



# NOTICIAS DE SALUD Y ECONOMÍA



PRIMER SEMESTRE 2016

NÚMERO 5

JULIO 2016



## Ceremonia de entrega de la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU

El acto protocolar de entrega de la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) contó con la presencia del Embajador de Bolivia en el Perú, Gustavo Rodríguez; el Director General encargado de la Secretaría General de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), César Montaña; la Secretaria Ejecutiva (entrante) del ORAS-CONHU, Nila Heredia; la Secretaria Ejecutiva (saliente) del ORAS-CONHU, Caroline Chang, y el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud del Perú.

Pag. 40 - 41



## TALLER DE CONSULTA TÉCNICA CON EXPERTOS / USUARIOS METODOLOGÍA SHA 2011

Del 21 al 23 de marzo de 2016, se realizó en Washington D.C., Estados Unidos, el Taller de consulta técnica con expertos / usuarios en el marco del Proyecto de Institucionalización de la producción de Cuentas de Salud en la región de las Américas utilizando metodología Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011.

Pag. 3

## COLOMBIA ASUME COMITÉ EJECUTIVO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia fue designado en el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para el período 2016-2018. Así fue anunciado durante la 69 versión de la Asamblea Mundial de la Salud que se llevó a cabo en Ginebra, Suiza.

Pag. 13-14



# Noticias de Salud y Economía

NÚMERO 5 - JULIO 2016

## CHILE<sup>1</sup>

❖ VISITA A LONDRES DE INVESTIGADORES DEL PROYECTO NEWTON-PICARTE SOCIAL VALUE JUDGEMENT.....	Pág. 3
❖ TALLER DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP).....	Pág. 4
❖ TALLER DE CONSULTA TÉCNICA CON EXPERTOS / USUARIOS METODOLOGÍA EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD 2011.....	Pág. 5
❖ NEWTON-PICARTE: FONDOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES ENTRE GRAN BRETAÑA Y CHILE.....	Pág. 6
❖ AUDIENCIA PÚBLICA DEL ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DE COSTOS DEL GES.....	Pág. 6
❖ REUNIÓN ISAGS: DESAFÍOS DE LOS MODELOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN SALUD.....	Pág. 8
❖ PRESENTACIÓN GASTO CATASTRÓFICO Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD PARA EL PERÍODO 1997-2012.....	Pág. 9
❖ 17ª REUNIÓN DE EXPERTOS EN CUENTAS DE SALUD Y CORRESPONSALES NACIONALES DE ESTADÍSTICAS DE SALUD.....	Pág. 10

## COLOMBIA<sup>2</sup>

❖ EXISTEN RAZONES DE INTERÉS PÚBLICO FRENTE A IMATINIB.....	Pág. 12
❖ SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ESTRATEGIA CLAVE EN IMPLEMENTACIÓN DEL MIAS.....	Pág. 13
❖ PRIMER PLAN DE CHOQUE FINANCIERO FUE TODO UN ÉXITO.....	Pág. 14
❖ COLOMBIA ASUME COMITÉ EJECUTIVO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	Pág. 15
❖ MINSALUD PUBLICA REQUISITOS PARA PRODUCCIÓN DE DERIVADOS DE CANNABIS.....	Pág. 16
❖ ALEJANDRO GAVIRIA: "LA VACA DE LA SALUD ES SAGRADA".....	Pág. 17
❖ CUENTA DE ALTO COSTO DEBERÁ IR HACIA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.....	Pág. 18
❖ LEY ESTATUTARIA DE SALUD.....	Pág. 20
❖ SOCIEDADES CIENTÍFICAS, INS, OPS Y MINSALUD UNIDOS CONTRA EL ZIKA.....	Pág. 21
❖ CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL ES MÁS PREOCUPANTE QUE EL DE SUSTANCIAS ILÍCITAS.....	Pág. 23

## ECUADOR<sup>3</sup>

❖ ESTIMACIÓN DE CARGA DE INFLUENZA.....	Pág. 24
❖ ECUADOR PARTICIPÓ EN LA PRIMERA REUNIÓN DE LA RED DE SISTEMAS DE SALUD PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS SISTEMAS DE SALUD – MEJORANDO EL DIÁLOGO.....	Pág. 25
❖ ECUADOR: TALLER DE IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN PRODUCTIVA DE SERVICIOS DE SALUD.....	Pág. 26

## PERÚ<sup>4</sup>

❖ LIDERESA DE OMS FELICITA AL PERÚ POR AVANCES EN COBERTURA UNIVERSAL Y MEJORAS EN CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE EPIDEMIAS.....	Pág. 27
❖ CONGRESO APRUEBA POR UNANIMIDAD PROYECTO DE LEY DEL RESIDENTADO MÉDICO.....	Pág. 29
❖ ANÍBAL VELÁSQUEZ: INCREMENTO DEL IMPUESTO A CIGARRILLOS REDUCIRÁ EL CONSUMO EN EL PERÚ.....	Pág. 30
❖ MINSAL TRIPLICA EN 5 AÑOS INVERSIÓN EN SALUD Y DEJA 234 PROYECTOS EN MARCHA.....	Pág. 31
❖ MÁS RECURSOS PARA INVERSIONES, ESPECIALISTAS Y COBERTURA DE ASEGURAMIENTO.....	Pág. 32
❖ REPRESENTANTES DEL SECTOR SALUD DE PERÚ SE COMPROMETEN A APOYAR INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS EN SALUD.....	Pág. 33
❖ OIT RESALTA AVANCES DEL MINISTERIO DE SALUD EN ASEGURAMIENTO UNIVERSAL.....	Pág. 35
❖ MINSAL APROBARÁ POLÍTICA DE ACCESO A MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS PARA TRATAMIENTO DEL CÁNCER, ARTRITIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	Pág. 36
❖ MINISTRO DE SALUD DESTACÓ AL SIS COMO LA ASEGURADORA MÁS GRANDE DEL PAÍS.....	Pág. 38
❖ MINSAL BUSCA UN SISTEMA DE SALUD MÁS EQUITATIVO, EFICIENTE Y EFICAZ PARA TODOS.....	Pág. 39
❖ PRONIS AGILIZARÁ INVERSIONES PÚBLICAS EN SALUD DESDE EL 2016.....	Pág. 40



## NOTICIAS DE SALUD Y ECONOMÍA

PAISES DE LA COMISIÓN ANDINA DE SALUD Y ECONOMÍA:  
Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela

Participaron en este número:

1. Ministerio de Salud de Chile-Departamento de Economía de la Salud (<http://desal.minsal.cl/>)
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (<http://www.minsalud.gov.co/>)
3. Ministerio de Salud Pública de Ecuador-Dirección de Economía de la Salud (<http://salud.gob.ec/>)
4. Ministerio de Salud del Perú (<http://www.minsa.gob.pe/>). Noticias de economía de la salud seleccionadas de la Sala de Prensa por la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos.

Responsable de la elaboración del Boletín: Ing. Edna Roxana Ortiz Onofre ([eortiz@minsa.gob.pe](mailto:eortiz@minsa.gob.pe)).

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos-Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Ministerio de Salud del Perú.  
Lima-Perú  
Julio 2016



# Visita a Londres de Investigadores del Proyecto Newton-Picarte Social Value Judgement

---

**22 de abril de 2016**

Los días 31 de marzo y 1 de abril se llevaron a cabo dos actividades de capacitación en Londres dentro del marco del Proyecto Newton-Picarte para fortalecer capacidades institucionales en el ámbito de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). El tema general de capacitación fue la incorporación de juicios de valor social en procesos de ETESA y los profesionales capacitados del Ministerio de Salud fueron: Marianela Castillo, Rafael de Feria, Berenice Freile, Carolina Mendoza y Elisa Llach, así como de la Universidad de Los Andes: Marcela Cárcamo.

Las actividades realizadas fueron un Taller en el National Institute of Health and Care Excellence (NICE) International y un Seminario en King's College of London (KCL).

Los temas específicos abordados en NICE fueron: el rol del NICE en el Sistema Nacional de Salud (inglés) (NHS); funcionamiento del programa de evaluación de tecnologías altamente especializadas, métodos y selección de miembros en la participación de stakeholders en los procesos de recomendación de NICE; historia, funcionamiento y rol de los Consejos Ciudadanos en el NICE y el rol de los juicios de valor social en las guías de recomendación del NICE.

Los temas abordados en KCL fueron: el rol de los juicios de valor social en el proceso de priorización en salud; funcionamiento y rol del programa del centro de evaluación de dispositivos médicos de imagenología (KiTEC) y relación NICE-KCL.

La delegación chilena presentó en ambas dependencias los avances y pasos a seguir en el proyecto Newton-Picarte acerca de la metodología a usar en Chile para obtener los juicios de valor social de nuestra población. Esta exposición estuvo a cargo de la Coordinadora de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), Marianela Castillo.

El equipo de trabajo de Chile continuará trabajando en el proyecto, de manera de traducir y contextualizar la herramienta Decision-making Audit Tool (DMAT), diseñada por KCL para la obtención de valores sociales de la población general, así como su aplicación a distintos interesados como un plan piloto durante el año 2016.

---



## Taller de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

13 de abril de 2016



El pasado martes 29 y miércoles 30 de marzo se realizó el “Taller de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)”; en dependencias del Aula Magna de la Universidad de La Frontera. Participaron autoridades OPS Chile y regionales del sector Salud, MINSAL y académicos del Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera. Por la Subsecretaría de Salud Pública participó el Dr. Fernando Muñoz Porrás; por la División de Planificación Sanitaria participó Patricia Rojo Cárdenas y Mónica Aravena Pastén por el Departamento de Economía de la Salud.

Esta actividad es parte de un proyecto FONIS que obtuvo el Departamento de Salud Pública de la UFRO en colaboración a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la OPS y el Ministerio de Salud. Se realizó la validación del instrumento de medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, FESP.

El doctor Javier Uribe, consultor en sistemas y servicios de salud de la OPS/OMS, expresó “es trascendental esta actividad, porque con la experiencia que se obtuvo en todos los países de la región con un trabajo similar que terminó en el año 2002, se concluyó que esta es una carta de navegación fundamental para mejorar la gestión en un sistema de salud. En el caso de Chile se realiza una adaptación del instrumento regional a la realidad de este país lo que tendrá una significación muy importante porque sería un traje hecho a la medida para el sistema de salud chileno”.



## Taller de consulta técnica con expertos/usuarios metodología el Sistema de Cuentas de Salud 2011

31 de marzo de 2016



Desde el 21 al 23 de marzo de 2016 se realizó en Washington D.C., Estados Unidos, el Taller de consulta técnica con expertos / usuarios en el marco del Proyecto de Institucionalización de la producción de Cuentas de Salud en la región de las Américas utilizando metodología el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011. Dicho evento fue organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El taller puso especial énfasis en la institucionalización del SHA en los países de la región, en el diseño de indicadores para el sector basado en datos de cuentas y en la utilización de estos para la toma de decisiones en los países. Las ponencias estuvieron basadas en el contenido del curso virtual, los cuales abordan en su mayoría la metodología SHA 2011.

Entre estas se encuentran una introducción al Sistema de Cuentas de Salud, donde se abordan los propósitos y objetivos de la implementación de un SCS; las dimensiones y clasificaciones del SHA 2011, entre esta clasificación por Funciones de Salud, Proveedores de atenciones de Salud, Esquemas de Financiamiento, entre otras. La relación entre los marcos de Sistemas de Salud y de las Cuentas de Salud.

Se discutió la manera más óptima de cómo aplicar ejercicios prácticos en el que los participantes del curso pueden emplear los conceptos y definiciones tratados a lo largo del curso.

Entre los países participantes del taller estaban Bolivia, Colombia y Perú, en representación del Ministerio de Salud de Chile asistió Gloria Farías Sarmiento, profesional del IES (Oficina de Información Económica en Salud), del Departamento de Economía de la Salud.



## Newton-Picarte: Fondos para el fortalecimiento de capacidades institucionales entre Gran Bretaña y Chile

16 de febrero de 2016

La embajada británica organizó un evento de networking en su residencia a la que asistieron miembros de la comunidad científica, el mundo académico, representantes gubernamentales, parlamentarios y otros oradores invitados por el Senado de Chile. El evento sirvió para mostrar la colaboración entre Gran Bretaña y Chile con la ciencia y la innovación, a través de exposición de pósters de los proyectos financiados por el fondo de Newton-Picarte. A este evento asistió Marianela Castillo como investigadora principal del proyecto de capacidades institucionales en ETESA que se adjudicó el Ministerio de Salud en este marco.



## Audiencia Pública del Estudio de Verificación de Costos del GES

07 de enero de 2016

El lunes 28 de diciembre se realizó la Audiencia Pública de los resultados del Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario (EVC-2015), conforme a lo que estipula la ley, en virtud de la generación de un nuevo decreto GES para el año 2016. El estudio fue ejecutado por el Instituto de Administración en Salud (IAS) perteneciente a la Facultad de Economía y Negocios (FEN) de la Universidad de Chile.



La presentación contó con la presencia del Dr. Jaime Burrows, subsecretario de Salud Pública, quien dio comienzo al evento con palabras alusivas a la importancia del avance que se ha producido en las Garantías Explícitas en Salud (GES) a 10 años de su implementación, fecha en que comenzó el proceso con la introducción de 25 patologías hasta los 80 problemas de salud que se contemplan en la actualidad.



Dieron la bienvenida a la audiencia la Dra. Verónica Rojas, Jefe (S) de la División de Planificación Sanitaria, y el Sr. Alain Palacios, Jefe del Departamento de Economía de la Salud.

La presentación de los resultados del estudio estuvo a cargo de la Sra. Sylvia Galleguillos, Directora Ejecutiva del IAS y jefa del proyecto, en conjunto con los jefes de los grupos que desarrollaron el estudio, la Dra. Liliana Jadue y el Sr. Alberto Muñoz.

Los asistentes a la audiencia fueron los representantes de FONASA, ISAPRE y de la Asociación de ISAPRE, además de la Contraparte Técnica del estudio, conformado por profesionales del Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud y Dirección de Presupuestos (DIPRES). El principal objetivo de la Audiencia Pública fue recibir los comentarios y preguntas de los seguros de salud, respecto de los resultados del estudio, los cuales serán incorporadas en la versión final del estudio de verificación de costos, además de aquellas preguntas que se reciban en forma posterior a la audiencia en el plazo definido por el Ministerio de Salud.



Foto: Equipo de Trabajo IAS



## Reunión ISAGS: Desafíos de los modelos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Salud

25 de diciembre de 2015



Los días 8 y 9 de diciembre de 2015 se desarrolló la reunión sobre los modelos de evaluación de tecnologías en salud llevada a cabo en Río de Janeiro en la sede del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). El encuentro tuvo por objetivo discutir los criterios técnicos y las limitaciones políticas que rodean los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias; y contó con la presencia de delegados de ocho países de UNASUR, además de expertos, investigadores internacionales y consultores de instituciones multilaterales.

En sus ponencias, los participantes debatieron los retos enfrentados por los departamentos de Economía de la Salud para garantizar a las poblaciones el derecho a tratamientos esenciales, a pesar de las limitantes presupuestarias y de los problemas que envuelven los procedimientos de incorporación en la toma de decisiones. Entre otros temas, se señaló que los países de América del Sur carecen de procedimientos formales para la evaluación y la incorporación de tecnologías en salud. Con la excepción de Brasil y Colombia, los países adoptan modelos recomendatorios de evaluación que en la práctica pueden o no ser tomados en cuenta cuando se decide si una tecnología es buena o mala, si tiene beneficios o es consistente con la capacidad presupuestaria de la nación.

Se destacó que a pesar de la inestabilidad político-económica y los constantes cambios en los cargos públicos que caracterizan a nuestra región, los países de América han promovido esfuerzos para fortalecer los marcos institucionales y establecer reglas más racionales y transparentes de incorporación de tecnologías en salud, favorecida por los mecanismos multilaterales de cooperación técnica como la resolución instituida en el 2012 por la OPS. Al final del evento los participantes elaboraron una matriz de trabajo respecto a sus sistemas de evaluación de tecnologías con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades en estos procesos. A partir de este documento consensuado, ISAGS creará un compendio de posibilidades de actuación o cooperación que pueda ser debatido entre los países de UNASUR en el futuro, explicó Mónica Sutton, la coordinadora del encuentro y consultora técnica del ISAGS sobre complejo industrial de la salud y regulación.





# Presentación Gasto Catastrófico y Gasto de Bolsillo en Salud para el período 1997-2012

Noviembre de 2015



El 29 de octubre de 2015 se efectuó en el Ministerio de Salud la presentación del estudio “Gasto Catastrófico y Gasto de Bolsillo en Salud para el período 1997-2012”, organizado por el Departamento Economía de la Salud. El estudio fue licitado por el Ministerio de Salud, adjudicándosele el Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión (IAPPG).

La convocatoria fue muy exitosa, contando con la presencia de autoridades y profesionales del Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Instituto de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas, Banco Central de Chile, así como también estuvieron representados la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La jornada comenzó con las palabras del subsecretario de Salud, Dr. Jaime Burrows; del jefe de la División de Planificación Sanitaria, Dr. Bernardo Martorell; y del jefe del Departamento Economía de la Salud, Ec. Alain Palacios, quienes destacaron la importancia del tema a ser presentado desde distintas perspectivas.

A continuación, Ciro Ibáñez, Director Ejecutivo de IAPPG, expuso los principales resultados del estudio, respecto de la evolución del gasto de bolsillo en salud entre los años 1997 y 2012, a nivel nacional, regional y para el Gran Santiago. También se presentaron resultados para el gasto catastrófico en salud y empobrecimiento de los hogares debido a gastos de bolsillo en salud, desde diversas ópticas como nivel de ingreso o sistema de aseguramiento de salud.

Adicionalmente, se presentaron los resultados del estudio en conferencia de prensa el día 3 de noviembre de 2015. Dicho evento contó con la presencia del subsecretario de Salud Pública, el jefe de la División de Planificación



Sanitaria y el jefe del Departamento de Economía de la Salud. En el siguiente link se encuentra disponible la noticia publicada por el Ministerio de Salud ([acceder a noticia](#)).

Las presentaciones están disponibles en la sección de [“Eventos y Presentaciones”](#) de la página web <http://desal.minsal.cl> y el informe final (sin diagramar) en publicaciones de la misma página.

## 17º Reunión de Expertos en Cuentas de Salud y Corresponsales Nacionales de Estadísticas de Salud

Octubre de 2015



Los días 7 y 8 de octubre de 2015 se desarrolló la 17ª Reunión de Expertos en Cuentas de Salud y de Corresponsales Nacionales de Estadísticas en Salud, llevada a cabo en París, Francia, en la sede central de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), donde participó el jefe del Departamento de Economía de la Salud, Alain Palacios Quezada.

En la reunión de expertos en cuentas de salud se presentaron los resultados de la colección de datos del periodo 2014-2015 para las cuentas de salud y de la tercera ronda piloto y final para testear el paso desde el Sistema de Cuentas de Salud 2001 hacia su versión 2011 (SHA 2011), el cual será obligatorio para los países miembros a partir del año 2016. Además, se presentó el resultado de algunos cuestionarios para mejorar la comparación internacional, en el ámbito del gasto de los cuidados de larga estada y gasto de bolsillo en salud. También se discutió sobre el tratamiento de las rebajas en los precios de medicamentos y las exenciones de impuestos.



Finalmente, se presentaron los resultados de uso de política de las cuentas de salud a través de un estudio sobre proyecciones de gasto en salud a corto y largo plazo, donde algunos países como Japón y Corea mostraron sus resultados.

En la reunión conjunta de expertos en cuentas de salud y corresponsales nacionales de estadísticas de salud se presentó el progreso del plan de diseminación de las estadísticas de salud de OECD 2015 y el cronograma de lanzamiento de la publicación “Health At a Glance 2015” (Panorama de la Salud 2015), también se presentaron los avances y nuevas propuestas de análisis en el ámbito de indicadores de eficiencia, donde algunos países como Canadá mostraron su experiencia, también se presentó una actualización del proyecto sobre desempeño hospitalario, que mostró algunos resultados para sus indicadores de eficiencia hospitalaria. Finalmente, se abordó el tema de las remuneraciones de médicos y enfermeras para mejorar la comparabilidad internacional, además se presentaron avances en las Cuentas de Recursos Humanos de la Salud, por parte de Alemania y Holanda.

En el siguiente link puede descargar la publicación [“Health At a Glance 2015”](#)

---



## Existen razones de interés público frente a IMATINIB

17 de junio de 2016

**Mediante la Resolución 2475 del 14 de junio de 2016, el Ministerio de Salud solicita la fijación de un nuevo precio para el fármaco. Resolución 2475 de 2016**

En un hecho sin precedentes en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha declarado la existencia de razones de interés público frente al medicamento Imatinib. La declaratoria se ha producido mediante la Resolución 2475, firmada el 14 de junio de 2016 por el ministro Alejandro Gaviria.



El acto administrativo busca preservar ahorros en el sistema de salud, y solicita a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos fijar un nuevo precio para Glivec, nombre comercial del Imatinib producido por Novartis, laboratorio titular de la patente. De acuerdo con la resolución, los ahorros podrían lograrse “por intermedio de un precio máximo de venta de Glivec fijado a través de una metodología general que simule condiciones de competencia”. En otras palabras, como si hubiera genéricos del medicamento en el mercado.

La declaratoria de interés público para Imatinib –utilizado para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica y otros tipos de cáncer– responde a una solicitud presentada el 24 de noviembre de 2014 por las organizaciones Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional (CIMUN), Fundación Ifarma y Misión Salud, en representación de la sociedad civil.

El documento presentado por la sociedad civil recordaba que Imatinib había ingresado al mercado colombiano en un contexto de libre competencia, pues la Superintendencia de Industria y Comercio negó la patente en 2003; sin embargo, esta fue otorgada en abril de 2012 por orden del Consejo de Estado, lo que dio origen a un monopolio que provocaría un aumento del precio del medicamento.



En 2015, el precio del tratamiento con Glivec por paciente al año era de \$47.540.160, cifra que contrasta con el precio del tratamiento por paciente al año con el producto competidor de menor costo, que en 2015 era de \$9.234.720; es decir, la diferencia es de \$38.305.440 por paciente al año.

La solicitud de la sociedad civil fue analizada por el Comité Técnico para la Declaratoria de Interés Público del Ministerio de Salud, que el 24 de febrero de 2016 emitió un informe en el que recomendó declarar el interés público sobre el Imatinib, pero antes propiciar una negociación del precio de Glivec.

El 11 de abril de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social propuso a Novartis un precio de \$140 por miligramo. Aunque el laboratorio inicialmente rechazó la propuesta, el ministerio mantuvo abiertas las negociaciones, que se llevaron a cabo entre el 27 de mayo y el 6 de junio, sin que se llegara a un acuerdo. La resolución aclara que la metodología actual para el control de precios tiene unos límites y no sustituye a la competencia. La cartera de Salud considera que es necesaria una metodología alternativa que permita preservar los ahorros logrados cuando había diversos oferentes en el mercado.

## Salud familiar y comunitaria, estrategia clave en implementación del MIAS

01 de junio de 2016

**Uno de los componentes a tener en cuenta es el desarrollo integral del talento humano en salud**

En el marco del mes de la familia, la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud destacó la estrategia para el desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) denominada La salud familiar y comunitaria para orientar los servicios de acuerdo con las necesidades de las familias y las comunidades.



Luis Carlos Ortiz Monsalve, director de Desarrollo de Talento Humano en Salud, describió tres componentes para la promoción del Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud y Protección Social. “El desarrollo integral de talento humano en salud –primer componente– busca el mejoramiento



de condiciones laborales y el desarrollo de competencias en los recursos humanos, para la garantía del cuidado integral de la salud basado, en la Atención Primaria en Salud (APS), el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo”.

Para tal fin se requieren diferentes herramientas, tales como la implementación de procesos de formación continua para fortalecer las competencias en salud familiar y comunitaria de los recursos humanos que están vinculados a los servicios; aumentar la disponibilidad de los especialistas en salud y medicina familiar y comunitaria, así como transformar los programas de pregrado y posgrado, técnicos y tecnólogos de las ciencias de la salud. “En la actualidad hay cinco programas nuevos de especialización en medicina familiar y conjuntamente con el Ministerio de Educación Nacional se inició un trabajo para la transformación curricular de los programas académicos de educación superior en áreas de la salud”.

El segundo componente, relacionado con la transformación y organización de los servicios de salud a partir de los principios de la APS y la salud familiar y comunitaria, requiere de la delimitación territorial, la definición de los prestadores primarios y el funcionamiento de estos con los complementarios en redes integrales. Expresó: “en este sentido, el país cuenta con la resolución para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 de 2016) y los procesos para la adscripción poblacional de personas, familias y comunidades a equipos multidisciplinarios en salud”.

Finalmente, resaltó que la planeación y gestión territorial –último componente– tiene por finalidad fortalecer las competencias de talento humano responsable de la gestión, administración y gerencia para la implementación del MIAS. “Esto se complementa con la estimación de las necesidades de recurso humano en salud que requiere el país, promoviendo escenarios de práctica además de promover la permanencia del talento humano en el territorio con los incentivos adecuados”.

## Primer Plan de Choque Financiero fue todo un éxito

02 de mayo del 2016

Las medidas anunciadas por el Ministro de Salud en julio del 2015 beneficiaron a 2.126 entidades, entre IPS y proveedores.





El Ministerio de Salud y Protección Social aseguró que tras hacer un balance sobre las medidas del Plan de Choque I, que se llevó a cabo para mejorar la liquidez y el flujo de recursos a la red prestadora de servicios de salud, este fue un éxito total. De acuerdo con el reporte consolidado a la fecha, el paquete de medidas ha permitido el giro de más de \$1.5 billones a la red de prestadores y proveedores de servicios de salud, beneficiando a 2.126 entidades.

#### 1. Recursos adicionales para la compra de cartera con período de gracia

Un grupo de 150 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) –78 públicas, 70 privadas y 2 mixtas– se beneficiaron de la compra de cartera efectuada entre los meses de agosto y setiembre como parte del plan de choque.

Esta compra de cartera ascendió a \$235.051 millones, asignados a instituciones prestadoras de 29 departamentos. Las IPS públicas se beneficiaron con operaciones por un valor total de 109.946 millones de pesos; entre tanto, las privadas recibieron 117.529 millones; y las mixtas, 7.576 millones. Los procedimientos de la compra de cartera de los meses de agosto y setiembre del presente año quedaron contenidos en las Resoluciones 2826, 3169 y 3261 de 2015.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Primer-plan-de-choque-financiero-fue-todo-un-exito.aspx>

## Colombia asume Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.

25 mayo de 2016

### Reconocimiento a la gestión nacional e internacional del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia fue designado en el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para el período 2016-2018. Así fue anunciado durante la 69 versión de la Asamblea Mundial de la Salud que se lleva a cabo en Ginebra, Suiza.





El viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz Gómez, será el designado para ser miembro del máximo organismo de salud en el mundo.

Al respecto, Ruiz Gómez señaló que la designación "representa un gran reconocimiento a la gestión que se ha venido realizando en el Ministerio desde hace tres años. Es un orgullo para todo el país que nos hayan designado en el Comité que toma las decisiones más importantes en materia de salud en el planeta".

## MinSalud publica requisitos para producción de derivados de cannabis

**18 de mayo de 2016**

Las personas naturales y empresas interesadas en producir derivados del cannabis con fines medicinales o científicos ya cuentan con toda la reglamentación necesaria para tal fin.

**Interesados podrán diligenciar formulario para la producción de derivados de cannabis**

Con la resolución 1816 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, han quedado reglamentados los derechos y las obligaciones de los productores de derivados del cannabis en Colombia.

La resolución fue expedida en desarrollo del Decreto 2467 de 2015, en el que el Gobierno nacional autorizó el cultivo y el procesamiento de cannabis, así como la exportación de sus derivados terapéuticos.

Los interesados podrán realizar el trámite directamente en la página web del Ministerio, accediendo a través de la pestaña de "trámites y servicios", aunque también es posible descargar el formulario para impresión, diligenciarlo manualmente y entregarlo en la sede de la entidad.

La licencia de producción y fabricación de derivados de cannabis es la primera que deben diligenciar los interesados en invertir o investigar con esta planta en Colombia. Su obtención es un prerrequisito para solicitar una licencia de cultivo, tal como fue definido por el Consejo Nacional de Estupefacientes a comienzos de este año.

El propósito de este condicionamiento es garantizar la trazabilidad de la cosecha, prevenir usos no legales, y verificar su propósito científico y medicinal.





Entre otros aspectos, la resolución contiene los requisitos respecto a las instalaciones, la calidad del producto, el plan de inversión y el organigrama de las empresas.

Consecuente con el propósito de asegurar que la nueva política sea incluyente, la resolución también establece un tratamiento diferenciado para los pequeños productores.

El formulario puede diligenciarse o ser descargado del siguiente enlace:

<https://tramites.minsalud.gov.co/tramitesservicios/cannabis/Default.aspx>

## Alejandro Gaviria: “La vaca de la salud es sagrada”

29 de abril de 2016

En la Semana de la Seguridad Social, el ministro Alejandro Gaviria invitó a reflexionar sobre la necesidad de respetar esa colecta de todos que es el sistema de salud.



Una vaca de tamaño real, dispuesta en una esquina del auditorio del Ministerio de Salud, se convirtió en el símbolo de los recursos del sistema y en el pretexto para motivar una reflexión sobre su cuidado.

Con ese trasfondo, el ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe; el director de la organización Corprovisionarios, Antanas Mockus; y la secretaria general de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Gina Magnolia Riaño, continuaron hoy las actividades pedagógicas contempladas en la Semana de la Seguridad Social, establecida por la Ley 1502 de 2011 con el fin de fomentar el conocimiento y la educación en este tema.

El propósito de la reunión llevada a cabo en el Ministerio de Salud —entidad que, según la ley, regenta la política— fue generar consciencia de que los recursos son limitados y, por tanto, deben ser gastados de manera responsable. En este contexto, la vaca fue entendida en su acepción de colecta en la que todos ponen.



“La vaca es sagrada”, comentó el jefe de la cartera a los diversos actores del sistema presentes en el conversatorio. “Ella representa el sistema de salud, y el concepto de que es sagrada significa respeto a los recursos públicos. Todos contribuimos mancomunadamente a nuestro sistema, y si no la respetamos, tendremos problemas de sostenibilidad”.

El ministro señaló que la seguridad social es un contrato social cuyo respeto no solo se logra por medio de leyes, sino también por medio de un cambio cultural.

“No estamos respetando la vaca”, afirmó Gaviria Uribe, y citó el caso de los pacientes que reciben más de lo que necesitan y de los médicos que prescriben medicamentos que no son costo efectivos. “Un medicamento no costo efectivo suma a uno pero resta a todos. Quien recibe más de lo que necesita, le está quitando a todos”. Por eso invitó a los médicos a que recuerden que no solo tienen el compromiso de pensar en su paciente, sino en todos los pacientes.

El conversatorio contó con la participación del profesor y exalcalde de Bogotá Antanas Mockus, quien propició una reflexión sobre los mecanismos que motivan al cumplimiento de las normas. Secundando lo expresado por el ministro Alejandro Gaviria, recordó que “el médico es un ordenador del gasto, y todos los ordenadores del gasto tienen techos presupuestales”.

## Cuenta de alto costo deberá ir hacia la Gestión Integral del Riesgo en Salud

**30 de marzo de 2016**

### La influencia de la Política de Atención Integral en Salud muestra sus primeros impactos

Durante el II foro de Estrategias y Herramientas Técnicas y Gerenciales para el Fortalecimiento de la Gestión del Riesgo, el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz Gómez, dio a conocer los paradigmas de la sostenibilidad del sistema de salud y fue claro en manifestar que la Cuenta de Alto Costo deberá dirigirse ineludiblemente hacia la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

“Los aseguradores y los demás agentes del sector tendrán necesariamente que llevar la Cuenta de Alto Costo hacia la Gestión Integral del Riesgo en Salud y hacia allá deben dirigirse todos los actores del sistema. Hemos discutido el futuro de esta cuenta y, ahora que contamos con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, el sistema deberá dejar de lado la compensación entre aseguradores y enfilar acciones hacia la gestión del riesgo”, destacó Ruiz Gómez.

Lo anterior significa que cada colombiano deberá ser adecuadamente gestionado en su enfermedad y que las acciones desde los aseguradores impliquen la eliminación de barreras y limitaciones en el acceso a los servicios de salud. Describió que los paradigmas de sostenibilidad muestran una prima fija anticipada (Unidad de Pago por Capitación); un modelo de aseguramiento indemnizatorio; la no regulación de mercados e insumos; una contratación selectiva y un aseguramiento y prestación sin diferenciación por resultados, lo que conlleva a “tener efectos adversos como la fragmentación del servicio, la desarticulación entre integrantes del sistema y una competencia por generar rentas”.



Reorganizar esa situación explicó requiere de una vía legislativa y una regulatoria que desemboque en la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GITS). “Eso significa que será un mecanismo integrador; llevará al sistema a la anticipación y prevención menos a la contingencia; reducirá el daño en salud y de paso los costos del sistema”.



La GIRS es entendida como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

El viceministro también aseguró que la articulación de la GIRS incluye acciones desde la entidad territorial, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), los afiliados, el prestador primario y el complementario. Esas acciones pasan por la gestión del riesgo colectivo e individual, la promoción de la salud, el autocuidado, la comunicación de riesgo y la gestión clínica.

“La Gestión Integral del Riesgo en Salud nos debe ayudar en esa transformación de un sistema de seguridad social –que conserve sus elementos centrales y ganancias– hacia un sistema de salud donde la integración y el cuidado de la salud sea el elemento fundamental”, concluyó.

La cuenta alto costo es un mecanismo que es muy importante para la compensación entre los aseguradores y tiene que ver con la compensación como en renal, cáncer, VIH y ha prestado una función en compensar entre EPS y lo que discutimos.

Discutimos el futuro cuando ya tenemos una política a través del modelo que implica que no solamente el sistema esté centrado en la compensación entre aseguradores sino en hacer GIRS, o sea que la persona tenga la oportunidad que cada colombiano sea adecuadamente gestionado en su enfermedad y que tenga acciones desde el asegurador. Que no tenga barreras y limitaciones implica necesariamente llevar a la cuenta de alto costo hacia esa gestión integral del riesgo en salud y hacia allá se deben dirigir todos los agentes del sector. La cuenta alto costo representa 40% de la carga de enfermedad y seguramente 60% o más del total del gasto en salud. Acordémonos que las personas gastan en salud en el último año de vida y de ahí su importancia de modulación de gasto.



# Ley Estatutaria de Salud

30 de marzo de 2016

Esta nueva norma consagra la salud como un derecho fundamental y, entre otras disposiciones, pone fin inmediato al llamado carrusel de la muerte.

Luego de su trámite en el Congreso de la República y del control previo en la Corte Constitucional, el Presidente Juan Manuel Santos Calderón y el ministro Alejandro Gaviria Uribe sancionaron la Ley Estatutaria de Salud, que convierte a la salud en un derecho fundamental autónomo.

Ley estatutaria de salud

**Ley Estatutaria de Salud**

La Ley Estatutaria cuenta con tres avances importantes:

- El decreto de afiliación
- El Modelo Integral de Atención en Salud (Mias)
- La eliminación del Comité Técnico Científico (CTC)

- Estos son los retos que enfrenta la Ley Estatutaria

- Ley  
- Sentencia  
- Abecé

Contexto

Abordaje

Cronograma

- ✓ Antecedentes
- ✓ Características
- ✓ Alcance

- ✓ Política de Atención Integral en Salud (País)
- ✓ Plan implícito
- ✓ Sostenibilidad y transparencia

- ✓ Descargar cronograma

Viceministerio de Protección Social - Mayo 2016

La Ley le pone fin al llamado carrusel de la muerte, toda vez que se convierte en obligatoria la prestación de los servicios de urgencias, que ya no requieren ningún tipo de autorización. (Artículo 14º). Entre los principios consagrados en la Ley Estatutaria, el derecho fundamental a la salud debe tener continuidad, entendida como el



derecho a recibir los servicios de salud sin que sean interrumpidos por razones administrativas o económicas. (Artículo 6º).

A partir de la fecha, el control a los precios de los principios activos de medicamentos se convierte en una política de Estado; los precios de los medicamentos controlados no podrán superar el precio internacional de referencia, de acuerdo con la metodología definida por el Gobierno (Artículo 23º).

La Ley consagra la autonomía médica (Artículo 17º), persiguiendo la seguridad del paciente, bajo esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. En ese sentido, asegura que los médicos serán quienes tomen las decisiones sobre los tratamientos, ya que se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud. También prohíbe cualquier prebenda o dádiva a los profesionales de la salud.

Con la sanción de la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, que permita ampliar progresivamente los beneficios.

De esta manera, los pacientes tendrán derecho a todas las tecnologías, excepto aquellas que estén expresamente excluidas del POS.

La Ley Estatutaria de Salud partió de una iniciativa presentada al Gobierno por la Gran Junta Médica en marzo de 2013; el Presidente Juan Manuel Santos Calderón la radicó en la Secretaría General del Senado y le dio mensaje de urgencia a su trámite en el Congreso, el cual fue liderado por el ministro de Salud y Protección Social.

Luego de su aprobación en el legislativo, el 20 de junio de 2013, el proyecto pasó a control previo de la Corte Constitucional, que en abril de 2014 convocó una audiencia pública, donde el Gobierno y la Gran Junta Médica defendieron los contenidos de la iniciativa.

En mayo de 2014, la Corte divulgó el comunicado a través del cual anunció la aprobación con condiciones del articulado de la Ley, y en octubre publicó la extensa sentencia; ante un yerro en el texto, la Corte emitió un fallo aclaratorio en diciembre pasado y remitió el nuevo articulado al Congreso de la República, para que rehiciera el texto. El pasado 10 de febrero, el ministro Alejandro Gaviria Uribe defendió el proyecto en la plenaria del Senado, como último trámite previo a su sanción presidencial.

## Sociedades científicas, INS, OPS y MinSalud unidos contra el Zika.

**25 de febrero de 2016**

**Expertos de la Organización Mundial de la Salud apoyan respuesta del país frente a epidemia**

Una segunda misión de expertos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) visitó el país para apoyar los esfuerzos de respuesta de Colombia ante la epidemia del virus del Zika que afecta a la región de las Américas.



La misión, integrada por un equipo multidisciplinar y liderada por Pilar Ramón Pardo, coordinadora de la respuesta de salud pública en la emergencia de Zika de la oficina regional de OPS/OMS, sostuvo reuniones con directivos y epidemiólogos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS) y representantes de las sociedades científicas para avanzar en el establecimiento de guías técnicas frente a esta nueva enfermedad. “Por la calidad de la vigilancia epidemiológica, la capacidad del laboratorio de virología del INS y la preparación de los servicios de salud, la experiencia, avances, lecciones aprendidas de Colombia serán de gran valor para la región de las Américas y el resto del mundo”, indicó Ramón Pardo.



La misión obtuvo tres productos tras esta visita a Colombia: la elaboración de los lineamientos técnicos para la atención de pacientes con Guillain-Barré y otros síndromes neurológicos; otros lineamientos clínicos para la gestante y el recién nacido hasta el primer año de vida infectados con Zika; y la detección serológica de laboratorio por parte de un experto del Instituto Robert Koch (Alemania).

Las sociedades científicas que han hecho parte de los grupos de trabajo han sido las de Neurología, Neuropediatría, Neonatología, Perinatología, Ginecología y Pediatría. Dentro de los expertos también se encuentran Carlos Brito, director médico del Centro Pesquisa de Pernambuco, donde se han presentado los casos de microcefalia en Brasil; así como el investigador Ricardo Ximenes de la Universidad Federal de Pernambuco.

Esta misión se suma a la que en semanas anteriores vino del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC, por sus siglas en inglés) para intercambiar experiencias tecnológicas de una prueba molecular múltiple que permita detectar los tres virus que transmite el *Aedes aegypti*: Zika, Chikunguña y Dengue, así como una prueba serológica para avanzar en la fase de detección tardía de infección por virus del Zika.

En su momento, el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz Gómez, expresó que Colombia está en el ojo de todo el mundo por el tema de Zika, por lo que el país no puede ser inferior al reto por ser la nación de las Américas que mayor vigilancia ha tenido desde el inicio de la epidemia del Zika.



## Consumo de tabaco y alcohol es más preocupante que el de sustancias ilícitas

28 de enero del 2016

El ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, advirtió que el uso de tabaco y alcohol es mucho más preocupante que el de sustancias ilícitas como la marihuana o la cocaína.

En Colombia el consumo de cigarrillo afecta a un 20 por ciento de la población, el consumo de alcohol a un 33 por ciento y el consumo de sustancias ilícitas afecta entre 4 y 5 por ciento de la población, en el peor de los casos, esto da una perspectiva de salud pública, meramente de salud pública de que el consumo de tabaco y de alcohol es más preocupante que el consumo de sustancias ilícitas.



Por otro lado, el ministro aclaró que el uso medicinal del cannabis no aumentará el consumo recreativo de esta sustancia. “Se dice, repito, se dice y no es cierto, que el aprobación de leyes de marihuana medicinal lleva a un aumento del consumo recreativo. En mi intervención presenté la evidencia de otros países, incluyendo evidencia, de los últimos diez años, de la academia de los Estados Unidos, mostrando que una cosa no tiene nada que ver con la otra”.

Cuando hablamos de marihuana medicinal, básicamente hablamos de usos medicinales, es decir, de medicamentos y fitoterapéuticos y usos con fines científica.



## Estimación de Carga de Influenza.

Julio 2016



La Influenza es una enfermedad endémica con alta capacidad de transmisión causada por los virus de Influenza – A(H1N1)pdm09, AH3N2 y B–. Desde 2006, la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) se ha venido implementando en muchos hospitales y laboratorios de las Américas en un esfuerzo por estandarizar la vigilancia global de la influenza e integrar la epidemiología y el laboratorio. Para destacar el importante trabajo en este tema, se han desarrollado diversas metodologías para mejorar la estimación de la carga de enfermedad de la Influenza.

El Programa de Influenza de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organizó la reunión “Consulta sobre las Estimaciones Nacionales, Regionales Globales de la Carga de Enfermedad de Influenza”, la misma que se llevó a cabo en la ciudad de Ginebra, Suiza, del 12 al 14 de julio del 2016, con la participación de 53 países.





Los países que han implementado nuevas metodologías para estimar la carga de enfermedad de Influenza, de forma que sea insumo para los hacedores de política con respecto a los programas, planes referentes a esta enfermedad, considerando que las necesidades son crecientes frente a los recursos escasos.

Se motivó a la redacción científica, por parte de expertos, para que cada país asistente elabore un artículo científico con respecto a la Influenza, con el apoyo permanente de mentores, para guiar su elaboración.

## Ecuador participó en la primera reunión de la Red de Sistemas de Salud para América Latina y el Caribe: Sostenibilidad Financiera de los Sistemas de Salud – Mejorando el Diálogo.

Julio 2016

Ecuador participó en la “Primera reunión conjunta de la Red de Sistemas de Salud para América Latina y el Caribe”, coordinada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.



El objetivo del encuentro, efectuado en Bogotá el 7 y 8 de julio de 2016, fue facilitar redes de trabajo entre funcionarios de alto rango de los Ministerios de Salud y de Finanzas de la Región, para discutir mecanismos de coordinación y gobernanza, e identificar prácticas presupuestarias en salud efectivas y opciones de política pública, para el funcionamiento sostenible de los sistemas de salud y el avance hacia los objetivos de la salud universal.

Se presentaron resultados de la encuesta aplicada por los países participantes, sobre las características del financiamiento de la salud, elaboración de presupuestos, mecanismos de monitoreo, entre otros.

En el encuentro se compartieron las experiencias de países en presupuesto y sostenibilidad financiera en los sistemas de salud, la gobernanza del financiamiento.



## Ecuador: Taller de Implementación de la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud.

Mayo 2016



El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevaron a cabo el “Taller de implementación de la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud y el uso del sistema PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos)” en la ciudad de Quito, la semana del 2 al 6 de mayo de 2016.

El objetivo del taller fue capacitar al equipo de la Dirección de Economía de la Salud y a los hospitales del Ministerio de Salud Pública para desarrollar habilidades en el manejo de la información, su análisis y resultados, con el uso de esta metodología y sus herramientas informáticas. Este taller contó con la participación de licenciada Paula Raigoza y el doctor Ricardo Rápalo, expertos de OPS en este tema.

En los siguientes meses se ha planificado trabajar en la selección de los indicadores de la metodología referida, que serán utilizados por el MSP, dentro de los establecimientos de salud, para facilitar análisis de manera periódica que sirven en la toma de decisiones a las autoridades.

En la región, la metodología está siendo utilizada en varios países como Colombia y El Salvador. Ecuador inició este proceso en el año 2015.



## Lideresa de OMS felicita al Perú por avances en cobertura universal y mejoras en capacidad de respuesta ante epidemias

**Titular de la OMS se reunió con ministro de Salud en Ginebra, Suiza.**

30 de mayo del 2016



La Directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan, reconoció los avances de la cobertura universal de salud en el Perú, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio y las mejoras en la capacidad de respuesta frente a las epidemias logradas por nuestro país.

Así lo hizo saber la titular de la OMS en reunión sostenida con el ministro de Salud de Perú, Aníbal Velásquez Valdivia, con motivo de la celebración de la 69 Asamblea Mundial de Salud, llevada a cabo en Ginebra, Suiza.

Chan se dirigió ante el pleno de la Asamblea y solicitó a los países hacer todos los esfuerzos posibles para aumentar el nivel de alerta y preparación ante una eventual epidemia. En este marco, y en reunión con el titular del portafolio de salud peruano, la lideresa de la OMS felicitó a nuestro país por haber tenido una evaluación externa de la capacidad de respuesta frente a las epidemias, fortalecer la autoridad sanitaria, crear el Centro de Control de Enfermedades, además por el adecuado desempeño en el control de chikungunya y zika y porque el Perú forma parte del equipo que viene evaluando la capacidad de respuesta de Estados Unidos ante amenazas sanitarias.



Velásquez Valdivia presentó en su discurso, ante el pleno de la 69 Asamblea Mundial de Salud, un balance de los logros del sistema de salud obtenidos entre el quinquenio 2011-2016, destacando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular, el referido a la reducción de la pobreza extrema de 23% a 4.3%, la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil (DCI) de 37.3% a 14.1%, la mortalidad infantil de 55 a 17 por mil nacidos vivos, y la reducción de los casos nuevos de tuberculosis 52% y la mortalidad 74% de lo registrado en 1990.

El ministro de Salud sostuvo que “esta experiencia peruana para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se caracterizó por seleccionar intervenciones efectivas basadas en evidencia, un compromiso político para asignar recursos, y una acción multisectorial con el propósito de incrementar las coberturas de estas intervenciones. Así, el Perú está en condiciones de cumplir la Agenda 2030 que dará mayor salud y bienestar a nuestro país”.

También presentó los relevantes avances en materia de cobertura universal en salud y protección de la salud, destacando que “desde el año 2015, toda gestante y todo niño que nace en el Perú tiene un seguro de salud sin importar su condición socioeconómica. En este periodo de gobierno se ha incrementado el aseguramiento en salud de 64% a 80%, de los cuales 17 millones de peruanos están protegidos por el seguro público, el Seguro Integral de Salud (SIS)”.

Velásquez destacó que “a partir del año 2013 iniciamos una Reforma del Sector Salud para enfrentar problemas motivados por un sistema de salud fragmentado, descentralizado y con limitado financiamiento. Esta Reforma, centrada en eliminar las restricciones que impiden a las personas ejercer plenamente su derecho a la salud y en fortalecer la autoridad sanitaria, tiene el propósito de universalizar la cobertura en salud, de manera que la población acceda a más y mejores cuidados integrales, tanto en la salud individual como colectiva, así como, fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a riesgos y emergencias de salud pública con la creación del Centro de Control de Enfermedades (CDC)”.

A su vez se mostró importantes avances en la cobertura financiera señalando que el presupuesto en salud se ha triplicado en este Gobierno y la barrera económica para usar los servicios de salud se ha reducido de 25% a 8% en los últimos 10 años. “En el marco del aseguramiento público, en el año 2012 se creó el Plan Esperanza, como una política específica para prevenir y tratar en forma integral y gratuita el cáncer en el país”, anotó.

“Durante este gobierno se han puesto en operación y construyen nuevos hospitales y centros de salud de última generación con equipamiento moderno y recurso humano completos. Hasta la fecha se han puesto en operación 153 establecimientos de salud nuevos y remodelados, 59 por culminar y 225 proyectos nuevos, significando una inversión ejecutada de más de 2 mil millones de dólares”, explicó.

“También se ha fortalecido la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud y se ha recuperado la capacidad de conducción e intervención a nivel nacional en situaciones de riesgos, emergencias, desastres o discontinuidad de los servicios, por debilidad o falta de cumplimiento de las funciones de salud pública de los gobiernos regionales y locales. Es en este marco que se han generado intervenciones eficaces para enfrentar la epidemia del dengue, chikungunya y la enfermedad producida por el virus del zika”, señaló el titular del portafolio.

El ministro destacó que “los resultados de estas acciones se expresan en el retraso de la transmisión autóctona del chikungunya. Se registraron brotes de transmisión local que han generado 186 casos el 2015 y 16 casos el 2016, mientras que en la región se registran miles de casos”.



## Congreso aprueba por unanimidad proyecto de ley del Residentado Médico

**Permitirá incrementar en casi 5.000 el número de especialistas formados para los nuevos establecimientos de salud construidos**

06 de mayo del 2016

Con 65 votos a favor –por unanimidad–, el pleno del Congreso de la República aprobó el proyecto que propone la Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (Sinareme)

“Es una buena noticia porque uno de los grandes retos en el país son los recursos humanos. Hemos calculado que se necesitan 16,000 especialistas médicos más, por tanto, se necesita una política bastante intensiva para poder formar rápidamente a residentes”, destacó al respecto el ministro de Salud, Aníbal Velásquez Valdivia.



El contenido del proyecto trata básicamente de la función del sistema de residentado, la evaluación curricular, la definición de las plazas cautivas vacantes, la toma de previsiones en los reemplazos y, fundamentalmente, el hecho que crezca el número de plazas de médicos residentes para atender las necesidades de regiones con mayor déficit de especialistas.

“En este gobierno se incrementó el número de médicos especialistas formados. De 900 en promedio que teníamos de los programas anuales de formación realizados en el anterior gobierno, ahora se ha llegado a más de 3,300”, señaló Velásquez.

“Con esta ley podremos incrementar 1,500 médicos adicionales, y estaríamos hablando de casi 5 mil profesionales. Esto cerraría la brecha que tenemos, con mayor razón ahora que tenemos nuevos establecimientos de salud y hospitales regionales que van a requerir de más especialistas, por lo que estamos hablando de una política de infraestructura relacionada con la política de recursos humanos”, enfatizó.

Cabe indicar que el proyecto de ley aprobado en el Parlamento plantea que el Residentado Médico es una modalidad académica de capacitación de posgrado, con estudios universitarios de segunda especialización y entrenamiento presencial e intensivo en servicios de los profesionales de medicina humana.



## Aníbal Velásquez: Incremento del impuesto a cigarrillos reducirá el consumo en el Perú

**Desde hoy entra en vigencia modificatoria del impuesto selectivo al consumo de productos derivados del tabaco**

06 de mayo del 2016

El titular del portafolio de Salud, Aníbal Velásquez, sostuvo que la reciente norma que incrementa el impuesto selectivo al consumo de productos derivados del tabaco reducirá el consumo de los mismos en el país.

El ministro de Salud señaló que —a partir del Decreto Supremo N°112-2016-EF

publicado en el Diario Oficial El Peruano— se espera que la disminución del consumo de este producto nocivo sea mayor entre los y las jóvenes y la población con menores recursos económicos, pues el incremento de precio del tabaco podría convencerlos de abandonar el hábito de fumar. Dicho incremento va de S/0.07 a S/0.18 por unidad.

Al respecto, el director general de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud del Minsa, Carlos Aystas Portugal, detalló que según estudios económicos realizados en América Latina y África, si los impuestos al tabaco aumentan en un 10%, el consumo de tabaco suele disminuir en un 8% en los países de ingresos bajos y medianos como el nuestro.

El Minsa considera que este tipo de políticas tributarias son eficaces para disminuir el consumo de tabaco en la población, según investigaciones respaldadas por la Organización Mundial de la Salud, las cuales concluyen que si se produce un incremento de 70% en el impuesto al tabaco, la mortalidad por todas las causas relacionadas al mismo disminuye incluso en un 25%.

De esta manera, el Perú se suma a las naciones que tienen estas medidas dadas, tales como Brasil, Bangladesh, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, México y Sudáfrica en las que el consumo de productos derivados del tabaco ha decrecido, como consecuencia de medidas tributarias.

### Consumo nocivo

El consumo de tabaco provoca una mayor tasa de mortalidad a la que se atribuye al uso del alcohol y las drogas ilegales en conjunto. En el Perú, mueren alrededor de 16 mil personas al año por enfermedades causadas por el humo de tabaco. El cigarrillo contiene más de 4,700 sustancias químicas, varias de ellas, cancerígenas; una de las sustancias contenidas en el cigarrillo es la nicotina, la cual es de 6 a 8 veces más adictiva que la heroína.





## Minsa triplica en 5 años inversión en salud y deja 234 proyectos en marcha

**La inversión en este periodo de gobierno es de más de 8 mil quinientos millones de soles**

28 de abril del 2016

“La inversión en salud se triplicó en el presente gobierno y el Ministerio de Salud (Minsa) dejará 234 proyectos de inversión en marcha y establecimientos de salud que están encaminados”, afirmó el titular del portafolio de Salud, Aníbal Velásquez Valdivia.

El titular de salud recalzó que durante estos 5 años de gestión se han puesto en operación 153 establecimientos de salud y la meta es inaugurar 28 establecimientos más antes de terminar el año 2016. “La política no solamente va a la construcción de la infraestructura, sino incluye el equipamiento completo y el pago de personal, ahora en la planificación no se programa un nuevo establecimiento si es que no se incluye el gasto corriente, eso significa una programación con responsabilidad”, acotó.



### Políticas de Estado en Salud

“Para implantar un modelo de atención que esté centrado en las personas, sus necesidades y expectativas, la actual administración ha impulsado una reforma cuyo objetivo es universalizar la protección social en salud en el Perú, de manera que la población se beneficie de la acción del Estado para la protección de riesgos; la protección del usuario y la protección financiera a través de la ampliación de la cobertura del aseguramiento”, refirió Velásquez, quien agregó que “los objetivos de la Reforma del sector Salud fueron consensuados en el Acuerdo



Nacional el año 2015, con participación de todos los partidos políticos, colegios profesionales, gremios empresariales, sindicales y organizaciones de la sociedad civil”.

Expresó que esta reforma iniciada el 2013 tiene 5 ejes estratégicos articulados: (i) ampliar la cobertura poblacional de la protección en salud individual, en el marco del proceso de cobertura universal de salud; (ii) ampliar la cobertura prestacional de la protección en salud individual, mediante un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que sea brindado por una oferta de servicios de salud ampliada y fortalecida; (iii) ampliar la cobertura poblacional y prestacional de la protección en salud colectiva; (iv) hacer efectiva la protección de derechos en salud y asegurar la calidad de los servicios de salud, a través de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud); y (v) fortalecer y modernizar la rectoría y gobernanza del sistema, en la planificación, inversiones, la gestión y el financiamiento de la salud, como un mecanismo para garantizar la cobertura financiera de la población protegida por el Estado a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Sostuvo que “ahora estamos garantizando la continuidad de la obra realizada en este gobierno en aseguramiento y en inversión e infraestructura en salud porque tenemos un marco político que le da seguridad a nuestra acciones”.

“Existe el compromiso político de todos los partidos concretados en el Acuerdo Nacional y enmarcado en las reformas del sector Salud con el consenso de todos para que las políticas de Estado continúen”, recordó el ministro de Salud.

“Necesitamos que el aseguramiento universal siga profundizándose como un seguro público, eso quiere decir, como un comprador de servicios. La planificación de presupuesto que estamos haciendo este año, está considerando aumentar recursos los siguientes años debido a que la demanda de personas afiliadas a un seguro sigue aumentando, con el fin de darle la mejor atención de salud a los asegurados y porque estamos dejando 234 establecimientos de salud en marcha para concluirse en el siguiente gobierno”, finalizó.

## Más recursos para inversiones, especialistas y cobertura de aseguramiento

### Minsa y ANGR establecen prioridades estratégicas del Presupuesto Multianual 2017-2019

22 de abril del 2016

El ministro de Salud, Aníbal Velásquez, y la junta de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), presentarán el Proyecto de Presupuesto Multianual 2017-2019, que propone incrementar dicha cifra con la finalidad de brindar un mejor acceso a servicios a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), el desarrollo de proyectos de Inversión Pública y la expansión del programa Más Salud, entre otras demandas del sector.

Las prioridades estratégicas del Presupuesto Multianual estarán focalizadas en proteger a los asegurados al SIS con un financiamiento suficiente que cubra su atención, exámenes y medicamentos.

Los nuevos recursos también servirán para incrementar y articular proyectos de infraestructura sanitaria, generando una capacidad ágil de respuesta de la oferta pública y así dar mejores servicios a los usuarios, además





contempla la reposición de equipos. El financiamiento busca llevar atención médica especializada a las zonas de mayor carencia y desembalsar la demanda existente a través del Programa Más Salud. Asimismo, el sector está dejando 234 expedientes listos para la futura construcción de igual número de establecimientos de salud.



A través del fomento de gerentes públicos se mejoraría la conducción regional y la gestión de los servicios, entregando mejores resultados e incrementando así la eficiencia. De igual manera, se está previendo un Fondo de Respuesta Rápida, el cual actuaría ante riesgos y emergencias, salvaguardando así la integridad y salud de la población, socorriendo a los gobiernos regionales.

Mientras que a través de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), se continuará asegurando el respeto de los derechos y la vida de los usuarios con una proyección de incremento de recursos para llevar la acción de la Superintendencia a las regiones.

## Representantes del Sector Salud de Perú se comprometen a apoyar institucionalización de Cuentas en Salud

05 de abril de 2016

Con la finalidad de conformar el Comité Nacional de Cuentas en Salud como espacio técnico para impulsar y fortalecer el proceso de institucionalización en el país de la nueva metodología de Cuentas en Salud (System of Health Accounts, SHA 2011), se reunieron los representantes del Ministerio de Salud (Minsa), Seguridad Social



(EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, Asociación de Clínicas Privadas, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), Seguro Integral de Salud (SIS) y otras instituciones invitadas.

Actualmente, el Minsa está encaminando en la institucionalización de esta nueva metodología, la cual es un requisito para que el país cumpla con los estándares exigidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta nueva metodología permitirá conocer la composición del financiamiento y gasto en salud para transparentar la inversión del Estado peruano para ampliar la cobertura en salud.

El evento fue organizado por el Minsa, a través de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a través del área técnica de Sistemas y Servicios de Salud.



El Dr. Gustavo Vargas, asesor de OPS/OMS Perú, expresó su reconocimiento al Minsa y las instituciones participantes por este importante paso que contribuirá a institucionalizar esta nueva metodología y, a su vez, manifestó la disposición de OPS/OMS para seguir brindando acompañamiento y asistencia técnica al país para facilitar este cambio metodológico.

A su turno, la CPC Cedia Kuroiwa Pérez, Directora General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Minsa, dio a conocer los avances que ha tenido el país en este tema. En ese sentido, el Perú ya cuenta con la publicación del Libro de Cuentas Nacionales de Salud 1995-2012 y ha desarrollado estudios técnicos para analizar las brechas de información que plantea este cambio metodológico, así como la estimación preliminar de las cuentas de salud 2011-2012 utilizando el sistema SHA, entre otros avances.

Durante la reunión participaron vía videoconferencia la Eco. Claudia Pescetto, asesora regional de OPS/OMS en temas de Financiamiento y Economía de la Salud, quien presentó una revisión del marco conceptual de la metodología SHA 2011 y brindó orientaciones para facilitar su implementación en el país.

Al finalizar la reunión, los participantes acordaron impulsar la institucionalización de la metodología SHA 2011 y coordinar acciones desde sus instituciones para facilitar el intercambio de información que contribuya al desarrollo



de las Cuentas en Salud. Como parte de los acuerdos, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Minsa asumirá la secretaría técnica del Comité Nacional de Cuentas en Salud.

*Originalmente Publicado en el portal web de la OPS Perú*

[http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3455:representantes-del-sector-salud-se-comprometen-a-apoyar-institucionalizacion-de-cuentas-en-salud&catid=1099:noticias-2016&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3455:representantes-del-sector-salud-se-comprometen-a-apoyar-institucionalizacion-de-cuentas-en-salud&catid=1099:noticias-2016&Itemid=900)

## OIT resalta avances del Ministerio de Salud en aseguramiento universal

Como parte del nuevo estándar de atención para más peruanos

Según la entidad, se tratan de "Más servicios de salud para más peruanos"

Destacó altos niveles de cobertura del SIS que hoy en día benefician a más de 16 millones de peruanos

27 de marzo del 2016



La oficina de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para los Países Andinos resaltó, a través del “Estudio Financiero Actuarial 2015”, los avances logrados por el Ministerio de Salud (Minsa) en extender la atención en salud para más peruanos, informó el titular del sector, Aníbal Velásquez.

Explicó que para el caso del Seguro Integral de Salud (SIS) del Minsa, del año 2011 al 2016 los recursos destinados para solventarlo pasaron de 560 millones a 1,700 millones de soles.



“Hoy, el SIS brinda una cobertura integral a más de 16 millones 940 mil 854 peruanos”, precisó Velásquez, tras recordar que el SIS tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

En su documento, la OIT destacó, además, las acciones del Minsa para reducir la brecha en atenciones de salud. Se tratan de “Más servicios de salud para más peruanos” con la ampliación de los horarios de atención en hospitales y establecimientos en las especialidades y servicios con mayor demanda.

Asimismo, resaltó a las brigadas del Plan Más Salud con equipos multidisciplinarios que brindan atención y dan capacitación durante casi dos semanas en las regiones con mayores brechas de especialistas.

“Más Salud llega a las regiones con brigadas médicas especializadas clínicas y quirúrgicas, además de equipamiento móvil de alta tecnología e insumos y medicamentos complementarios para garantizar durante 15 días la atención continua a la demanda acumulada de la atención en salud”, explicó el titular del Ministerio de Salud.

#### **Inversión del sector**

Finalmente, el estudio de la OIT hace mención a la creación del Programa Nacional de Inversión en Salud.

Sobre el particular, el ministro de Salud dijo lo siguiente: “Gracias a la reforma se instaló una forma de planificar servicios de salud multianual, y lo que hemos ido haciendo es establecer la brecha de servicios de salud. Esta programación ha permitido realizar una inversión de más de 8,400 millones de soles en este periodo de gobierno”.

Agregó que hasta el momento han sido puestos en operación 130 establecimientos de salud. Este 2016 serán terminados de construir otros 51, y 108 adicionales serán dejados para que sean ejecutados en las próximas gestiones.

## **Minsa aprobará política de acceso a medicamentos biotecnológicos para tratamiento del cáncer, artritis y otras enfermedades crónicas**

### **Velando por el acceso de la población vulnerable a la salud**

**04 de marzo del 2016**

La misma promoverá el ingreso al mercado de medicamentos biológicos a menor costo, seguros y eficaces, así como el fomento de investigación clínica y su producción nacional.

El ministro de Salud, Aníbal Velásquez Valdivia, sostuvo que la política de acceso a medicamentos biológicos permitirá a la población en general acceder a los productos biotecnológicos, a un menor costo, seguros y eficaces.

Agregó que con dicho lineamiento el Ministerio de Salud (Minsa) velará por el acceso de la población vulnerable a la salud, debido a que los medicamentos biotecnológicos son productos nuevos, que están teniendo un impacto



importante en el mundo en el cáncer, artritis y otras enfermedades crónicas y que por ser innovadores tienen precios altos.

Por este motivo, el titular del portafolio encargó a los equipos técnicos del Ministerio de Salud (Minsa) y al Consejo Nacional de Salud, la elaboración de los Lineamientos de Política de Acceso a Medicamentos Biológicos para que el país implemente acciones destinadas al mayor acceso de estos productos en beneficio de la población vulnerable.



Estos Lineamientos de Política han sido pre publicados con la RM 079-2016/MINSA para recibir aportes del público, sociedad civil, colegios profesionales, productores de medicamentos e instituciones académicas.

La política promoverá el ingreso al mercado de medicamentos biológicos a menor costo, seguros y eficaces, así como el fomento de investigación clínica y su producción nacional.

Agregó que como parte de la implementación de esta política se han publicado recientemente los reglamentos que regulan la inscripción y reinscripción de productos biotecnológicos y biosimilares.

Con las mencionadas normas se permite el ingreso al mercado nacional de estos medicamentos con garantías de calidad, seguridad y eficacia. Al ingreso de más productos biológicos se promoverá la competencia que redundará en la reducción de los precios.

En particular la vigencia del reglamento de inscripción y reinscripción de biosimilares ha permitido que productos que tenían impedimento de registro por medidas cautelares ahora puedan hacerlo y presentarse a las licitaciones de ESSALUD y el Minsa, reduciendo notablemente los precios de los medicamentos biológicos en beneficio de las personas que padecen cáncer y artritis.

### ¿Qué son los medicamentos biológicos?

“La industria farmacéutica en el mundo ha comenzado a producir nuevos medicamentos que están teniendo impacto en el cáncer y enfermedades crónicas, estos productos son sintetizados de manera biológica”, detalló Velásquez Valdivia.

Los productos biológicos tienen una producción biotecnológica que utiliza seres vivos, pueden ser células o bacterias. Estas se convierten en fábricas biológicas para producir estos medicamentos que son proteínas para el tratamiento del cáncer y enfermedades crónicas.

“En la medida que se van liberando las patentes de los biotecnológicos o innovadores se pueden hacer copias del medicamento, a los que se denominan biosimilares. Estos productos son más baratos, es por ello que se fomenta el ingreso de estos productos”, explicó.



Si bien una de las tareas a corto plazo es adaptar las políticas para tener acceso a estos medicamentos, el Perú se está preparando para producir los medicamentos biológicos y bajar los costos de los mismos. Este año el Instituto Nacional de Salud comenzará a producir el primer medicamento biológico. Este Instituto actualmente produce vacunas antirrábicas y sueros antivenenos de serpientes y arañas.

## Ministro de Salud destacó al SIS como la aseguradora más grande del país

**Más de 16 millones de afiliados al SIS reciben tratamiento integral bajo la visión de que la salud no es un gasto sino una inversión.**

03 de febrero del 2016



El ministro de Salud, Aníbal Velásquez Valdivia, destacó que el Seguro Integral de Salud (SIS) en este momento constituye la aseguradora más grande del país, no solo por sus 16 millones de afiliados, sino porque está otorgando un derecho exigido desde hace muchos años: tener una cobertura universal de salud.

“Un gran hito es que ahora todo recién nacido en el Perú cuenta con un seguro de salud. Si no tiene EsSalud, un seguro privado o de

cualquier tipo, automáticamente es afiliado al Seguro Integral de Salud, sin importar su condición socioeconómica”, afirmó el titular del sector durante la ceremonia por el 14 aniversario del SIS.

Otro gran logro –realizado en este gobierno– fue cambiar el concepto tradicional de la focalización (pobreza y extrema pobreza) y considerar adicionalmente a la población vulnerable. Esto permitió incluir a personas que viven en zonas alejadas o rurales, comunidades nativas o población escolar. Actualmente hay 3 millones de escolares del ámbito de Qali Warma.

Además, el SIS con la Reforma también amplió su paquete de beneficios, cubriendo ahora hasta enfermedades de alto costo como el cáncer. En ese sentido, el seguro ha trabajado bajo la visión de que la salud no es un gasto sino una inversión; porque la ausencia de una atención –cuando se necesita– puede generar en la sociedad problemas laborales, baja productividad e impedir su desarrollo económico.



Por esa razón, el SIS en este gobierno subió su presupuesto de S/500 a S/1,700 millones, mejorando así también sus procedimientos de gestión. Esto se nota en la última encuesta de nivel de aceptación donde más del 95% de afiliados reconoció que el seguro los protege y que lo recomendarían a otras personas.

“El SIS es el brazo financiero para modular la política de salud pública en el país por lo que debería tener más capacidad para manejar sus recursos de manera autónoma y flexible. Esto debe ser tomado por los candidatos a la presidencia para que continúen con este aumento de recursos y se comprometan a un incremento anual”, finalizó.

## Minsa busca un sistema de salud más equitativo, eficiente y eficaz para todos

### Ceremonia de entrega de la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU

17 de enero del 2016



El viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud, Pedro Grillo, consideró necesario continuar fortaleciendo el desarrollo de competencias e innovaciones en tecnologías sanitarias que puedan ser solventadas y financiadas por el Estado, con el objetivo de lograr un sistema de salud más equitativo, eficiente, eficaz y centrado en la persona.



Así lo dio a conocer durante su participación en el acto protocolar de entrega de la Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue (ORAS–CONHU), evento que permitirá reforzar el trabajo coordinado entre los países miembros (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), con la finalidad de lograr un mejor sistema de salud para la población.

"El ideal de creación del ORAS-CONHU se ha ido desarrollando y evolucionando en todas las gestiones hasta la actual, pero es necesario incidir en seguir desarrollando competencias en tecnologías sanitarias para alcanzar un sistema universal de salud", agregó el viceministro del Minsa.

El acto contó con la presencia del Embajador de Bolivia en el Perú, Gustavo Rodríguez Ostría; el Director General encargado de la Secretaría General de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), César Montaña Huerta; la Secretaria Ejecutiva (entrante) del ORAS-CONHU, Nila Heredia Miranda, y la Secretaria Ejecutiva (saliente) del ORAS-CONHU, Caroline Chang Campos.

Además, entre los invitados especiales estuvieron el representante de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud en el Perú, Raúl González, y la Presidenta Ejecutiva de EsSalud, Virginia Baffigo.

#### ORAS-CONHU

Desde su origen en 1971, el ORAS-CONHU es un organismo de integración subregional, perteneciente al Sistema Andino de Integración, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual y colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

## PRONIS agilizará inversiones públicas en salud desde el 2016

**Ahora se trabaja con los gobiernos locales y regionales de manera concertada para viabilizar inversiones en salud, destacó viceministro Pedro Grillo Rojas**

26 de noviembre del 2015

"A partir de enero del 2016, el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS) agilizará las inversiones públicas en salud, toda vez que ejecutará y supervisará –en todo el país– los estudios de preinversión y los proyectos de inversión en salud", anunció hoy el viceministro de Aseguramiento y Prestaciones en Salud, Pedro Grillo Rojas, durante la inauguración del I Encuentro Nacional del Comité Regional Intergubernamental de Inversiones en Salud (CRIIS).

Ante la presencia de 18 gobernadores regionales y sus respectivos equipos técnicos de salud, Grillo Rojas afirmó que el PRONIS ha sido creado en el marco de la Reforma de Salud, como instancia especializada para concretar la modernización de la gestión de las inversiones, al tiempo de sostener que se trata de cerrar las brechas en infraestructura y oferta de servicios para obtener las mejoras sanitarias, en cumplimiento de los lineamientos de la política nacional y sectorial.





“Uno de los logros de los CRIIS es que se planea mejor la oferta y la demanda en las redes de salud de cada región. La idea es tener un Perú organizado en redes de atención primaria en salud”, afirmó el viceministro de Aseguramiento y Prestaciones en Salud.



Agregó que ahora, en este tipo de reuniones, se trabaja un planeamiento de inversiones concertado, tanto con los gobiernos locales como regionales, donde finalmente se desarrollan planes multianuales de salud para darle sostenibilidad a las inversiones.

Por su parte, el gobernador regional de Lima, Nelson Chui, pidió aunar esfuerzos a todas las regiones para seguir fortaleciendo las inversiones en salud y aprovechó para resaltar el trabajo del Seguro Integral de Salud.

A su vez, Arturo Granados, secretario de Descentralización del Ministerio de Salud, destacó a los CRIIS como espacios de concertación entre los diferentes niveles de gobierno que han permitido definir las prioridades de inversión pública en salud con visión estratégica.

#### **Reconocimiento a buenas prácticas de inversión pública en salud**

Como cierre del encuentro, el ministro de Salud, Aníbal Velásquez, realizó el reconocimiento –a través de sendas resoluciones ministeriales– a los gobiernos regionales de Huancavelica, Arequipa y Lima, por presentar buenas prácticas en gestión de inversión pública en salud, iniciativa de la Comisión Regional Intergubernamental de Salud (CRIIS).

El ministro Velásquez aprovechó la oportunidad para invocar a los comités regionales de salud a darle sostenibilidad a las programaciones multianuales para identificar los establecimientos de salud priorizados, que actualmente suman 170 a nivel nacional.



---

[www.orasconhu.org](http://www.orasconhu.org)