahorro anual de \$1,26 billones.

e. Diseñar esquemas de contribuciones parciales de beneficiarios actuales de régimen subsidiado con alguna capacidad económica.

Crear un mecanismo de cotización a beneficiarios con capacidad de pago que aparecen como dependientes en el régimen contributivo.

Como resultado del cruce de sistemas de información se identificarán las personas que deben pasar el régimen contributivo, así como identificar las personas que por sus ingresos económicos tiene capacidad para generar aportes mínimos al sistema de salud.

De igual forma se harán esfuerzos por identificar los ingresos de los beneficiarios dependientes al sistema de salud.

Es posible que esta propuesta salga en los documentos de plan nacional de desarrollo en el capítulo “salud para todos, sostenible por todos”.

f. Avanzar en la identificación de fuentes de recursos para que los entes territoriales estén en capacidad para cubrir una parte creciente del sistema de salud como crear impuestos a las bebidas azucaradas y a otros productos que generan externalidades negativas en la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social viene fortaleciendo el proceso de control de precios de medicamentos. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos ratificó que se incorporaron a control directo de precios 902 nuevos medicamentos en el país por medio de la circular 07 de 2018.

El informe de CGIP se alinea con las recomendaciones dadas en el documento del Banco Mundial “Colombia hacia un país de altos ingresos con movilidad social” del 2016 (7). Esta serie de análisis permiten identificar las posibles decisiones que se adopten en materia de política pública en salud para el año 2019.

2. BALANCE DEL NUEVO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE EL SECTOR Y PROPUESTA DE ACUERDOS PARA EL ACCESO A NUEVAS TECNOLOGÍAS:

Colombia se encuentra caracterizada como un país de ingresos medios (7), con bajo gasto en salud y baja esperanza de vida. Sin embargo, en materia de indicadores muestra una mejoría en entre 2002 y 2014 donde la pobreza se redujo del 50% al 29% de la población. De igual manera, la clase media tuvo una fuerte progresión, aumentando de 37% al 55% de la población y consolidó su prestigio internacional en la economía global que lo llevó a un aumento de la inversión de portafolio de US\$6.429M a US\$16.053M (7).

En el año 2008, la Corte Constitucional emitió la Sentencia T760 donde declaró el estado de cosas inconstitucionales en Colombia como la existencia de planes diferenciales en salud para población pobre asegurada en régimen subsidiado y población trabajadora asegurada en régimen contributivo y la desactualización del plan de beneficios.

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Ley 1438 de 2011 como una forma de generar reformas al sistema de salud para dar cumplimiento a la sentencia y posteriormente emitió la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015. Estas reformas al sistema implicaron esfuerzos en materia de búsqueda de recursos con el objeto de dar cumplimiento de la Sentencia T760 de 2008.

FUENTES DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD 2014-2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Fuentes	2014	2015	2016	2017*	Contrib. a variación total 2017 (%)
Cotizaciones	17.242.978	17.333.971	17.644.636	18.124.044	1,13
Impuesto CREE	6.516.564	7.275.697	7.316.198	8.603.891	3,02
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	442.085	373.957	786.187	1.217.610	1,01
Cajas de Compensación Familiar Sistema General de Participaciones (SGP)	761.623	452.667	415.570	547.810	0,31
Rentas cedidas	1.682.134	1.766.243	1.831.231	1.831.486	0
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.276.447	1.346.130	1.408.276	1.568.296	0,38
Subcuenta de Garantías para la salud	874.984	963.185	314.876	117.476	-0,46
Excedentes Financieros Fosyga	2.823.384	561.709	664.012	169.607	-1,16
Desahorro FONPET para R. Subsidiado	-	110.067	832.684	700.000**	-0,31
Compensación Regalías	137.183	117.542	117.545	117.561	0
Esfuerzo Propio	103.957	89.575	90.213	90.226	0
Aportes Nación	4.098.654	2.963.469	3.249.261	1.541.719	-4,01
Total recursos según fuentes	43.693.233	41.082.952	42.612.617	43.153.902	1,27

Fuente: Informe de Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso de la República 2014-2018

En el componente de aseguramiento en salud se invierte cerca del 87% del presupuesto total en la prestación de servicios en los regímenes existentes (contributivo y subsidiado). Es de anotar que en la distribución del presupuesto total se incluyen el gasto público y el gasto privado (en esta categoría se incluye el gasto de bolsillo que es el segundo más bajo de América Latina).

USO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD 2014-2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Usos	2014	2015	2016	2017*	% Part. 2017	Contribución a la variación total 2017 (%)
Régimen Subsidiado	16.480.069	16.579.024	17.420.781	17.134.553	39,71%	-0,67%
Régimen Contributivo	16.742.646	18.102.917	19.235.184	20.329.186	47,11%	2,57%
Prestación de Servicios Población Pobre no asegurada-PPNA	1.492.548	775.826	722.789	854.191	1,98%	0,31%
Salud Pública y Promoción y Prevención	1.738.711	1.495.967	1.363.958	1.292.840	3,00%	-0,17%
Prestaciones y tecnologías no financiadas con UPC (Rég. Contributivo)	2.885.128	2.790.348	2.963.280	2.808.249	6,51%	-0,36%
Cobertura ECAT	245.353	170.547	263.336	296.529**	0,69%	0,08%
Otros Usos en Salud	51.186	52.640	52.942	52.949	0,12%	0,00%
Subcuenta de Garantías para la Salud	874.984	842.155	314.875	109.893	0,25%	-0,48%
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	253.044	273.526	275.473	275.511	0,64%	0,00%
Total usos	40.763.670	41.082.952	42.612.617	43.153.902	100%	1,27%

Fuente: Informe de Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso de la República 2014-2018

Ministro de Salud 2018-2022

El nuevo gobierno de Iván Duque nombró el pasado 7 de Agosto de 2018 al médico Juan Pablo Uribe en la cartera de salud. Uno de los retos del sector es responder a las problemáticas identificadas por la Comisión del Gasto e Inversión Pública -CGIP-. Para ello, el nuevo Ministro de Salud planteó cinco ejes: visión de largo plazo, calidad, salud pública, talento humano en salud y sostenibilidad financiera para retomar el centro del sistema de salud y mejorar la atención y equidad en salud a los colombianos. De igual forma estableció tres fines a los que deben dirigirse todas las acciones planeadas desde el Ministerio y que deben guiar a los actores del sistema: 1) mejorar el estado de salud de la población; 2) brindar servicios con calidad y buen trato; y 3) hacerlo con eficiencia y responsabilidad financiera.

El pasado 17 de diciembre de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó el informe de gestión titulado “Conversemos en Salud” donde se presentó la situación actual del sistema de salud y las reformas necesarias para hacerlo viable. El Ministro de Salud y Protección Social Juan Pablo Uribe, en cuatro meses al frente de la cartera de salud, realizó visitas a 23 departamentos para conocer la prestación de los servicios de salud, las dificultades, inequidades y retos para hacer posible una prestación oportuna y de calidad en las regiones.

Las principales conclusiones del Ministro Uribe fueron la falta de calidad en la atención centrada en el paciente, la dificultad para generar acciones preventivas y diagnósticos oportunos que reduzcan complicaciones en los pacientes, así como el incremento de los gastos del sistema de salud. En este evento, a diferencia de las presentaciones públicas a nivel nacional, fue la primera vez que el Ministro de Salud sitúa en primer lugar de su discurso la importancia de reconocer las dificultades de liquidez del sistema de salud, sin que ello impida hablar de calidad, servicio, talento humano y equidad.

En este reconocimiento de las dificultades en materia de recursos económicos del sistema de salud presentó la apropiación presupuestal adicional por 780.000 millones de pesos para el cierre financiero del 2018 como un gran esfuerzo del Gobierno Nacional por mejorar el funcionamiento del sistema y llevar ejercicios sanos de finanzas con los actores del sector. De igual forma se resaltó la asignación para el 2019 de 3.6 billones de pesos en el presupuesto general de la nación que busca asegurar la liquidez requerida para la buena prestación de los servicios.

Uno de los grandes logros presentados por el director de la cartera de salud fue la cobertura del sistema que está en 94,66%. De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social el 5,34% restante a población rural dispersa. Analistas del sector consideran que si se toma en cuenta el margen de error de los cálculos en la cobertura, es posible afirmar que Colombia está muy cerca de cumplir con la meta de lograr la cobertura universal.

Afiliación y cobertura total a diciembre de cada vigencia.

	Nacional		
	diciembre 2016	diciembre 2017	diciembre 2018
Sisbén 1	24.852.915	25.871.020	27.140.038
Sisbén 2	2.866.750	2.811.274	2.787.974
PPNA	599.221	554.364	315.150
Contributivo	22.199.204	22.045.454	22.378.384
Subsidiado	22.171.463	22.434.577	22.658.108
Excepción & Especiales	2.260.692	2.287.296	2.138.117
Afiliados	46.631.359	46.767.327	47.174.609
Población DANE	48.747.708	49.291.609	49.834.240
Cobertura	95,66%	94,88%	94,66%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019)
<https://www.minsalud.gov.co/prot eccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, otros avances en materia de salud para Colombia son: 1. Regulación de precios, compras centralizadas de medicamentos y mayor competencia de biosimilares, con ahorros de más de COP\$1 billón al año; 2. Ley Estatutaria de Salud; 3. Mejora en indicadores de salud pública (mortalidad infantil, mortalidad materna, desnutrición crónica y embarazo adolescente); 4. Avances en transparencia con la creación de Mipres y en controles efectivos con la creación de Adres y la habilitación técnica de EPS; 5. Reglamentación de la eutanasia: primer país de América Latina; 6. Reglamentación e implementación del uso de derivados del cannabis con fines medicinales y científicos; 7. Implementación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Sin embargo, el nuevo gobierno tiene grandes retos relacionados con la reducción de las inequidades en salud, de acceso a servicios en zonas dispersas del país, cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud de 2015, identificación de nuevas fuentes de financiación y con ello el aumento del gasto en salud con relación al PIB. Aunado a lo anterior el Ministerio de Salud debe buscar formas de satisfacer

el aumento de demandas por parte de los ciudadanos para acceder a los servicios de salud y la búsqueda de estrategias de acceso y financiación de nuevas tecnologías en salud.

Una de las grandes preocupaciones de los directores de la Cartera de salud es el alto número de recobros que se están generando para eventos no cubiertos por el plan de beneficios en salud (PBS), y que no logran ser proyectados para las vigencias futuras del presupuesto. Para ello, el gobierno ha propuesto el diseño de un acuerdo de punto final con el objetivo de saldar las deudas con los actores del sistema de salud y crear mecanismos y estrategias de contención de gastos por servicios No PBS. Lo anterior requerirá no solo la inyección de liquidez al sistema de salud sino la identificación, valoración, acuerdo y pago de posibles deudas del gobierno nacional y los entes territoriales y promover el pago de deudas entre los mismos actores. La meta planteada para abril del 2019 es gestionar procesos, tiempos de implementación y proyectos normativos requeridos para poner en marcha esta reforma estructural del sistema de salud, como lo ha llamado la Viceministra de Protección Social Diana Isabel Cárdenas Gamboa.

3.2 Histórico recobros No PBS (Recobrado - Girado 2006-2017)

La glosa era del 45% 2012, en 2016: 30% ,en 2018 el 20%

(Cifras en millones de \$)



- Crece 12 veces (1.200%) entre 2006 y 2010
- Logra revertirse en 2011 y 2012, aunque sube 2013 –por solución de glosas de años anteriores.
- Baja estabilizándose en 2014 y 2015.
- Crece nuevamente 2017 y 2018 a pesar de inclusiones en el plan de beneficios por 1,2 billones



Fuente: Presentación a Comisión Séptima de Senado. Septiembre 2018.

Si bien las prioridades del nuevo Ministro de Salud están relacionadas con el mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios de salud centrados en el paciente, es una realidad que se deben generar mecanismos para reducir los impactos negativos de la falta de flujo de recursos de las aseguradoras a los prestadores y hacia otros actores del sistema.

La percepción de crisis del sistema de salud se generalizó después de la liquidación de Cafesalud en el año 2016 por casos de corrupción, la liquidación Saludcoop en el 2017, la intervención de Coomeva por deudas por más de 1,7 billones con proveedores y la intervención de Medimás en el 2018 (8). Estos casos han puesto de manifiesto las dificultades en materia de administración de recursos por parte de algunas de las aseguradoras que ponen en estado iliquidez a las instituciones prestadoras y otros proveedores.

Simultáneamente los actores del sistema advirtieron que las deudas a los hospitales y clínicas estaban cerca de los 9.3 billones de pesos, donde el 57% son cartera morosa mayor a 60 días con corte a junio de 2018 (9). Las deudas se concentran en la falta de pago de las EPS del régimen contributivo que deben 3.9 billones de pesos -42% de la deuda-, EPS del régimen subsidiado con 2.7 billones de pesos - 29% de la deuda total- y entes territoriales y la Adres con 1 billón de pesos -11% de la deuda-. Este es el contexto en el que se recibe el sistema de salud por parte del nuevo gobierno (9). Sin embargo, es de anotar que no existe a la fecha un consenso en relación al total de la deuda en salud.

Acuerdos para acceso a nuevas tecnologías en salud

El análisis de los puntos más relevantes a trabajar en materia de cambios al interior del sistema para lograr mejorar la calidad, la oportunidad y con ello generar contención de gastos en salud, dio como resultado la creación de una propuesta de acuerdos para garantizar el acceso a los servicios de salud y a nuevas tecnologías en un marco de sostenibilidad financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Fortalecimiento de control de precios de tecnologías en salud
2. Promoción de la competencia.
3. Fortalecimiento de las estrategias de negociación y compra centralizada
4. Formulación, uso y posicionamiento
5. Gestión Integral de Enfermedades Huérfanas
6. Techo de gastos en tecnología
7. Matriz Horizonte de actualización
8. Comparadores administrativos
9. Valores Máximos de Recobros
10. Exclusiones, UPC y Copagos.

Es de anotar que el Ministerio de Salud no ha profundizado en cada uno de estas propuestas. Para el caso particular de este documento haremos una breve referencia a cinco de estos temas desde nuestra lectura particular: A) Fortalecimiento de control de precios de tecnologías en salud; B) Fortalecimiento de las estrategias de negociación y compra centralizada; C) Gestión Integral de Enfermedades Huérfanas, D) Techo de gastos en tecnología; y E) Valores Máximos de Recobros

A. Fortalecimiento de control de precios de tecnologías en salud:

El Ministro de Salud saliente afirmaba “Hasta comienzos del año 2002, el mercado de medicamentos estaba fuertemente regulado. Entre 2002 y 2006, la regulación comenzó a desmontarse parcialmente. A partir de 2006, la libertad de precios se convirtió, con contadas excepciones, en la norma general. Durante la segunda mitad de la década anterior, los recobros al Fosyga, representados en su gran mayoría por medicamentos de alto costo no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), aumentaron de manera explosiva, pasando de \$247 mil millones en 2006 a \$2,4 billones en 2010” (10). Las medidas de control de precios de medicamentos se hicieron obligatoria con lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud de 2015.

Los Decretos 433 y 710 del 5 de marzo de 2018 introducen la evaluación de la clasificación del valor terapéutico y económico de los medicamentos nuevos, donde comprende medicamento nuevo como todo preparado farmacéutico que contiene al menos un ingrediente farmacéutico activo no incluido en normas farmacológicas. A este respecto, el decreto establece las categorías de valor terapéutico así:

1. Significativamente más eficaz o efectivo y mayor o similar seguridad que el comparador terapéutico elegido, en los desenlaces clínicos críticos.
2. Más eficaz o efectivo y mayor o similar seguridad que el comparador terapéutico elegido en los desenlaces clínicos críticos.
3. Relación entre seguridad, eficacia o efectividad favorable respecto del comparador terapéutico elegido en desenlaces clínicos y que no pueda ser clasificado en categoría 1 o 2.
4. Similar seguridad y eficacia o efectividad que el comparador terapéutico elegido en desenlaces clínicos.
5. Relación entre seguridad, eficacia o efectividad desfavorable respecto al comparador terapéutico en desenlaces clínicos.
6. Medicamento no clasificable.

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos ratificó lo establecido en la Circular 07 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el que se incorporaron a control directo de precios 902 nuevas presentaciones comerciales y que entraron en vigencia a partir del primero de enero de 2019. Este documento actualizó el precio de 238 presentaciones comerciales y reduce cerca de un 50 por ciento los precios de los medicamentos que fueron incluidos en dicha circular. Se tiene estimado que se lograrán ahorros por más de \$360 mil millones de pesos al Sistema de Salud en Colombia con esta medida.

El nuevo Ministro de Salud afirmó que el control de precios es una herramienta legítima del Estado para mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar mejores resultados en salud y construir un sistema de salud más equitativo. Con esta medida, el Ministro confirmó su decisión de continuar con la política de control de precios de medicamentos para el 2019 que contribuyan a encontrar alternativas para lograr la sostenibilidad del sistema de salud.

B. Fortalecimiento de las estrategias de negociación y compra centralizada.

La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, en su Artículo 71 se refiere a la negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos, modificando el Artículo 88 de la Ley 1438 de 2011, quedando de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 88. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos”.

El Ministerio de Salud y Protección Social se encarga de la realización de la negociación y compra centralizada de medicamentos como parte de las políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población residente en el territorio nacional, de la mano con las acciones requeridas para contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud. Este espacio presenta los avances normativos y demás información de interés en dicho sentido. El caso más conocido de este ejemplo de compra centralizada de medicamentos de alto costo es el de Hepatitis C que se materializó por medio de la resolución 1692 de 2017.

Las directrices del nuevo gabinete a cargo de la cartera de salud tienen como lineamiento continuar con la línea del trabajo del gobierno anterior al mantener la implementación de negociación y compra centralizada de medicamentos de alto costo a fin de lograr mayores ahorros al sistema de salud. Se debe hacer un seguimiento permanente a las propuestas normativas del Ministerio de Salud y Protección Social que continúen en esta línea.

C. Gestión Integral de Enfermedades Huérfanas

Colombia reconoce mediante la Ley 1392 de 2010 el carácter de especial interés de las enfermedades huérfanas y la obligación del Estado de adoptar normas que conlleven a garantizar la protección social y el acceso a los servicios de salud y tratamiento y rehabilitación a las personas que se diagnostiquen con dichas enfermedades junto con sus cuidadores. De igual forma, la Ley reconoce el carácter particular de estas enfermedades como asunto de interés nacional por su baja prevalencia pero alto costo de atención que exigen un mecanismo de aseguramiento diferente a las enfermedades generales.

Este reconocimiento debe darse con un enfoque integral y que vele por garantizar la disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social. Para ello se faculta al Gobierno Nacional para negociar la compra – puede ser centralizada- de medicamentos y tecnologías para la atención de estas enfermedades.

El alto costo de las tecnologías en salud para la atención de estas enfermedades ha generado abuso y dinámicas de corrupción en varias regiones del país. A este respecto el Ministro de Salud y Protección Social Juan Pablo Uribe afirmó:

“Estamos tratando de revisar el diagnóstico, la atención y el manejo de pacientes de enfermedades huérfanas, desde una óptica de calidad y garantía de la calidad y buscando centrarnos en instituciones muy sólidas en su capacidad asistencial, y **que así podamos controlar abusos y desmanes con diagnósticos y tratamientos que han servido básicamente para sacar plata de la salud colombiana.** La salud en Colombia no puede tener espacio para la corrupción”

Con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de manera integral y generar procesos de transparencia en el sistema de salud se han generado mecanismos como:

1. Fortalecimiento de los sistemas de información mediante la georreferenciación de los pacientes, reporte en el SIVIGILA y trabajo de las mesas locales y nacional del enfermedades huérfanas;
2. Compras centralizadas de medicamentos;
3. Capacitación de las EAPB en atención integral a pacientes con enfermedades huérfanas;
4. Fortalecimiento de las rutas de atención y trabajo intersectorial para responder a las necesidades de servicios sociales complementarios;

Sin embargo, se hace el llamado a hacer seguimiento al posible establecimiento de techos de gasto en tecnología para este tipo de patologías, valores máximos de recobro y el establecimiento de copagos para pacientes que puedan convertirse en barreras económicas y administrativas para los pacientes

D. Techo de gastos en tecnología

Una de las recomendaciones dadas por la OCDE es mejorar la eficiencia del gasto a partir de la reducción de las fuentes de desperdicios en el sector salud de los países miembros. Para ello, se deben realizar una revisión sistemática y toma de medidas necesarias para generar ajustes en: 1) la prestación innecesaria de servicios o duplicación de los mismos; 2) el uso de servicios de bajo valor y 3) el uso de servicios que se podrían obtener a un menor costo.

Una de las medidas tomadas por el Ministerio de Salud y Protección Social fue la creación de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y con ella el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios –RIAS- y el modelo de atención primaria en salud como formas de reducir el desperdicio, modificando las rutas de entrada al sistema de salud – se reduce la entrada por servicio de urgencias-, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones.

De la mano de la parte operativa, de acuerdo a los planteamientos del Ministerio de Salud se deben crear acuerdos como sociedad y sus instituciones de los pisos y techos presupuestales de gastos en tecnología en salud, que deben ser explícitos para los diferentes componentes del derecho. De esta forma, el Ministerio de Salud y Protección Social propone establecer metas con límites presupuestales explícitos que contemple el crecimiento del gasto, que explicita la ampliación paulatina del derecho en el mediano plazo en articulación con el Ministerio de Hacienda.

E. Valores Máximos de Recobros

Los Valores Máximos de Recobro son los topes que reconocerá la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) (en el Régimen Contributivo) y/o las Direcciones Territoriales de Salud (en el Régimen Subsidiado) a aquellos medicamentos que no hacen parte del Plan de Beneficios –PBS- con cargo a la UPC y que sean recobrados por las EPS. Se debe comprender como precio máximo de venta para aquellas transacciones entre los eslabones de la cadena anteriores al de las EPS.

El proceso de establecimiento de VMR se dio mediante la Resolución 1020, del 31 de marzo de 2011 y en desarrollo del decreto 4474 de 2010, el Ministerio de la Protección Social para el pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Para el año 2011 se incluyeron 27 principios activos, que sumados a los 20 de la Resolución 005 de 2011, representaron alrededor del 77% del recobro de medicamentos.

La resolución 3056 de 2018 “define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones”.

Esto se toma como una medida para resolver las distorsiones que se presentan en los valores de varios productos que se recobran ante la ADRES. La ADRES adelantó un estudio de los recobros hechos por las aseguradoras en salud y estableció que hay diferencias significativas en detrimento del sistema de salud y que “estas diferencias económicas ya fueron reportadas ante los entes de control, puesto que cuando son los medicamentos de alto costo, el tema es muy significativo y golpea mucho las finanzas de la salud. Ninguno de ellos podrá exceder de acuerdo a un promedio que es el 10 por ciento”

En la página del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra publicado el proyecto de resolución “Por la cual se definen los grupos relevantes con sus respectivos Valores Máximos de Recobro para los servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación”. El proyecto de resolución se publica con: 1) la base de datos comprimida que fue utilizada para determinar los grupos relevantes y los valores máximos de recobros, 2) un archivo que describe las variables de la base de datos. Los comentarios se recibieron hasta el 28 de Enero de 2019.

3. NUEVA NORMATIVIDAD EN SALUD

El marco normativo del sistema de salud es uno de los más dinámicos en el país. Se hace necesario hacerle seguimiento permanente para conocer las propuestas de reformas al sistema de salud con el fin de lograr los objetivos propuestos por el gobierno nacional.

Ley 1949 de 2019 Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud

Ley 1949 de 2019 cuyo objeto es el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria. Adicionalmente se redefinen las competencias de la superintendencia, en materia de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa y en lo que respecta a la función jurisdiccional y de conciliación.

La ley sancionada el pasado 9 de enero de 2019 da herramientas a la Superintendencia Nacional de Salud para imponer multas y sanciones a personas naturales o jurídicas que incurran en comportamientos adversos o abusos contra el sistema del salud, la corrupción o mala prestación de servicios. Las medidas sancionatorias van de 8.000 SMLMV para personas jurídicas y hasta de 2.000 SMLV para personas naturales.

De igual forma se establecen multas sucesivas hasta de 3.000 SMLMV para personas jurídicas y de hasta 300 SMLMV a personas naturales, a quienes incumplan órdenes de contenido no pecuniario, emitidas en el marco de una sanción administrativa con el fin que los actores del sistema cumplan las órdenes proferidas por la SuperSalud.

Otras competencias asignadas a la SuperSalud son las de suspender el certificado de autorización, realizar cierres temporales o permanentes de servicios y remover del cargo a los representantes legales, revisores fiscales y gerentes de EPS. También es posible inhabilitar a funcionarios hasta por 15 años para ocupar cargos en entidades o instituciones públicas y privadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente amplió el rango de caducidad de las sanciones de 3 a 5 años para poder generar espacios suficientes para inspección, vigilancia y control al alto volumen de procesos que manejan y consolidar al Juez de la Superintendencia como juez técnico de la salud, permitiéndole a la entidad emitir sentencias en tiempo y de manera eficiente principalmente sobre aquellos asuntos en los que se involucra directamente la salud de los usuarios y los procesos de reorganización para garantizar un correcto flujo de recursos y pago de deudas.

Decreto 2947 de 2018 Modificación de condiciones general de operación de la ADRES

Decreto 2497 de 2018 por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones generales de operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el giro de los recursos de las rentas territoriales.

Radicación, validación y pago de las solicitudes por servicios y tecnologías NO PBS: La ADRES establecerá los periodos para la radicación de solicitudes por prestación de servicios y de tecnologías en salud, no cubiertos en el plan de beneficios con cargo a la UPC, y validará integralmente su contenido.

Proceso de verificación, control y pago: La ADRES adoptará el procedimiento para la verificación de la acreditación de los requisitos esenciales para el pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, así como para el pago de las solicitudes de recobro que resulten aprobadas.

Reclamaciones por eventos catastróficos o por accidentes de tránsito: Las reclamaciones por dichos eventos deberán presentarse a la ADRES dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho de conformidad con lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, o la norma que la modifique o sustituya.

Giros a la ADRES a través del sistema financiero: La población afiliada al régimen subsidiado que debe recaudar la ADRES, lo deberán realizar los administradores o recaudadores de los recursos, a través de mecanismos electrónicos a las entidades financieras y cuentas que esta señale, informando los datos del contribuyente, la entidad territorial a nombre de cual se realizó el recaudo, el concepto, el período, el valor y el número del formulario de declaración y los demás requerimientos de información que establezca la ADRES para tal fin.

Proyectos de Ajustes regulatorios 2019

Acuerdo de punto final

Dadas las dificultades existentes en materia de saneamiento de deudas en el sector salud y la forma en que se vienen acumulando los pasivos y carteras vencidas generando dificultades a actores del sistema como proveedores y prestadores, el Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho la propuesta de formular un Acuerdo de Punto Final que tiene por objetivo buscar las formas pago de las deudas en salud y crear mecanismos de contención del gasto en salud.

No existe una claridad en materia de deuda debido a la diferencia que hay entre los datos suministrados por la ADRES, la información del Ministerio de Salud y las reclamaciones de los actores del sistema –EPS, IPS, otros-. Por ello, se plantea, siguiendo las recomendaciones de la CGIP, establecer un proceso de reconocimiento de deudas legales para identificar fuentes de financiación y mecanismos de pago de deuda. Una propuesta hecha para adelantar este proceso es emitir bonos de deuda a los actores que cuentan con deuda de más de 365 días a fin de pagar las deudas corrientes con recursos corrientes. Esta compra de títulos de deuda se fundaría en el artículo 10° del Decreto 1681 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció la posibilidad que este Ministerio, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, de adquirir títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

Simultáneamente el Ministerio de Salud y Protección Social trabaja en la formulación de Plan de acción para hacer más eficiente el gasto donde se contempla llevar a la ADRES el pago de eventos No PBS del régimen subsidiado.

“Asumir la financiación y la operación de los servicios no incluidos del pos en el régimen subsidiado que hoy son competencia de los departamento. Hoy de los servicios no pos representan un riesgos y un gasto spa ralos departamentos una demandas en la operación y estandarización de los proceso que ponen en riesgo las finanzas de los departamentos” (Viceministra de Salud Dra Diana Gamboa. Comisión Tercera de la Cámara de Representantes sobre la reforma del Sistema General de Participaciones. Octubre 8 de 2018).

De igual se buscará aplicar de manera permanente los mecanismos que tiene el Ministerio de Salud para hacer frente a la crisis financiera en el sector como:

- 1.** Recuperación y estabilización financiera: El MSPS ha definido una ruta para la recuperación y estabilización financiera del sector. Ante cualquier crisis es necesario, en primer lugar, establecer medidas de liquidez que permitan a los agentes operar, posteriormente, hacer saneamiento de pasivo en los diferentes actores y promover fuentes para el mismo, luego, promover el fortalecimiento patrimonial y transversalmente realizar los ajustes a los procesos financieros.

- 2.** Uso de excedentes del sector: El artículo 75 y numeral 3 del artículo 84 de la Ley 1769 de 2015, así como los numerales 1 y 3 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016 habilitaron el uso de los excedentes del sector salud en los siguientes términos: · Excedentes y saldos no comprometidos de los recursos oferta en salud del SGP al 31 de diciembre de 2015, para el pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; saneamiento fiscal y financiero de las ESE y financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control-IVC.

- Excedentes del SGP destinados al componente de Salud Pública y los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores, para el pago de deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el plan de beneficios, provisto a los usuarios del Régimen Subsidiado.

3. Uso de excedentes de rentas cedidas: Los artículos 83 de la Ley 1769 de 2015 y 4 de la Ley 1797 de 2016 habilitaron a los departamentos y distritos el uso de los excedentes de rentas cedidas para: i) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; ii) Fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica; iii) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE; iv) Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud–Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, compilados en el Decreto 780 de 2016.

El acuerdo de punto final tiene naturaleza retrospectiva y prospectiva en tanto busca reconocer deudas del pasado y crear mecanismos para el buen flujo de recursos en el futuro. Se espera que el proceso de auditoría que viene adelantando la ADRES de todas las cuentas radicadas por parte de los actores del sistema para el pago puedan estar terminadas para el mes de Marzo de 2019 donde se conocerá la deuda real del sistema de salud y se pondrán en marcha estrategias simultáneas para el mejoramiento del uso de los recursos en salud (cotización parcial al régimen subsidiado, cotización a beneficiarios de contributivo, compra centralizada de medicamentos, control de precio de medicamentos, aumento de exclusiones, contrato social sobre cobertura del sistema de salud, entre otras).

4. CONCLUSIONES

1.El sistema de salud Colombiano es uno de los sectores con mayor dinamismo normativo y con mayores regulaciones en el mercado. Sin embargo, esto no ha logrado adecuar los comportamientos de los actores a las expectativas de los hacedores de política. Se han creado efectos adversos que, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social deben ser corregidos para lograr el correcto funcionamiento y garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia.

2.Las reformas que se avecinan para el 2019 en materia de regulación del gasto, regulación de las prestaciones en salud deben ser sujeto de especial seguimiento para poder hacer comentarios y ajustes a las propuestas del gobierno nacional y eso requiere la articulación de actores del sistema para lograr crear incidencia política positiva.

3.El Ministerio de Salud hará esfuerzos importantes para fortalecer el mecanismo de exclusiones de tecnologías en salud del sistema para generar procesos progresivos de reducción del gasto.

4.El Ministerio de Salud continuará los procesos de regulación de precios de medicamentos, establecimiento de valores máximos de cobros y techos en tecnologías en salud.

5.Se debe hacer un seguimiento permanente de estas decisiones para evitar que violen la Ley Estatutaria en Salud del 2015 y por tanto el derecho fundamental a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recuperado de

http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty?nodeId=/OCS/P_MHCP_WCC-096783//idcPrimaryFile&revision=latestreleased

2. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

3. Recuperado de

http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf

4. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-433-de-2018.pdf>

5. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República 2015

6. Recuperado de

http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/faces/GestionMisional/seguridadsocial/normatividadsss/saludyriesgos8/Resolucionesssss2?_adf.ctrl-state=khpd52rt_4&_afLoop=1901416572549756&_afWindowMode=0&_afWindowId=null#!%40%40%3F_afWindowId%3Dnull%26_afLoop%3D1901416572549756%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3Dd1074l56j_4

7. Recuperado de

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7435/Colombia-hacia-un-pais-de-altos-ingresos-con-movilidad-social.pdf?sequence=1>

8. Recuperado de

<https://www.elspectador.com/noticias/judicial/revocan-la-venta-de-cafesalud-eps-articulo-816012>

9. Recuperado de

<https://asmedasantioquia.org/2018/11/22/achc-afirma-que-deudas-de-las-eps-asciende-a-93-billones-y-urge-resolver-flujo-de-recursos-en-el-sector-salud/>

10. Recuperado

de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12939544>

11. Recuperado de

<https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/sistemadesalud.pdf>.



vali

Soluciones Diferenciadas

Cra 14#85-68 Ofci 604
Tel: (+57)1 616 2066
contacto@valiconsultores.com
www.valiconsultores.com