



# NOTICIAS DE SALUD Y ECONOMÍA



NÚMERO 7

JUNIO 2017



Los días 02 y 03 de marzo de 2017, en la ciudad de Lima, Perú, se llevó a cabo el VII Foro Andino de Salud y Economía, cuyo tema central fue “Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región”, y la reunión anual presencial del Comité Andino de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU). En esta jornada también se realizó la I Reunión Conjunta entre CASE y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, espacio generado para revisar propuestas de trabajo conjunto entre ambas comisiones. **(Págs. 9 y 34)**



## ECUADOR, TALLER DE LA METODOLOGÍA PARA GESTIÓN PRODUCTIVA EN SALUD

En el taller desarrollado en Washington DC, del 23 al 26 de mayo de 2017, se intercambiaron criterios respecto al proceso de la implementación de la herramienta PERC de la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPS) diseñada por la OPS. **(Pág. 26)**

## COLOMBIA, CONTROL DE PRECIOS A 148 MEDICAMENTOS

148 medicamentos, que eran monopolio en el mercado, serán sometidos a control directo de precios. Esta nueva regulación, que reduce el costo en 36 % en promedio, generará ahorros al sistema de salud Colombiano del orden de los 300.000 millones de pesos cada año, y aumentará a 978 el número de medicamentos bajo control de precios en el país. **(Pág. 12)**



## DELEGACIÓN OCDE VISITÓ CHILE

Entre el 2 y 5 de mayo de 2017, una delegación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) visitaron el Ministerio de Salud de Chile para recopilar información para la Public Health Review, con el fin de evaluar las capacidades de salud pública del país. **(Págs. 5 y 6)**

# Contenido:

## CHILE <sup>1</sup>

❖ SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SE REÚNE CON DECANOS DE ECONOMÍA .....	Pág. 1
❖ VISITA A CENTROS DE INVESTIGACIÓN EN LONDRES. CULMINACIÓN DEL PROYECTO NEWTON-PICARTE .....	Pág. 3
❖ INTENSAS JORNADAS DE TRABAJO DE DELEGACIÓN OCDE QUE VISITÓ CHILE .....	Pág. 5
❖ VISITA AL DEPARTAMENTO DE SALUD GLOBAL DEL CENTRO GLOBAL DE SALUD Y DESARROLLO DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE BOSTON .....	Pág. 7
❖ VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA, REUNIÓN ANUAL DE LA CASE Y I REUNIÓN CONJUNTA CON LA COMISIÓN TÉCNICA SUBREGIONAL PARA LA POLÍTICA DE ACCESO A MEDICAMENTOS.....	Pág. 9

## COLOMBIA <sup>2</sup>

❖ MINSALUD CONVOCA A AGREMIACIONES, ASOCIACIONES, GRUPOS O LIGAS DE PACIENTES .....	Pág. 11
❖ 148 MEDICAMENTOS, A CONTROL DE PRECIOS .....	Pág. 12
❖ SEMANA DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL A SEGURIDAD SOCIAL.....	Pág. 13
❖ NUEVO MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN (MIAS) FUE PRESENTADO EN OTTAWA.....	Pág. 14
❖ DECLARATORIA DE INTERÉS PÚBLICO DE IMATINIB SE MANTIENE EN FIRME .....	Pág. 16
❖ LEY ESTATUTARIA DE SALUD: LA IMPLEMENTACIÓN.....	Pág. 17
❖ MINSALUD EXPIDE CIRCULAR SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS .....	Pág. 21
❖ MINSALUD ASIGNÓ \$ 63.000 MILLONES PARA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN 2016.....	Pág. 22
❖ IMPUESTO AL CIGARRILLO EVITARÁ 2.300 MUERTES AL AÑO.....	Pág. 24

## ECUADOR <sup>3</sup>

❖ METODOLOGÍA PARA MEJORAR LA GESTIÓN PRODUCTIVA EN SALUD .....	Pág. 26
❖ PREFERENCIAS SOCIALES DE SALUD EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA.....	Pág. 27

## PERÚ <sup>4</sup>

❖ MINSA HACE UN LLAMADO PARA ELIMINAR LA PUBLICIDAD DEL TABACO.....	Pág. 29
❖ MINSA: APRUEBAN BONO DE SALUD PÚBLICA .....	Pág. 32
❖ EFICIENCIA EN EL GASTO EN SALUD: TEMA CENTRAL DEL VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA .....	Pág. 34
❖ MINISTRA GARCÍA: “QUEREMOS SUMAR ESFUERZOS PARA LUCHAR CONTRA LA POBREZA CON ENFOQUE DE SALUD”.....	Pág. 38
❖ MINISTRA GARCÍA: “NECESITAMOS QUE LOS EMPRESARIOS VENDAN MEDICAMENTOS AL ESTADO A PRECIOS COMPETITIVOS” .....	Pág. 40
❖ MINISTRA GARCÍA: “EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL ES UNA POLÍTICA DE ESTADO” .....	Pág. 41



### Noticias de Salud y Economía

PAISES DEL COMITÉ ANDINO 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  
Junio 2017



# Chile

31 de mayo de 2017

## Subsecretaría de Salud Pública se reúne con Decanos de Economía



El martes 16 de mayo el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Barrows, se reunió en un desayuno con Decanos de diversas facultades de Ingeniería Comercial, con el fin de fomentar la investigación y la formación de economistas en materias de Economía de la Salud, explorando la posibilidad de crear una agenda de trabajo colaborativa entre el Ministerio de Salud y el mundo académico.

La jornada contó con la participación, por parte del MINSAL, del Dr. Cristian Herrera, Jefe de la División de Planificación Sanitaria, y Lucy Kuhn, Jefa del Departamento de Economía de la Salud, la cual expuso a los Decanos sobre la relevancia y utilidad de las ciencias económicas para apoyar las políticas públicas en salud.

De las Universidades asistieron el Sr. Máximo Aguilera de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); Sr. Diego del Barrio profesor de la Escuela de Administración Pública de la Universidad de Valparaíso; Sr. Cristian Echeverría Director del Centro de Estudios en Economía y Negocios de la Universidad del Desarrollo; Sr. Claudio Lucarelli Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de los Andes; Sra. Catalina Maluk Decana de la



Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y el Sr. Andrés Silva Investigador ambos de la Universidad Central; Sr. Patricio Sánchez Director de la Escuela de Ingeniería Comercial de la Universidad de Talca; y Sr. Mikel Uriarte Decano de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad San Sebastián.





31 de mayo de 2017

## Visita a centros de Investigación en Londres. Culminación del Proyecto Newton-Picarte

---



Como parte final del proyecto de investigación Newton-Picarte, se realizó una visita a distintos centros de investigación de excelencia en Londres, con el objetivo de fortalecer las capacidades institucionales y establecer futuras colaboraciones en investigación en el ámbito de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). La visita se llevó a cabo los días 27, 28 y 29 de marzo del 2017 y contó con la participación de los profesionales Catherine de la Puente, Sergio Poblete y Victoria Hurtado, pertenecientes al Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia.

En esta ocasión los centros visitados fueron: *The Evidence for Policy and Practice information and Coordinating Centre (EPPI-Centre)* de la *University College of London*, el *Centre for Statistical Methods* de la *London School of Hygiene Tropical Medicine (LSHTM)* y *St Mary's Hospital* de la *Universidad Imperial College*. Los temas que se trataron con los centros de investigación fueron principalmente sobre las metodologías de investigación en evaluaciones económicas y la generación de evidencia para la toma de decisiones en salud.

En específico, con EPPI-Centre se discutieron temas de interés común sobre las revisiones de evaluaciones económicas, revisiones de evidencia del impacto de políticas públicas y el uso de un software desarrollado por ellos para elaborar revisiones sistemáticas de literatura.



En cuanto a LSHTM, se plantearon dudas específicas respecto a la evaluación económica de las unidades de ataque cerebro vascular, aprovechando su experiencia en la realización de este tipo de estudios. Lo anterior, es un insumo directo para el proyecto que actualmente se encuentra desarrollando nuestro departamento para medir la costo-efectividad de este tipo de unidades. También se discutieron temas metodológicos sobre la construcción de modelos matemáticos dinámicos en el contexto de evaluaciones económicas de enfermedades infecciosas.

Finalmente, la visita a St mary's Hospital comprendió una discusión sobre la costo-efectividad de distintas opciones de tratamientos de cáncer en el Reino Unido y en otros países desarrollados. Al respecto, se puso énfasis en la necesidad de la medición del impacto sanitario de las distintas políticas de salud que se implementen.

Esta visita resultó relevante para establecer colaboraciones para futuras investigaciones a ser desarrolladas en el contexto de ETESA por nuestro departamento.



31 de mayo de 2017

## Intensas jornadas de trabajo de delegación OCDE que visitó Chile



Entre el martes 2 y el viernes 5 de mayo de 2017, una delegación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) compuesta por Michele Cecchini, Emily Hewlett e Ian Forde, profesionales de la División de Salud del organismo

internacional, visitaron el Ministerio de Salud con el objetivo de recopilar información para la Public Health Review, publicación que examinará las capacidades de la salud pública en el país y que será publicada el último trimestre de 2017. Esta es la primera Revisión de Salud Pública que realiza la OCDE, con miras a llevar a cabo una serie de Revisiones para los países miembros, comenzando con la situación en Chile.

El documento contendrá una revisión general de los programas y capacidades en salud pública en el país, tres capítulos que abordan las materias de obesidad, screening de cáncer y medicina genómica, respectivamente, y un capítulo de recomendaciones.

Estuvieron a cargo de la preparación del Programa de reuniones el Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), en colaboración con la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). La misión OCDE se reunió con la Ministra de Salud Dra. Carmen Castillo, el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows, la Jefa de la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Dra. Matilde Maddaleno, y con los jefes de División Doctores Cristian Herrera de DIPLAS; Dra. Elizabeth Lopez de DIPRECE; Dr. Tito Pizarro Jefe de DIPOL y Dr. Bernardo Martorell de la División de Atención Primaria. Asimismo, se sostuvo una reunión con Directores y representantes de algunos Servicios de Salud de la Región Metropolitana, Dra. Andrea Solís del Servicio de Salud Metropolitano



Oriente, Cecilia Rodríguez del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y Sebastián Urzúa del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Con el objetivo de ampliar las visiones acerca de la Salud Pública, los funcionarios OCDE entrevistaron también a la Dra. Jeanette Vega, Directora del Fondo Nacional de Salud (FONASA); al Sr. Pablo Venegas, Director de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST); al Sr. Gonzalo Simon, Gerente de Desarrollo de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional (Isapres); al Dr. Camilo Bass de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria; al Dr. Sebastian Peña de la Asociación Médicos sin Marca; al Presidente de la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (CONADECUS), Sr. Hernán Calderón; al Sr. Bernardino Fuentes de la Alianza de Agrupaciones de Pacientes y Presidente de la Fundación de enfermedad de Chron y colitis ulcerosa; al Dr. Luis Velozo Papez Secretario General del Colegio Médico de Chile; al Sr. Jean Jacques Duhart de la Cámara de innovación Farmacéutica; y representando al ámbito académico, el Dr. Ricardo Uauy y la Dra. Camila Corvalán, ambos Académicos de la Universidad Católica.

Finalmente, el interés también se enfocó en conocer la perspectiva de otros Ministerios, reuniéndose con representantes del Ministerio de Desarrollo Social, Sr. Juan Cristóbal Moreno, Jefe Departamento de Análisis de la Realidad Social de la División Observatorio Social; del Ministerio de Agricultura, Sr. Teodoro Rivas, Subdirector de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA); Sr. Fernando Concha, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) del Ministerio de Educación, y Srta. Carla Castillo, profesional de la Coordinación de Políticas Sociales del Ministerio de Hacienda.





31 de mayo de 2017

## Visita al Departamento de Salud global del Centro global de Salud y Desarrollo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston

Los días 25 y 26 de abril la Jefa del Departamento de Economía de la Salud, Lucy Kuhn, y un profesional del Departamento de Políticas Farmacéuticas, QF Jorge Cárdenas, asistieron a una jornada de análisis en el WHO Collaborating Center for Pharmaceutical Policy, del Center for Global Health & Development de la Boston University School of Public Health.



El objetivo de la reunión fue discutir junto a los expertos y académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, Veronika J. Wirtz y Warren Kaplan, los resultados preliminares de la investigación que analiza la implementación de la política de intercambiabilidad y bioequivalencia de



medicamentos en Chile, con la finalidad de explorar y discutir las mejores opciones metodológicas para los análisis en desarrollo.

La investigación se enmarca en el contexto del Programa regional IPIER (Improving Program Implementation through Embedded Research), liderado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la DIPLAS y el Departamento de Políticas Farmacéuticas de DIPOL.

La motivación del estudio se vincula con el objetivo ministerial de mejorar la eficiencia en el gasto público y de bolsillo en medicamentos, para lo cual, entre otras medidas, Chile ha implementado una política de intercambiabilidad basada en la exigencia de Bioequivalencia (BE), la que establece un estándar para demostrar similar efecto terapéutico entre dos o más fármacos, de manera de incentivar una mayor competencia en el mercado. Dado que se sospecha que el efecto generado sobre el mercado de medicamentos no ha sido el inicialmente esperado, sino que se habría observado reducción en la oferta de medicamentos disponible y elevación de los precios de los productos, es que esta investigación busca evaluar cuantitativamente el impacto de la política en las variaciones de volúmenes de venta y precios, así como desarrollar un análisis cualitativo sobre la percepción de la implementación de la política por parte de actores de interés y hacedores de política pública.



10 de Marzo de 2017

## VII Foro Andino de Salud y Economía, reunión anual de la CASE y I reunión conjunta con la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos



Los días 02 y 03 de marzo de 2017, en la ciudad de Lima, Perú, se llevó a cabo el VII Foro Andino de Salud y Economía y la reunión anual presencial de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU). En esta jornada también se realizó la I Reunión Conjunta entre la CASE y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, espacio generado para revisar propuestas de trabajo conjunto entre ambas comisiones.

El tema central del foro andino fue “Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región”, donde se presentaron temas de financiamiento de los sistemas de salud y eficiencia para la salud universal en la región, impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, acceso a medicamentos y propiedad intelectual. En este contexto, cada país de la comunidad andina presentó sus experiencias locales sobre financiamiento y gasto en medicamentos como tema central.



En el caso de la reunión anual presencial de la CASE, se revisaron los avances y metas del Plan Operativo Anual (POA 2017), y como hito relevante, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela fue elegido por consenso de todos los países andinos para presidir la CASE por el periodo 2017-2018.

Finalmente, en la I reunión conjunta entre la CASE y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, se definieron algunas líneas de trabajo conjunto, relacionadas principalmente con la medición del gasto de bolsillo en medicamentos, mecanismos de regulación de precios de medicamentos, adopción de guías de patentabilidad de productos farmacéuticos para promover el acceso a medicamentos, entre las principales.

Como representante del Ministerio de Salud participaron la profesional del Departamento de Economía de la Salud, Andrea Arenas Gómez, quien presentó sobre financiamiento del sistema de salud chileno, y el asesor QF. Jorge Cárdenas Rojas del Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y de Medicinas Complementarias, quien presentó sobre el impacto del gasto en medicamentos en el gasto en salud en Chile.

El evento contó con la participación de los delegados de la CASE y delegados de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos de los países andinos de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, además de invitados del Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales.



# Colombia

5 de junio de 2017

## Minsalud convoca a agremiaciones, asociaciones, grupos o ligas de pacientes



*El propósito del llamado es para que puedan participar en el desarrollo de la tercera fase del procedimiento técnico-científico sobre exclusiones.*

Un llamado a las asociaciones, ligas grupos o agrupaciones de pacientes para que participen en la tercera fase del procedimiento técnico-científico de exclusiones o mecanismo de participación ciudadana hace el Ministerio de Salud y Protección Social.

La tercera fase es denominada Consulta a pacientes potencialmente afectados y a la ciudadanía, la cual tiene como objetivo conocer la opinión de las asociaciones de pacientes interesadas en las tecnologías nominadas para posible exclusión; las mismas pueden participar en eventos presenciales, virtuales, o directamente con la población afectada, según lo contempla la Resolución 330 de 2017.

Si su asociación desea hacer parte de este proceso de consulta de alguna o varias de las tecnologías que se listan más adelante, debe inscribirla en el Registro de Participación Ciudadana, al que podrán acceder en el enlace. Durante la inscripción deben ingresar los datos para poder ser informados oportunamente de las fechas de las consultas.



5 de junio de 2017

## 148 medicamentos, a control de precios



*La nueva regulación generará ahorros de unos \$ 308.000 millones al año.*

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos publicó para comentarios una lista de 148 medicamentos que serán sometidos a control directo de precios. Esta nueva regulación, que reduce el costo en 36 % en promedio, generará ahorros al sistema de salud del orden de los 300.000 millones de pesos cada año, y aumentará a 978 el número de medicamentos bajo control de precios en el país.

Casi todos los medicamentos de la nueva lista son monopolísticos en el mercado. Entre ellos se incluyen moléculas para tratar el dolor, el cáncer, el hiperparatiroidismo, la endocarditis, la osteomielitis, la meningitis causada por hongos, la enfermedad de Gaucher, la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, la esclerosis múltiple y la anemia asociada a insuficiencia renal crónica.

El borrador de circular que regula el precio de los 148 medicamentos está publicado en la página web del Ministerio de Salud. El plazo para comentarios vence el próximo 20 de junio.

La lista fue elaborada a partir de un riguroso análisis que comenzó en enero de este año. El proceso incluyó la evaluación de los precios de las nuevas moléculas que ingresaron al mercado colombiano entre 2007 y 2017 –y que por su reciente ingreso eventualmente no estaban bajo control– y la actualización de los precios máximos establecidos durante los años 2013 y 2014.



Además del precio fijado a los medicamentos, 12 mercados relevantes –todos ellos con alto nivel de competencia– pasarán a régimen de libertad vigilada. Esto significa que, si bien no tendrán control directo, deberán seguir reportando el precio de venta en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed) con el fin de evitar abusos.

27 de abril de 2017

## Semana de la Cultura de la Seguridad Social



En el marco de la conmemoración de la Semana de la Seguridad Social, la Viceministra de Protección Social, Carmen Eugenia Dávila Guerreo, conversó con Secretarios Departamentales de Salud y diferentes actores del Sistema, sobre el adecuado uso de los recursos, la solidaridad y el autocuidado en la salud.

“La vaca, símbolo de la solidaridad rescata uno de los principios fundamentales como es el cuidado de los recursos de la salud ya que estos son limitados” dijo la Viceministra quien junto con su equipo de trabajo atendió y resolvió dudas a los asistentes.

Aunque Ley 1502 de 2011 establece que en la última semana del mes de abril se conmemore la semana de la Seguridad Social, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza durante todo el año videoconferencias y visitas a los diferentes departamentos para la apropiación de la Cultura de la



Seguridad Social; como resultado de este trabajo está la materialización del decreto 2353 de 2105, que actualiza las reglas de afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y crea el Sistema de Atención Transaccional.

Además, define los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

18 de abril de 2017

## Nuevo modelo integral de atención (MIAS) fue presentado en Ottawa



*Expertos de enfermedades no transmisibles de las Américas recibieron con aceptación el #MIAS.*

Con la presencia de 31 países de la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta (EEUU) y los centros colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia presentó el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (#MIAS).

La presentación fue hecha en el marco de la reunión de expertos de la red CARMEN realizada en Ottawa (Canadá), la cual congregó a los coordinadores de programas de enfermedades no transmisibles de los ministerios de salud de las Américas y coordinada por la OPS.





El subdirector de enfermedades no transmisibles del Ministerio, José Fernando Valderrama Vergara, representó a Colombia en la discusión sobre los desafíos, los planes y políticas públicas para la prevención de enfermedades no transmisibles. “Los representantes de los estados, la OPS/OMS y los centros colaboradores coincidimos en que el principal desafío mundial es la reducción de las enfermedades crónicas, de su impacto en la mortalidad prematura y de la necesidad de frenar su incidencia”, indicó.

Así mismo informó que los países destacaron que Colombia tuviese como política pública una megameta por parte de este Gobierno para la reducción de la mortalidad prematura como consecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

“Expusimos la Política de Atención Integral en Salud y el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud y fue recibido con gran aceptación por el auditorio porque lleva explícito el abordaje integral en cuyo centro está el individuo, su familia y la comunidad, así como el desarrollo de proyectos que enfrentan las enfermedades crónicas no transmisibles”, destacó.

Explicó que Colombia y Barbados son los únicos países que hacen parte de la iniciativa Global Hearts de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se adelanta un proyecto para el manejo estandarizado de la hipertensión en Cali a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) del Grupo de Riesgo Cardiovascular.

“Asumimos la responsabilidad de compartir las lecciones tras la implementación del #MIAS en lo referente a las enfermedades no transmisibles, que al país le cuestan abordarlas, anualmente, con cifras cercanas a los 24 billones de pesos”, concluyó.

### **Sobre la red Carmen**

Los integrantes de esta red comparten el objetivo de reducir la carga de enfermedad de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus respectivos factores de riesgo. Esto se logra a través del desarrollo, implementación y evaluación de políticas, la movilización social, las intervenciones en la comunidad, la vigilancia epidemiológica y los servicios preventivos de atención de salud.



7 de abril de 2017

## Declaratoria de interés público de imatinib se mantiene en firme



*MinSalud desmiente que el Gobierno haya considerado revocar la medida.*

La resolución que declaró la existencia de razones de interés público frente al medicamento imatinib (Glivec, por su nombre comercial) se mantiene en firme y no será revocada, informó el Ministerio de Salud y Protección Social en respuesta a una carta suscrita por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (Afidro) en la que se insinúa que el Gobierno estaría contemplando la posibilidad de revertir la medida.

En el mismo sentido, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) tampoco ha considerado revocar la Circular 03 de 2016, que estableció una metodología para regular precios de medicamentos en situaciones excepcionales en las que se haya declarado el interés público.

El pronunciamiento de la cartera de Salud se produce a raíz de las expresiones utilizadas de manera ambigua por Afidro en la misiva, según las cuales, tras una reunión sostenida el pasado 25 de enero en la Secretaría General de la Presidencia de la República, el Gobierno se comprometió a no volver a adoptar medidas como las anteriores y, a modo de “corrección” o “rectificación”, revocaría la Resolución 2475 (declaratoria de interés público) y la Circular 03.



En contra de lo sugerido por el gremio de las farmacéuticas de investigación y desarrollo, las dos decisiones adoptadas por el Gobierno se mantienen en firme: tanto la resolución que declara el interés público y solicita a la CNPMDM fijar un nuevo precio para Glivec, como la circular que establece la metodología para la fijar precios cuando se haya declarado el interés público.

17 de febrero de 2017

## Ley Estatutaria de Salud: la implementación



*Al cumplirse dos años de la Ley Estatutaria de Salud (LES), el Ministerio de Salud y Protección social destaca los avances más significativos.*

El 16 de febrero de 2015, el presidente de la República, Juan Manuel Santos, firmó la Ley Estatutaria 1751, mejor conocida como Ley Estatutaria de Salud (LES). Era la primera vez desde la Constitución de 1991 que se reglamentaba un derecho fundamental, en este caso a la salud.

La LES recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Buena parte de los aspectos que regula ya estaban escritos —por ejemplo, el control de precios de medicamentos— aunque se encontraban dispersos en leyes, decretos, resoluciones o sentencias. En otras palabras, no partió desde cero, sino que consolidó y fortaleció derechos, deberes y mecanismos ya existentes para la protección de la salud de los colombianos.



Dividida en cuatro capítulos, la LES abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Más allá de los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regula el ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones, como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

La implementación ha sido una de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos dos años. Debido a la amplitud de los temas de que trata, ponerla en marcha ha demandado esfuerzos en distintos niveles, que van desde la introducción de herramientas novedosas hasta el seguimiento a procesos anteriores a su expedición; desde cambios de fondo hasta simples ajustes normativos.

**Estos son los cinco aspectos más relevantes de la implementación de la LES.**

### **1. Adiós CTC, bienvenido Mipres**

La eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) fue la respuesta que dio el Ministerio de Salud y Protección Social a varios artículos de la LES, pero especialmente a tres que son interdependientes: el 8, que ordena proveer servicios de manera completa; el 17, que garantiza la autonomía profesional, y el 15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó en agosto de 2016 y terminará en febrero de 2017– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el Plan de Beneficios, antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS). Su eliminación fortalece la autonomía médica –pues la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia–, y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo Mipres permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016. A la fecha se han beneficiado 49.950 pacientes gracias a las 60.940 prescripciones realizadas a través del aplicativo.



## 2. Recursos públicos no pagarán tratamientos sin evidencia

Aunque la LES garantizó a los colombianos la prestación de servicios de manera completa e integral, ordenó al Ministerio de Salud adoptar un procedimiento técnico-científico para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por seis posibles motivos: que fueran cosméticos, estuvieran en fase de experimentación, no tuvieran eficacia ni efectividad clínica, no estuvieran aprobados por el Invima o se prestaran en el exterior.

En cumplimiento de lo ordenado por el Congreso, la cartera de Salud llevó a cabo una decena de talleres y elaboró el mecanismo con la participación de pacientes usuarios y comunidad médica. El mecanismo consta de cuatro fases, goza de total transparencia e involucra a todos los actores del sistema de salud

## 3. Menos barreras para la afiliación

Una estrategia para facilitar, entre otros aspectos, la accesibilidad al sistema de salud (artículo 6, numeral c) consistió en la actualización de la reglamentación relacionada con los procesos de afiliación y acreditación de derechos de los afiliados.

El Decreto 2353 de 2015, además de unificar y actualizar las reglas de afiliación al sistema de salud, reduce trámites y procesos para los ciudadanos y crea el Sistema de Afiliación Transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de afiliados.

Este mecanismo elimina cualquier barrera de acceso a los servicios originada en la actualización de bases de datos, y servirá como un único comprobador de derechos de los afiliados. El sistema está en sus primeras fases de implementación. La meta es lograr la consolidación plena y la sensibilización de la población durante el presente año.

## 4. Sanciones por negación de servicios

El artículo 14 de la LES prohibió la negación de prestación de servicios y estableció que, cuando se trate de una atención de urgencia, no debe solicitarse ninguna autorización previa. Prácticas de esta índole –y, en términos generales, las barreras de acceso– han sido fuertemente sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con mayor énfasis desde la expedición de la LES.



uestra de ello es que mientras en 2014 la Supersalud impuso sanciones por 15.500 millones de pesos, en 2015, tras la entrada en vigencia de la LES, estas multas ascendieron a 71.200 millones, y en 2016, a 75.800 millones. Específicamente por fallas en la prestación de servicios, las multas fueron de 7.100 millones en 2014, de 46.700 millones en 2015 y de 49.800 millones en 2016.

##### **5. Política Integral de Atención en Salud (PAIS)**

La Política Integral de Atención en Salud, presentada el 16 de febrero de 2016, fue una respuesta transversal a lo establecido en la LES, en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud.

Una docena de departamentos ya anunciaron su intención o están en proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se definió en la PAIS. Estos son Boyacá, San Andrés, Huila, Risaralda, Tolima, Vichada, Cauca, La Guajira, Guainía, Chocó, Antioquia y Bogotá, además de las Fuerzas Militares.



6 de febrero de 2017

## MinSalud expide circular sobre donación de órganos

**SITUACIÓN DE LOS TRASPLANTES EN COLOMBIA** #DéjaloConversado

**Donación**

En Colombia, durante el primer semestre de 2015 se presentaron **195** donantes reales, lo que representa un aumento de **14,5%** con respecto al primer semestre del 2014.

**¿Quién necesita un trasplante?**

Toda persona enferma que padezca de un daño irreversible de uno de sus órganos o tejidos y que no pueda curarse con otro tratamiento médico, siendo la única opción para evitar su muerte o para llevar una mejor calidad de vida.

*Los colombianos que no quieran ser donantes podrán informarlo a su EPS al momento de afiliarse, o enviar una expresión de voluntad notariada al INS.*

Ante la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2016, que convierte a todos los colombianos en donantes de órganos y tejidos a no ser que en vida manifiesten lo contrario, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió una circular que especifica los mecanismos para que los ciudadanos que no lo deseen puedan expresar su voluntad.

La circular, firmada 3 de febrero por el titular de la cartera de salud, Alejandro Gaviria, establece dos rutas posibles: la primera, hacer la declaración de voluntad ante notario público y enviarla al Instituto Nacional de Salud (INS) mediante correo físico o medio electrónico; y la segunda, expresar la negativa a ser donante al momento de afiliarse a una EPS. La entidad tendrá la obligación de allegar esta información al INS, que desde septiembre de 2016 tiene los mecanismos operativos para captar la voluntad anticipada de las personas.

Sin embargo, al momento del deceso del potencial donante se seguirá llevando a cabo la entrevista familiar. El propósito de esta no es solo brindar apoyo ante el duelo, sino indagar por los antecedentes de salud del fallecido a fin de tener la mayor certeza de que los órganos son aptos para trasplante (transfusiones, enfermedades, países a los que viajó recientemente, etc.).



La Ley 1805, que entra en vigor el 4 de febrero de 2017, fue elaborada con el fin de aumentar la disponibilidad de órganos y tejidos en el país. Actualmente, unos 2.600 colombianos están en lista de espera para trasplante – especialmente de riñón (2.437) e hígado (127) –, pero el promedio anual de donantes entre 2015 y 2016 fue de 420.

16 de enero de 2017

## MinSalud asignó \$ 63.000 millones para infraestructura y dotación en 2016



*La inversión se verá reflejada en 2017 en casi 200 proyectos de obras, equipos médicos, ambulancias y unidades odontológicas en 26 departamentos.*

Más de 63.000 millones de pesos asignó el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 para la ejecución de 196 proyectos de infraestructura hospitalaria y dotación en 26 departamentos. La mayor parte de estas inversiones se verá reflejada en 2017.

Los recursos fueron entregados a través de los programas de fortalecimiento del Ministerio, que tienen como objeto contribuir al mejor desempeño de los servicios prehospitalarios y hospitalarios del país. Estos programas se llevan a cabo para mejorar los componentes de dotación de equipos médicos, transporte, comunicaciones e infraestructura de la red hospitalaria pública.





Las mayores cuantías –más de 34.000 millones de pesos– fueron asignadas a 11 proyectos de infraestructura, que incluyen, entre otros, la construcción de nuevos hospitales en Circasia (Quindío), Turbaco (Bolívar) y Santander de Quilichao (Cauca).

El nuevo hospital del municipio caucano –ESE Francisco de Paula Santander– es una de las obras de mayor valor en el contexto del posconflicto. El Gobierno aportó más de 8.600 millones de pesos para su construcción, casi una cuarta parte del valor total. El hospital beneficiará a 400.000 habitantes del norte del Cauca y permitirá mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de mediana complejidad en una región que fue duramente azotada por el conflicto armado.

Por otra parte, más de 11.400 millones fueron destinados a 17 proyectos de dotación de equipos médicos. El Hospital Universitario Fernando Troconis (Santa Marta, Magdalena), la Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, el Hospital Emiro Quintero Cañizares (Ocaña, Norte de Santander) y la ESE Sor Teresa Adele (El Doncello, Caquetá) recibieron recursos por encima de los 1.000 millones cada uno.

El giro de estos recursos tendrá también un impacto significativo en la mejora del transporte asistencial de los hospitales del país. El Ministerio de Salud asignó más de 11.000 millones de pesos para cofinanciar 123 ambulancias en 106 municipios de 19 departamentos o distritos. Bolívar (25 ambulancias), Cesar (21), Antioquia (14), Santander (11) y Huila (10) son los departamentos con mayores asignaciones para estos vehículos. La inversión incluye tres ambulancias fluviales para Chocó (de un total de cuatro) y una marítima para Buenaventura.

En las asignaciones también se cuentan más de 5.600 millones de pesos para 33 unidades odontológicas –mayoritariamente para Risaralda (7), Valle del Cauca (6) y Santander (5)– y 1.000 millones para 11 proyectos de fortalecimiento de centros reguladores de urgencias, y adquisición de plantas eléctricas y vehículos extramurales, entre otros.

En 2016, los departamentos que más recursos recibieron fueron Quindío, Cauca y Bolívar, cada uno con asignaciones superiores a 8.000 millones de pesos. Sin embargo, a lo largo del gobierno de Juan Manuel Santos, 814 municipios del país se han beneficiado de las asignaciones del Ministerio de Salud.



2 de enero de 2017

## Impuesto al cigarrillo evitará 2.300 muertes al año



*Impuesto al cigarrillo traerá 500.000 millones de pesos adicionales al sector salud.*

El impuesto al cigarrillo aprobado en la reforma tributaria traerá unos 500.000 millones de pesos adicionales al sector salud y evitará unas 2.300 muertes a partir de 2018.

A ese monto se sumarán los 1,3 billones provenientes del medio punto del IVA, aprobado en la misma ley, que se destinarán para el aseguramiento en salud, particularmente para la ampliación de la cobertura en el Régimen Subsidiado y el pago por servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud en el Régimen Contributivo.

Con la reforma tributaria, el sector encuentra así dos vías para cerrar el déficit de 2 billones de pesos inicialmente calculado para 2017.

La ley establece que el impuesto al cigarrillo aumentará en dos momentos. Con la tarifa de 1.400 pesos para las cajetillas de 20 cigarrillos (o proporcional a su contenido) contemplada para 2017, el país recaudará cerca de 300.000 millones de pesos adicionales. En 2018, cuando la tarifa aumentará a 2.100 pesos, el recaudo será de 500.000 millones de pesos. A esos valores deben agregarse los 400.000 millones de pesos que se recaudan desde antes de la reforma.



Con la tarifa plena del impuesto, el precio promedio de la cajetilla de cigarrillos habrá aumentado de 2.800 a 4.200 pesos en 2018. Este aumento desincentivaré el consumo, lo que contribuirá a disminuir la proporción de fumadores en 2 por ciento (de 12,9 en la actualidad a 11,2 por ciento en 2018).

Si faltaran recursos para el cierre financiero del aseguramiento en salud, la ley prevé que la Nación, vía impuestos generales, cubrirá este faltante. En ningún caso se reducirán beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La reforma tributaria también mantuvo la exención del IVA para algunos medicamentos e insumos contenidos en el Plan de Beneficios en Salud.



# Ecuador

## Metodología para la gestión productiva en salud

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se encuentra implementando, desde el año 2015, en varios establecimientos de salud del país la herramienta PERC (producción, eficiencia, rendimiento y costos) diseñada por OPS (Organización Panamericana de la Salud), proceso liderado por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud (CGDES) y la Dirección Nacional de Economía de la Salud (DES).



Con este fin, se intercambiaron criterios entre los países de Ecuador, Chile, El Salvador, Colombia, Brasil, Panamá, Haití, en el taller desarrollado en Washington DC, del 23 al 26 de mayo de 2017, respecto al proceso de la implementación de la herramienta PERC de la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPS). El encuentro expuso la nueva versión de la herramienta PERC, aún no lanzada oficialmente, siendo el taller un espacio para validación con ejercicios prácticos de que mostró nuevos parámetros que facilitan la carga y análisis de la información. Se estima que la nueva versión se hará oficial el segundo semestre del año 2017.



Ecuador avanza en impulsar una cultura de generación de costos, siendo el principal desafío lograr la institucionalización del proceso en las diferentes instituciones del sistema de salud, fortaleciendo la capacidad de mejorar la gestión productiva de sus establecimientos de salud y de esta manera mejorar el manejo de los recursos existentes.

## Preferencias Sociales de Salud en la Población Ecuatoriana

Ecuador avanza en el proceso de obtener las valoraciones sociales de salud de su población. El país fue asesorado por un experto chileno, Dr. Víctor Zárate y su equipo, en la aplicación de la metodología desarrollada por EuroQol, con respecto a la aplicación del instrumento EQ-5D y el posterior el análisis de la información.



Se desarrollaron dos talleres para este fin:



### **TALLER 1 - Estudio ecuatoriano para valorar las preferencias sociales para derivar QALYS/AVACS usando EQ-5D**

En octubre de 2016 se capacitó al equipo encuestador y al equipo técnico del MSP en uso y aplicación de la herramienta EQ-5D para el levantamiento de información, así como en instrumentos como el Time Trade Off (TTO) y Escala de Salud.

Se abordaron aspectos generales, utilidades y experiencias internacionales sobre la metodología de EuroQol en la región. En los países de Latinoamérica que han desarrollado este tipo de estudios son: Chile, Brasil, Uruguay, Argentina, entre otros.

### **TALLER 2 – Capacitación para el manejo de la información y análisis de resultados**

En febrero de 2017, el equipo técnico del MSP analizó la información recabada en el trabajo de campo, y discutió aspectos técnicos y metodológicos para el manejo de información y posterior análisis y presentación de los resultados.

La estimación de QALYS (Quality Adjusted Life Year, por sus siglas en inglés) o AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad), se las obtiene a partir del uso y aplicación de las preferencias sociales de los estados de salud de la población. Estos indicadores son de extrema utilidad en las Evaluaciones Económicas en Salud, lo que permitiría contribuir técnicamente a la toma de decisiones por parte de la Autoridad Sanitaria en el corto, mediano y largo plazo; de tal manera permitirá una asignación más eficiente de los recursos.



# Perú

31 de mayo del 2017

## Minsa hace un llamado para eliminar la publicidad del tabaco

*En foro “El Tabaco: Una amenaza para el desarrollo” realizado en el Congreso de la República*



En el Día Mundial Sin Tabaco, el Ministerio de Salud (Minsa) hizo un llamado a la población y las fuerzas políticas sobre la importancia de eliminar la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en bodegas, supermercados y otros puntos de venta masivos. Esta actividad ligada al comercio obstaculiza las acciones como país para proteger a la población de los daños a la salud por el humo de tabaco.

Durante el foro “El Tabaco: Una amenaza para el desarrollo”, organizado por el Minsa, los especialistas de Promoción de la Salud y de Prevención y Control de Cáncer destacaron la necesidad que el Perú pueda cumplir con el compromiso del Convenio Marco de la Organización Mundial de la



Salud (OMS) para el Control de Tabaco, por lo que es necesario modificar la Ley N° 28705 (Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco).

Muchos de los estereotipos que empujan a las personas a inhalar el humo del tabaco son por los efectos de la publicidad de las compañías tabacaleras. Mayormente son adolescentes y jóvenes quienes siguen estos patrones de conducta que se promocionan libremente. Por ello, el Minsa se suma al esfuerzo de la OMS para eliminar la publicidad y la ampliación de los ambientes libres del humo de tabaco en espacios recreativos como parques, canchas deportivas, playas, entre otros.

La doctora María del Carmen Calle, directora de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Minsa, señaló que el tabaco sí es una amenaza para todos, porque agrava la pobreza, reduce la productividad económica, afecta negativamente a la elección de los alimentos que se consumen en los hogares y contamina el aire de interiores.

El evento realizado en el auditorio Alberto Andrade Carmona, del Congreso de la República, contó con la participación de las autoridades del Minsa, Organización Panamericana de la Salud (OPS), ministerios de Educación, Economía y Finanzas, del Interior, Trabajo, instituciones académicas y sociedad civil.





## Más de S/2500 millones anuales cuesta tratar enfermedades asociadas al tabaquismo

*Fumar daña la salud, su bolsillo y economía nacional*



El costo anual para tratar enfermedades relacionadas al tabaquismo es S/2535 millones, señala un artículo publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (Minsa).

La publicación señala que los impuestos al tabaco sólo cubren el

9,1% de dicho gasto y que las principales enfermedades relacionadas al consumo de tabaco como las cardíacas, los cánceres (principalmente de pulmón) y la pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son el 7,8% del gasto total en salud.

En nuestro país se le puede atribuir al tabaquismo un total anual de 16 719 muertes, 6926 diagnósticos de cáncer, 7936 accidentes cerebrovasculares y 7548 hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular.

De acuerdo al estudio, un incremento del 50% en el precio de los cigarrillos podría evitar 13 391 muertes, 6210 eventos cardiovasculares y 5361 nuevos cánceres en los próximos diez años, y representaría un beneficio económico de S/3145 millones por ahorro de costos sanitarios y aumento de la recaudación impositiva.

En el Perú, el cigarrillo tiene un precio bajo en relación a otros países de la región por lo que un aumento al impuesto al tabaco podría reportar importantes beneficios económicos y de salud.



21 de abril del 2017

## Minsa: Aprueban Bono de Salud Pública

*El estímulo está fijado en 1500 soles para el personal de salud*



**ECONOMIA Y FINANZAS**

**DECRETO SUPREMO N° 108-2017-EF**

**Fecha: 21/04/2017**

Aprueban monto criterios de aplicación y la progresividad para el otorgamiento de la Valorización Ajustada denominada Bonificación por Puesto en Servicios de Salud Pública a que se refiere el literal e) del numeral 8.2 del artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1153 y modificatorias y autoriza Transferencia de Partidas

Mediante Decreto Supremo, el Gobierno aprobó el monto mensual de la valorización ajustada denominada Bonificación por Puesto en Servicios de Salud Pública, en cumplimiento a la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud, estipulada en el Decreto Legislativo N° 1153. El estímulo está financiado por S/28 008 400.

Según la norma publicada hoy en el Diario Oficial El Peruano, el Bono de Salud Pública asciende a 1500 soles y será implementado en el primer semestre del 2018. Las instituciones de salud deberán implementar previamente el Registro Nacional del Personal de la Salud, a cargo del Ministerio de Salud (Minsa), así como determinar el listado nominal de beneficiarios, y acreditar la disponibilidad presupuestal correspondiente.



Entre los principales criterios para el otorgamiento del bono están que los profesionales de la salud deben encontrarse registrados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público y el Registro Nacional de Personal de la Salud.

También, que el personal no deberá estar ocupando un puesto realizando servicios de salud individual, no estar ocupando cargo de confianza o directivo por designación y no deberán percibir de manera simultánea alguna de las valorizaciones priorizadas, ni guardias hospitalarias, ni guardias comunitarias.

El bono está dirigido al personal de los establecimientos de salud del Minsa, Dirección y Gerencia Regional de Salud, Dirección de Salud de Lima Metropolitana, Dirección de Red de Salud, Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Armadas (Ejército Peruano, Marina de Guerra y Fuerza Aérea) y Policía Nacional, Subdirección de Salud Penitenciaria del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) e Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.



6 de marzo de 2017

## Eficiencia en el gasto en salud: tema central del VII Foro Andino de Salud y Economía

*Expertos de los Ministerios de Salud de la subregión andina se dieron cita en Lima para debatir sobre financiamiento del sistema de salud y el impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud.*

Artículo publicado originalmente por la Oficina de Comunicaciones del ORAS - CONHU <http://www.orasconhu.org/node/3069>



En la ciudad de Lima, el 2 de marzo se realizó en la sede de la Comunidad Andina, el VII Foro Andino de Salud y Economía, evento organizado por la Comisión Andina de Salud y Economía; la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, ambas comisiones del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue teniendo como anfitrión al Ministerio de Salud del Perú y con la colaboración de la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud teniendo como invitado especial al Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) de UNASUR .



Participaron los funcionarios responsables de las áreas de Planificación y Medicamentos de los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela así como funcionarios técnicos del ORAS – CONHU y de la OPS/OMS.



En el acto inaugural, la Dra. Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del ORAS – CONHU, destacó la importancia del foro en el intercambio de experiencias entre los países, a través de dos temas centrales: la eficiencia del gasto en salud y el complejo aspecto del significado y peso en las finanzas de los medicamentos. “La preocupación central de los países está en disminuir los costos en salud, racionalizar el uso de medicamentos y equipos mediante negociaciones y acuerdos conjuntos” acotó.

Además señaló que la universalización de la salud a través de sistemas garantes de este derecho, es la línea central del Plan Estratégico del ORAS – CONHU, aprobado por los ministros de salud de la subregión andina, y que resalta el aspecto del financiamiento de la salud como uno de los ejes más importantes del mismo.

A su turno, el Dr. Rubén Mayorga, Coordinador Subregional de Programa para América del Sur OPS/OMS, resaltó el trabajo conjunto entre el ORAS – CONHU y la OPS/OMS, reconociendo especialmente la iniciativa exitosa de combinar reuniones de diferentes comisiones, todo esto con el fin de promover sinergias en las respectivas agendas de trabajo. “Medicamentos es también un tema que tiene un impacto financiero sobre los sistemas de salud y en los últimos años el



incremento del precio de los medicamentos ha empezado a tener un impacto negativo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, son temas que tocaremos el día de hoy y mañana” puntualizó.

Este evento fue inaugurado por la Dra. Mirtha Trujillo Almandó, quién en

representación de la Ministra de Salud del Perú, saludó los 45 años de integración en salud del ORAS – CONHU. “Asistimos a un proceso de transformación, un mundo global, un mundo en el cual no hay barreras. Los países asistimos a un proceso de integración: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, en esta plataforma, pretendemos encontrar las alternativas de solución que garanticen temas de salud al alcance de nuestros ciudadanos, que garanticen acceso a salud universal, que garanticen acceso a medicamentos. Ese esfuerzo de compartir problemáticas, de compartir alcances que se vienen desarrollando en nuestros respectivos países, contribuirá a que formalmente se pueda plasmar en leyes que faciliten el acceso a la población a temas de salud” señaló.



El VII Foro Andino de Salud y Economía, se desarrolló a través de dos sesiones. La primera tuvo como inicio la conferencia “Financiamiento de los sistemas de salud y eficiencia para la salud universal en la región” a cargo del Dr. Camilo Cid, Consultor en Salud y Economía OPS/OMS WDC. Terminando



esta exposición, los Representantes de la Comisión Andina de Salud y Economía presentaron el modelo de Financiamiento del sistema de salud de sus respectivos países.

La sesión de la tarde, tuvo dos exposiciones; la primera “Impacto del gasto de medicamentos en el Gasto de salud” estuvo a cargo del Dr. Antonio Sarría Santamera, Director del Departamento de Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Salud, del Instituto de Salud Carlos III de España. La segunda exposición “Acceso a medicamentos y propiedad intelectual” la realizó el Dr. Germán Velásquez, Asesor Especial para la Salud y Desarrollo. South Centre – South Unity, South Progress de Suiza. Seguidamente, se desarrolló el segundo panel presentando los integrantes de la Comisión Técnica Subregión al para el acceso a medicamentos, el impacto del gasto de medicamentos en el Gasto de salud en los países de la subregión.

Después del Foro, se realizó la Reunión Conjunta entre las dos comisiones andinas, y el día viernes 3 de marzo, se realizaron las reuniones de cada comisión con importantes acuerdos, entre ellos el de compartir las metodologías para el cálculo del gasto total de medicamentos, tanto institucional como de bolsillo, a fin de disponer de un marco referencial para los estimativos de los países; promover el trabajo conjunto sobre mecanismos de regulación de precios de medicamentos; respaldar de forma conjunta la adopción de guías de patentabilidad de productos farmacéuticos para promover el acceso a medicamentos y finalmente fortalecer la funcionalidad del Observatorio Andino de Medicamentos para incluir información de economía de la salud como gasto en salud y medicamentos.





28 de febrero del 2017

## Ministra García: "Queremos sumar esfuerzos para luchar contra la pobreza con enfoque de salud"

*Titular de Salud participó en sesión de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza*



La ministra de Salud, Patricia García, propuso la necesidad de sumar esfuerzos con todos los sectores del país para trabajar juntos contra la pobreza con un enfoque de salud. "Queremos aprovechar los espacios de concertación para asumir el reto de adecuar el sistema de salud para promover la prevención y asegurar el acceso y la atención", sostuvo.

La titular de Salud participó en la sesión ordinaria del Comité Ejecutivo Nacional de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). Expuso los principales pilares y lineamientos de política que viene encaminando con el propósito de brindar servicios de salud dignos y de calidad para la población.

"Tenemos en el sector una agenda de transformación que permita realizar una gestión eficiente del sistema de salud, brindar cobertura y calidad de los servicios de salud, revalorizar al personal de salud con meritocracia y escalas remunerativas, y poseer una infraestructura de salud moderna e interconectada con telemedicina y plan de inversiones en redes de salud", señaló.





La doctora García informó que se vienen realizando acciones para combatir la anemia en los niños y niñas mediante el Plan de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil, que incluye acciones de educación y sensibilización, atención integral al niño y niña, control prenatal, adolescente con hierro y alimentos ricos en hierro.



"Estamos realizando acciones para prevenir el embarazo en adolescente y luchar contra la tuberculosis, a través de planes multisectoriales. También venimos fortaleciendo la respuesta del sector frente al cáncer con acciones para fortalecer las capacidades de la oferta disponible articulando esfuerzos mediante una red de atención interconectada denominada Red OncoMinsa, y con el inicio del año escolar realizaremos la campaña de vacunación contra el virus del papiloma humano a todas las niñas de quinto grado de primaria", destacó.

Participaron en la reunión el presidente de la MCLCP, Federico Arnillas; y los representantes de ministerios, Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, Defensoría del Pueblo, Asociación de Municipalidades del Perú, Confederación General de Trabajadores del Perú, Confederación Nacional de Mujeres Organizadas por la Vida y el Desarrollo Integral, entre otros grupos de la sociedad civil.



23 de febrero del 2017

## Ministra García: “Necesitamos que los empresarios vendan medicamentos al Estado a precios competitivos”

*Titular de Salud hizo exhortación a gremios del sector en Foro Ejecutivo: Reactivación Industrial*



Un llamado a los empresarios e industriales del país para que vendan al Estado medicinas, insumos y equipamiento médico a precios competitivos y sin sobrecostos hizo la Ministra de Salud, Patricia García, quien señaló que en la actualidad existe una especie de trato diferenciado para con el Estado pues se le fijan precios distintos a los que realmente cuestan en el mercado.

En ese sentido, la titular del Minsa los invitó a considerar un cambio en esa práctica ya que “así como necesitamos desarrollo en el país, también es importante tener claro que sin salud no hay progreso”. Fue durante su presentación en el Foro Ejecutivo: Reactivación Industrial que contó con representantes de los diversos gremios empresariales y ministros de varias carteras.



De otro lado, al comentar algunas objeciones de un sector del empresariado sobre la Ley 30021 de Promoción de la Alimentación Saludable, señaló que muchas investigaciones científicas e incluso del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Minsa, señalan que en el mundo la obesidad y la forma como estamos alimentándonos nos está llevando a enfermedades crónicas.

Precisó que las galletas y conservas que consumen niños en edad escolar no son los más adecuados para lucha contra la desnutrición por lo que sugirió a los empresarios cambiar su oferta de productos para los programas sociales.

“Necesitamos sangre liofilizada o “sangrecita” porque es hierro animal de mejor calidad y mejor absorción. La leche con adición de hierro no sirve porque la absorción es muy pobre. Necesitamos productos ricos en hierro pero que además tenga bajo sodio y grasa para corregir la anemia, para eso no sirven ni las galletas ni jugos”, precisó.

26 de enero del 2017

## Ministra García: “El aseguramiento universal es una política de Estado”

*Titular del sector participa de diálogo sobre avances y desafíos del SIS*





Los cuatro pilares de la actual gestión en Salud son la revalorización del recurso humano, la modernización, el gasto eficiente y el aseguramiento universal. “El aseguramiento es una política de Estado, por eso hemos creado un espacio de diálogo donde participen los pilares de esta sociedad como el Congreso, sector público y sociedad civil”, señaló la ministra de Salud, Patricia García, durante su participación en el evento llamado Aseguramiento Universal: Avances y desafíos del Seguro Integral de Salud (SIS).

Durante las mesas, que reunió a expertos nacionales e internacionales en la materia, quedó claro que cada país está buscando su propio modelo en aseguramiento. Las experiencias en otros países como Brasil o Chile, con sus respectivas particularidades, podrían ayudar. También se pudo concluir que el proceso de cobertura en salud es dinámico y evoluciona con el tiempo por las necesidades de la población y los recursos disponibles.

“El SIS es una herramienta que cubre una parte, pero existen recursos que van a los establecimientos de salud, al pago de recurso humano y a las regiones. Existe un compromiso para ir aumentando el presupuesto en salud. Lo que sí se pudo es aumentar y sobrepasar el presupuesto del año anterior. Una de las cosas que estamos trabajando es como el gasto en salud es más eficiente”, destacó la titular del sector.

Se señaló que hay muchos desafíos es un mundo cambiante donde la gente envejece y se enferma. Asimismo, uno de los problemas es la corrupción que está enquistada en el sistema. “Tenemos que trabajar para transparentar y luchar contra este mal. La discrecionalidad con la que trabajó el SIS va cambiar y debemos fortalecer el primer nivel de atención. Este es un espacio abierto de diálogo porque en salud todavía tenemos mucho que hacer”, finalizó.

En el evento también participaron el presidente de la República, Pedro Pablo Kuczynski; el presidente del Banco Mundial para Perú, Alberto Rodríguez; el gerente de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, Daniel Dulitzky; el presidente de la Comisión de Salud del Congreso, César Vásquez; el jefe del SIS, Edmundo Beteta; la viceministra de Hacienda del Ministerio de Economía y Finanzas, Rossana Polastri; la coordinadora general de Foro Salud; la Superintendente Nacional de Salud, Elena Zelaya, entre otros.



---

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