



NOTICIAS DE SALUD Y ECONOMÍA



PRIMER SEMESTRE 2015

NÚMERO 3

JUNIO 2015



Entre los días 27 a 29 de abril de 2015 se realizó el “Taller de Expertos sobre Espacio Fiscal en el marco de la estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud de OPS/OMS”.

Pag. 3



Pag. 12

En la **V Reunión de Autoridades Regulatoras Nacionales de Referencia Regional (ARNR)**, organizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), se socializó el modelo de regulación de precios de medicamentos en Colombia.

El **Plan Esperanza** del Perú es reconocido por el **National Cancer Institute de Estados Unidos** y la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** como el modelo de política pública más efectivo y eficiente para la cobertura gratuita del cáncer a través del financiamiento directo del Seguro Integral de Salud (SIS).



Pag. 24

Noticias de Salud y Economía

NÚMERO 3 - JUNIO 2015

CHILE ¹

- TALLER DE EXPERTOS SOBRE ESPACIO FISCAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD DE OPS/OMS Pág. 3
- SEMINARIO INTERNACIONAL "ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD CON MIRAS A LAS METAS DE DESARROLLO SUSTENTABLE POST -2015" Pág. 4
- FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE Pág. 5

COLOMBIA ²

- ❖ SOBRE HOSPITALES PÚBLICOS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Pág. 8
- ❖ MINSALUD RINDIÓ CUENTAS DE SU GESTIÓN DURANTE 2014 Pág. 9
- ❖ MINSALUD EXPLICA ARTÍCULOS DE SU CARTERA EN PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Pág. 11
- ❖ AGENCIAS REGULATORIAS DE LATINOAMÉRICA DESTACAN POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE COLOMBIA Pág. 12
- ❖ INICIA REGULACIÓN DE PRECIOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN COLOMBIA Pág. 13
- ❖ CON SANCIÓN DE LEY ESTATUTARIA, LA SALUD SE CONSOLIDA COMO DERECHO FUNDAMENTAL EN COLOMBIA Pág. 14
- ❖ PILOTO DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ES CLAVE PARA EL GASTO EN SALUD Pág. 16
- ❖ GOBIERNO INCREMENTA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) Y TARIFAS A PRESTADORES Pág. 16

ECUADOR ³

- ❖ EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS, HERRAMIENTA PARA TOMAR DECISIONES Pág. 18
- ❖ GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TECNOLOGÍAS Y PROGRAMAS DE SALUD EN ECUADOR Pág. 19
- ❖ ECUADOR: ÍNDICE DE EFICIENCIA DEL GASTO EN EL SECTOR SALUD Pág. 20

PERÚ ⁴

- ❖ SECRETARÍA GENERAL DEL MINSA RESALTA IMPORTANCIA DE ESTUDIO PARA LA TOMA DE DECISIONES DE GESTIÓN DEL SIS Pág. 21
- ❖ MINSA TRABAJA NORMATIVA PARA OPTIMIZAR DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Pág. 22
- ❖ PLAN ESPERANZA RECONOCIDO POR NATIONAL CANCER INSTITUTE Y OPS COMO MODELO DE POLÍTICA DE SALUD Pág. 24
- ❖ HOSPITALES E INSTITUTOS RECIBIERON MÁS DE S/. 125 MILLONES DEL FISSAL PARA CUBRIR ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Pág. 26
- ❖ MINSA USARÁ MODALIDADES TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIAS PARA INVERSIÓN MULTIANUAL Pág. 27
- ❖ CERCA DE 86,000 PERSONAS CON DISCAPACIDAD PODRÁN ACCEDER A UNA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA Pág. 29



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/CC/Noticias>). Noticias de economía de la salud seleccionadas del Histórico de Noticias del Centro de Comunicaciones enviadas por la Dirección de Financiamiento Sectorial.
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/portada/prensa.asp>). Noticias de economía de la salud seleccionadas de la Sala de Prensa por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.

Equipo responsable de la elaboración del Boletín:

Ing. Edna Roxana Ortiz Onofre (eortiz@minsa.gob.pe)

Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud – Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Ministerio de Salud del Perú

Lima-Perú
Junio 2015



TALLER DE EXPERTOS SOBRE ESPACIO FISCAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD DE OPS/OMS

Mayo 2015



Los días 27 a 29 de abril de 2015 se realizó en dependencias de OPS el “Taller de Expertos sobre Espacio Fiscal en el marco de la estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud de OPS/OMS”.

Uno de los principales objetivos del taller fue dar a conocer los resultados y discutir las implicaciones de un estudio exploratorio sobre espacio fiscal para salud para algunos países de la región, coordinado por OPS WDC, con el fin de poder detectar en las diferentes realidades de cada país las oportunidades para aumentar el espacio fiscal que permita llevar adelante el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (AUS/CUS).

También se discutió sobre cuáles deben ser los elementos clave para plantear un diálogo al interior de los gobiernos y con toda la sociedad sobre espacio fiscal para avanzar hacia la AUS/CUS, además de proponer recomendaciones específicas para sostener la expansión del acceso a servicios integrales de calidad; entre otros ámbitos. Asistieron representantes de agencias internacionales como GAVI (Alianza Global para las Vacunas), CEPAL, OPS y OMS. También representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Perú y Chile, además de académicos e investigadores internacionales como Oscar Cetrángolo de la Universidad de Buenos Aires y Ernesto Báscolo de la Universidad de Rosario.

En el caso de Chile participaron Camilo Cid, investigador del Departamento de Salud Pública de la PUC y Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma a las ISAPRESJ, Pietro Cifuentes, Jefe del Departamento de Planificación Institucional de FONASA y Alain Palacios, Jefe del Departamento de Economía de la Salud del MINSAL.



SEMINARIO INTERNACIONAL “ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD CON MIRAS A LAS METAS DE DESARROLLO SUSTENTABLE POST-2015”

Santiago, 24 de abril de 2015



La Ministra de Salud de Chile, Dra. Carmen Castillo, y la Directora General de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Carissa Etienne, inauguraron el Seminario Internacional Acceso y Cobertura Universal en Salud en Chile con miras a las Metas de Desarrollo Sustentable Post-2015. En el certamen se planteó la importancia de las políticas públicas en salud que apuntan al acceso y cobertura universal, dado su impacto en la población y en los indicadores de salud y bienestar, entre otros temas de relevancia que buscan la “Salud como un derecho real, ahora. En cada país y para todos”.

En la actividad, estuvieron presentes una serie de autoridades tanto del Ministerio de Salud como de la Organización Mundial, Panamericana de la Salud y del Banco Mundial. Además participaron como expositores la Dra. Jeanette Vega, Directora del Fondo Nacional de Salud de Chile; Dr. Ties Boerna, Director del Departamento de Estadísticas e Informática en Salud de la Organización Mundial de la Salud; Dra. Amalia del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso de la OPS; Dr. Bernardo Martorell, Jefe de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile y el economista Dan Ángel Gamarra Minaya del Ministerio de Salud de Perú.

El monitoreo del Acceso y Cobertura Universal en Salud se convertirá en uno de los objetivos relevantes para todos los países a nivel global, en este sentido el Ministerio de Salud, a través de la División de Planificación Sanitaria está desarrollando un modelo para llevar adelante esta tarea. El Dr. Martorell presentó la primera



versión de este sistema de monitoreo de indicadores, lo que permitirá tener evidencia concreta de los avances en esta materia, como insumo relevante para desarrollar mejores políticas públicas en salud.

En la ocasión también se realizó el lanzamiento en Chile de la edición en español de la serie sobre cobertura universal en América Latina de la prestigiosa revista científica The Lancet.



FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE

Abril 2015

El Departamento de Economía de la Salud (DESAL), a través de la Oficina de Información Económica en Salud (IES), desde el año 2003 a la fecha, ha venido desarrollando sistemáticamente información económica en salud basado en dos lineamientos metodológicos: Sistema de Cuentas de Salud (SHA) de OCDE y Cuentas Satélite de Salud de OPS. El desarrollo de este tipo de metodología presenta desagregación para proveedores de salud y financiadores de salud.

En este contexto y basados en la información del SHA para el año 2013, se elaboró una infografía del financiamiento de la salud en Chile para ilustrar las fuentes de financiamiento, quienes financian y quienes administran los fondos y dónde se gastan los recursos en salud en el país.





FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE EN 4 PASOS



1 ¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO?

COTIZACIONES DE SALUD Obligatorias		COTIZACIONES DE SALUD Voluntarias		TRANSFERENCIAS DEL GOBIERNO		GASTO BOLSILLO DE SALUD HOGARES	
Cotización Hogares	Cotización Empresas	Cotización Hogares	Cotización Empresas	Aporte FONASA	Aporte Estatal	Copagos	Fármacos, pagos directos, etc.
Base: 54% Ingreso: 49%		Ingreso: 93% Clas. Seg.: 9%	Ingreso: 14% Clas. Seg.: 89%				
26,5%	2,0%	4,7%	3,2%	22,9%	10,2%	10,5%	20,0%

El 33% se financia con aporte estatal

2 ¿QUIÉNES FINANCIAN?



TOTAL FINANCIAMIENTO 2013: MM\$10.940.000 (8% PIB)

3 ¿QUIÉNES ADMINISTRAN LOS FONDOS?

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		SEGUROS PRIVADOS DE SALUD		HOGARES	GOBIERNO	
FONASA	Mutuales	ISAPRES	Compañías de Seguros	Gasto de Bolsillo en Salud	Ministerio de Salud	FFAA y Orden
		Cotizaciones Obligatorias	Cotizaciones Voluntarias			
38,2%	2,0%	12,2%	4,7%	3,2%	30,5%	8,3%
						0,9%

FONASA administra el 38% para una población de más de 13 millones de beneficiarios. Las ISAPRES administran el 17% para una población de 3 millones de beneficiarios.

Elaborado por la Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento Economía de la Salud, MINSAL, 2014. Fuentes de información utilizadas y nota metodológica de estimación disponible en desal.minsal.cl

4 ¿DÓNDE SE GASTAN LOS RECURSOS?



Notas explicativas

1. Gasto de Bolsillo en Salud

El Gasto de Bolsillo fue estimado sobre la base de los copagos del Sector Público y Privado de Salud, la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 2012 y los pagos directos de los hogares por bienes y servicios en salud.

2. Licencias Médicas

Se consideraron los montos por licencias médicas pagadas en el año 2013 por FONASA y el Sistema de ISAPRES (se excluyeron las licencias maternas y por accidentes del trabajo).

Fuentes de Información

- Ejecución Presupuestaria Ministerio de Salud 2013.
- Ejecución Presupuestaria Fondo Nacional de Salud (FONASA) 2013.
- Informe de Ejecución Presupuestaria Hospital de Carabineros 2013.
- Informe de Ejecución Presupuestaria Dirección de Sanidad de la Armada 2013.



- Informe de Ejecución Presupuestaria Organismos de Salud de la FACH 2013.
 - Informe de Ejecución Presupuestaria Organismos de Salud del Ejército 2013.
 - Ejecución Presupuestaria Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) 2013.
 - Base de Copagos MLE, Bono Electrónico FONASA 2013.
 - Estados de Resultados ISAPRES (Abiertas y Cerradas), Superintendencia de Salud.
 - Aporte Municipal al Sector Salud, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), SUBDERE.
 - Notas a los Estados Financieros Consolidados (Nota 49 Prestaciones Médicas) de las Mutuales de Seguridad del Trabajo.
 - Boletín Estadístico de Salud 2004-2013, Asociación de Aseguradores de Chile A.G.
 - Estimación de Gasto de Bolsillo en Salud, Economía de la Salud; Ministerio de Salud 2014.
 - Monto facturado y copagos de las prestaciones de Salud, ISAPRES; Superintendencia de Salud 2013.
-



SOBRE HOSPITALES PÚBLICOS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

22 Abril 2015



Frente a las dudas suscitadas con relación a uno de los artículos propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018, “Estabilización y/o saneamiento de las Empresas Sociales del Estado - ESE”, y las afirmaciones según las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) está buscando direccionar recursos hacia la liquidación de cientos de hospitales públicos del país y no a su salvación, esta Entidad se permite hacer las siguientes aclaraciones:

1. Actualmente existen varios hospitales públicos (Empresas Sociales del Estado - ESE) que presentan dificultades financieras. La mayoría ha adoptado programas de saneamiento con el fin de mejorar sus finanzas, garantizar su sostenibilidad y dar continuidad a la operación. En algunos pocos casos podrían darse procesos de fusión o liquidación de ESE.
2. Los programas de saneamiento no solo requieren de un acompañamiento técnico sino también de recursos financieros adicionales. Para lo anterior, es necesario identificar y viabilizar las fuentes de financiación disponibles.
3. La liquidación de los hospitales públicos es excepcional, ocurre si y solo si su situación financiera o los problemas de atención son insuperables. En cualquier caso las liquidaciones deben garantizar una prestación oportuna y adecuada de los servicios de salud.
4. El artículo propuesto en el PND identifica y viabiliza las fuentes de financiación para el saneamiento fiscal de los hospitales. Las fuentes identificadas podrán usarse también para la fusión o liquidación de hospitales con problemas insuperables. Pero las liquidaciones y fusiones son la excepción. El artículo tiene como objetivo principal el saneamiento de los hospitales públicos del país.



MINSALUD RINDIÓ CUENTAS DE SU GESTIÓN DURANTE 2014

17 Marzo 2015



El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, y su equipo de trabajo presentó los logros de su gestión durante el año anterior y expuso los retos que tiene al mando de la cartera de salud para 2015.

Gaviria Uribe inició su intervención indicando que el sistema de salud colombiano es el que mayor protección financiera tiene en la región. Así mismo señaló que desde su despacho se busca cerrar las brechas en salud y recuperar la confianza todo en el marco de la Ley Estatutaria.

“Colombia es primer país del mundo que pone un derecho social fundamental como ley estatutaria. Somos pioneros por lo que queremos más que una reforma estructural, reformas sistemáticas y graduales de manera evolutiva”, dijo.

El Ministro también hizo referencia a la creación de la instancia asesora en el Consejo Nacional de Seguridad Social para fortalecer la legitimidad del sistema a partir del decreto 2478. “Se definen 14 miembros encabezados por tres representantes del Gobierno Nacional y los restantes 11 son agentes del sistema. Estará conformada por un secretario de salud, uno de las EPS, uno de los prestadores, empresarios, representante de las farmacéuticas, indígenas”, explicó el Secretario General, Gerardo Burgos, por solicitud del Ministro.

Gaviria Uribe manifestó que la política farmacéutica “garantizará la sostenibilidad del sistema en el contexto de la Ley Estatutaria porque tenemos más de mil medicamentos controlados”. Aclaró a su vez que la BBC la semana anterior un artículo en el que habla que Colombia tiene los precios de medicamentos más altos de la región. “Ese no debió haber sido el título porque tenemos ahorros cercanos al billón de pesos y la referenciación la hacemos con base en 17 países”, subrayó



“Tanto es así – prosiguió el Ministro de Salud- que Chile y Perú quieren ver cómo estamos haciendo el control de medicamentos y dos delegaciones han sido atendidas por nosotros para tal fin. “Adicionalmente, el Decreto 1782 nos genera otras condiciones de competencia en medicamentos biotecnológicos con condiciones razonables. Colombia ha sido un innovador global y comienza a ser imitado por otras naciones porque tenemos una política farmacéutica seria y de ejemplo para el mundo”, afirmó

Por su parte, Carmen Eugenia Dávila, Viceministra (E) de Protección Social describió que en el período de rendición la compra de cartera permitió liquidez y sanear los pasivos del sector beneficiando con 707 operaciones de cartera por más de 700 mil millones de pesos a 316 IPS públicas y privadas del país que al cierre de 2014 alcanzaron 1.1 billón de pesos.

Durante las dos horas y media que duró la rendición de cuentas de la gestión 2014 también hubo espacio para resaltar que el país cuenta con el Análisis de Situación de Salud (ASIS) en cada uno de los 1103 municipios, 32 departamentos y 5 distritos. “Por primera vez cada Alcalde y cada gobernador tiene la radiografía de salud de su población. Ministro, la Corte Constitucional en la sentencia T760 desde 2008 aseguró que el país no contaba con información suficiente en materia de salud y este ASIS muestra un avance sustancial”, manifestó el Viceministro de Salud, Fernando Ruíz Gómez.

El Viceministro también llamó la atención sobre el virus del Chikunguña señalando que “de los 26 millones de colombianos susceptibles la tasa de ataque – es decir la capacidad de diseminación del virus entre la población- ha sido apenas del 2.4 por ciento. Con el Instituto Nacional de Salud trabajamos ahora en los impactos que generan los pacientes crónicos que equivalen al 10 por ciento de lo proyectado y que quedan con algún tipo de afectación”.

Ruíz Gómez agregó que los esfuerzos de los secretarios de salud han permitido fortalecer las acciones de salud pública para evitar que la epidemia tenga consecuencias mayores. “El chikunguña no lo podemos evitar pero sí se puede controlar”, fue el lema que tuvimos desde que la Organización Panamericana de la Salud hizo el anuncio de su presencia en Las Américas en diciembre de 2013.

Indicó que desde su despacho otro de los temas de interés fue la situación sociógena ocurrida en Carmen de Bolívar. “Se han entregado los resultados del informe del INS, se han dado resultados de exámenes a más de 300 niñas y se montó en el municipio un servicio de atención específico, con colaboración de la Gobernación de Bolívar y la Secretaría de Salud, para dar soporte social.

Las declaraciones del Viceministro fueron respaldadas por Manzel Martínez, Director (E) del INS, quien sostuvo que el informe de casos y controles no sustentaban ninguna responsabilidad al a vacuna del VPH.

Finalmente, se abrieron los micrófonos para interactuar con los colombianos y resolver sus inquietudes con la presencia y colaboración del Superintendente Nacional de Salud, Norman Julio Muñoz; la Directora del Invima, Blanca Elvira Cajigas, entre otros invitados a los estudios centrales de RTVC donde se realizó la rendición.



MINSALUD EXPLICA ARTÍCULOS DE SU CARTERA EN PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

03 Marzo 2015



El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, explicó los artículos concernientes a su cartera incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo que se tramita en el Congreso de la República.

Ante las comisiones Séptima de Cámara de Representantes y de Ordenamiento Territorial del Senado, el titular de la cartera de Salud expuso artículos como el Modelo Integral de Atención en Salud (Mias), la creación de la Unidad de Gestión y ampliación de las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

Un punto álgido del debate es la creación de la Unidad de Gestión; el ministro Gaviria aseguró que esta unidad no tiene nada parecido a 'Salud Mía'. "La Unidad de Gestión no afilia, no recauda ni tendrá el control de la totalidad de los recursos del sistema", agregó.

"Lo que hace es, primero, recuperar unas funciones estatales que hoy son delegadas a un administrador fiduciario; segundo, elimina las diferentes subcuentas que hoy en día tiene el Fosyga para tener unidad de caja; y tercero, centraliza los recursos territoriales del aseguramiento para tener un mayor control y asegurarse que los recursos fluyan de manera oportuna", explicó Gaviria.

El ministro Gaviria aseguró que los artículos que incluyó el Ministerio de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo "son soluciones concretas a problemas concretos".



AGENCIAS REGULATORIAS DE LATINOAMÉRICA DESTACAN POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE COLOMBIA

23 Febrero 2015



Con la participación de la FDA de los Estados Unidos, Health Canadá y representantes de agencias mexicanas, argentina, peruanas, brasileñas, ecuatorianas y la OPS se socializó el modelo de regulación de medicamentos del país.

En el marco de la V Reunión de Autoridades Regulatorias Nacionales de Referencia Regional (ARNR), organizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios expuso el proceso que desencadenó con la política de regulación de precios de medicamentos de Colombia. Esta iniciativa fue bien recibida por la Comunidad Andina, representantes de la FDA de Estados Unidos, Health Canada, agencias de Brasil, Argentina y la participación de la Organización Panamericana de la Salud.

Fernando Ruíz Gómez indicó que la apropiación social de la seguridad, calidad y eficacia no necesariamente están dadas por el hecho de tener definiciones y estándares afinados.

“Nos enfrentamos los dos pasados años a una inexistente política farmacéutica y hemos implementado la política de regulación de precios de medicamentos donde el país tomó la decisión de afrontar el problema de la presión tecnológica de los medicamentos y de su transformación dentro de un sistema de mercados con incentivos hacia la generación de rentas”, aseguró

Agregó que Colombia tiene recursos limitados y se gasta el 6.5 por ciento del PIB en salud con necesidades grandes se tuvieron que atender todos estas presiones tecnológicas. “Hicimos la política de medicamentos con regulación de precios generando controversia entre las farmacéuticas y otros agentes del sector – hospitalarios y aseguradores”, señaló



No obstante, explicó que posteriormente “los gremios la reconocen como una política transparente y comprensible en su aplicación para los diferentes agentes del mercado. Ha sido un avance importante en política de salud farmacéutica”.

Insistió que otro aspecto a resaltar hace referencia a los medicamentos biotecnológicos. “Colombia gastaba en 2011 aproximadamente 2.8 billones de pesos en medicamentos biotecnológicos a través de recobros y era prácticamente el 10 por ciento del total del gasto en salud. Por eso tomamos la decisión de hacer una regulación sobre el tema de biotecnológicos”.

Describió que la entrada de biosimilares fue más controvertida que la regulación de precios de medicamentos. “Realmente nos sentimos solos como país cuando enfrentamos la presión de agentes nacionales e internacionales pero el equilibrio entre la salud pública del país y la integridad del sistema fue complejo y requirió de un análisis profundo desde el punto de vista de economía política. Sin embargo, lo consideramos un proceso exitoso tras un año y hoy es otra realidad del modelo del sistema colombiano”.

Finalmente, Ruíz Gómez reconoció el rol del Invima que se convirtió en una agencia de naturaleza estratégica para Colombia. “Esta es una entidad que no solo cubre el tema de medicamentos sino alimentos y de relaciones comerciales con el país. Llegó a sus 20 años a la madurez, porque ha alcanzado un nivel técnico importante, con retos grandes hacia futuro, pero que vale también la pena resaltar la gestión de la Directora Blanca Elvira Cajigas”, puntualizó.

INICIA REGULACIÓN DE PRECIOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN COLOMBIA

19 Febrero 2015

El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, anunció que por primera vez en Colombia se implementará la regulación de precios a dispositivos médicos, es decir a artículos, máquinas e instrumentos, implantables o no invasivos, que son utilizados por los profesionales de la salud en la prestación de los servicios médicos.

El primer dispositivo que será objeto de esta regulación en el país será el estent coronario medicado, un elemento implantable que facilita el flujo sanguíneo en los casos de estrechamiento arterial, y al mismo tiempo, libera fármacos para evitar futuras obstrucciones.

Actualmente, un estent coronario medicado se negocia en promedio en el mercado por un valor de \$5.000.000 y es recobrado al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Salud (Fosyga) hasta por \$6.500.000, mientras que en países como Chile y Canadá cuesta cerca de \$3.000.000.

Gracias al régimen de control directo de precios, los colombianos podrán acceder a estos dispositivos a un valor máximo de \$3.200.000, lo que significa una reducción del 36% en el precio para los pacientes, y un ahorro cercano a los \$14 mil millones al año para el sistema de salud.



En Colombia las enfermedades coronarias son una de las tres principales causas de mortalidad; durante 2013 el estent coronario medicado fue el dispositivo médico más recobrado al Fosyga.



Adicionalmente, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en Colombia puso todos los estents coronarios (los hay de diferente tipo) en el régimen de libertad vigilada. Esto significa que los productores de estents coronarios tendrán que reportar a la Comisión los precios a los que comercializan estos dispositivos médicos.

La medida comenzará a regir a partir del 5 de marzo, una vez que se cumpla un mes de la publicación de la circular en el Diario Oficial. La regulación estará a cargo de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, conformada por el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria Uribe, la Ministra de Industria y Comercio, Cecilia Álvarez, y una delegada de la Presidencia de la República.

CON SANCIÓN DE LEY ESTATUTARIA, LA SALUD SE CONSOLIDA COMO DERECHO FUNDAMENTAL EN COLOMBIA

16 Febrero 2015

Después 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.

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.

PILOTO DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ES CLAVE PARA EL GASTO EN SALUD

26 Enero 2015

El Ministerio de Salud y Protección Social destacó el piloto del uso racional de medicamentos realizado en el marco de la Política Pública que debe regir el sector Salud en Colombia.

La implementación de esta iniciativa ha integrado la cooperación técnica de varios actores nacionales como el Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN), el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), el Grupo Cochrane STI (Sexually Transmitted Infections), el Grupo de Economía de la Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, entre otros.



GOBIERNO INCREMENTA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) Y TARIFAS A PRESTADORES

23 Enero 2015

El La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor que reconoce el sistema a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad, tecnologías específicas o Entidades Promotoras de Salud (EPS), tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir.



El Ministerio de Salud y Protección Social calculó un valor promedio nacional de la UPC 2015 teniendo en cuenta, entre otros aspectos, una inflación proyectada del 3%, las diferentes regiones UPC del país y los diversos grupos de riesgo de edad y sexo. El valor promedio quedó establecido en la [Resolución 5925 de 2014](#), y tuvo un incremento del 6.06%. En el régimen subsidiado en forma adicional se implementó una prueba piloto que iguala la Unidad de Pago por Capitación (primas puras) del régimen subsidiado a la del régimen contributivo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, según la resolución 5968 del 2014.





EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS, HERRAMIENTA PARA TOMAR DECISIONES



Con la finalidad de promocionar la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETES) así como la delimitación de sus ámbitos de aplicación e interpretación, la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, a través de la Dirección de Inteligencia de la Salud y la Dirección de Economía de la Salud, en el XI Taller Nacional de Autoridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, realizó una presentación magistral titulada "Evaluación de Tecnologías Sanitarias como herramienta en la toma de decisiones".

A través de ejemplos prácticos, con un sistema de votación en tiempo real y con la participación de todos los asistentes, se aclararon los siguientes temas: ¿Qué es una evaluación de Tecnologías Sanitarias?, ¿Para qué sirven? y ¿Cuándo solicitar una ETES?. Este taller se realizó en Cuenca del 11 al 12 de febrero del 2015.





GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TECNOLOGÍAS Y PROGRAMAS DE SALUD EN ECUADOR

La Coordinación General de Desarrollo Estratégico de Salud, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), realizó el proceso de socialización y validación de la “Guía para la realización de estudios de evaluación económica de tecnologías y programas de salud en Ecuador”.

El evento se desarrolló el 4 de febrero de 2015 y contó con la presencia y participación de varias autoridades del MSP y del experto en Economía de la Salud, Ec. Joan Rovira, profesor de la Universidad de Barcelona.



El taller convocó a expertos nacionales del sector público y privado a fin de socializar la guía de evaluación económica para estudios tanto de tecnologías sanitarias como de los programas en salud con el fin de que la toma de decisiones en salud sean basadas cada vez más en evidencia.





ECUADOR: ÍNDICE DE EFICIENCIA DEL GASTO EN EL SECTOR SALUD

En función de la reforma al Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano, el Ec. Carlos Grau, asesor del Señor Presidente de la República del Ecuador en materia de salud, compartió una clase magistral con el equipo de la Dirección de Economía de la Salud sobre metodologías para modelar la eficiencia en el gasto de los prestadores médicos. Dicha capacitación estableció nuevas metas de estudios y generación de instrumentos necesarios para la toma de decisiones de las autoridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.





SECRETARIA GENERAL DEL MINSA RESALTA IMPORTANCIA DE ESTUDIO PARA LA TOMA DE DECISIONES DE GESTIÓN DEL SIS

Se impulsará afiliación de 6 millones personas en situación no vulnerable pero que no cuentan con ningún tipo de seguro

28 Mayo 2015



El Seguro Integral de Salud (SIS) presentó un estudio financiero actuarial que determina el aporte que realiza el Estado a este seguro y el aporte que realizan los independientes en los planes semicontributivos. Para este estudio se conjugaron distintas variables demográficas, biométricas, económicas, de desarrollo humano, entre otras.

La Secretaria General del Ministerio de Salud, Dra. Silvia Ruiz Zárate, destacó el rol que le ha tocado cumplir al SIS, y comparándolo con el ciclo de vida, le tocó a los 7 años de vida institucional, asumir el reto de pasar de un rol financiador al rol de asegurador. En este papel y dentro del contexto de la cobertura universal, le ha correspondido impulsar progresivamente el incremento de la cobertura de aseguramiento para la población desprotegida.

Agregó que ahora, en los 13 años de su existencia, en lo que sería una etapa de adolescencia, se ha puesto los pantalones largos para afrontar el objetivo que la Reforma ha definido como la ampliación de la cobertura de protección contra el riesgo financiero en salud, para atender a aquella población que se mantiene sin acceso a un seguro de salud a nivel nacional.



Para asumir esa decisión política, se requiere entre otros elementos, las bases técnicas necesarias, como las que proporciona el estudio actuarial realizado por la doctora Elsebir Ducreux, del BID, para que los niveles pertinentes puedan tomar las decisiones que permitan contar con los recursos necesarios para llevar la seguridad en salud a aquellos que aún no accedido a ella. Allí radica la importancia de este estudio.

A su turno, el titular del SIS, Pedro Grillo Rojas, indicó que con el objetivo de aumentar la cobertura de la institución, se impulsará el aseguramiento para independientes que emiten recibo por honorarios y que no cuentan con un seguro de salud.

Para ello, se propondrán primas que van desde los S/.79 y que varían de acuerdo al número de dependientes y la edad del asegurado. “Hay 6 millones sin cobertura de salud que están desprotegidos frente a un siniestro. Este grupo está centrado principalmente en informales no pobres y no vulnerables”, comentó.

Detalló que esta modalidad contempla a personas de toda edad, las cuales podrán atenderse tanto en la red de salud pública como la privada, además del incentivo de afiliación familiar.

Para efectuar estas afiliaciones se prevé convocar a corredores de seguros registrados en SUSALUD, instituciones financieras, tiendas por departamento, entre otras, para ofertar los planes del SIS a sus clientes.

Agregó que el estudio permite generar escenarios hasta el año 2025; también establece incrementos de cobertura, tarifas y costos.

MINSA TRABAJA NORMATIVA PARA OPTIMIZAR DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Adelanta ministro Aníbal Velásquez en Comisión de Salud del Congreso de la República

30 Abril 2015



Se ejecutan cuatro mecanismos de compra de medicamentos que permiten ahorro al Estado

La El Ministerio de Salud (MINSa) viene trabajando una nueva normativa que permita hacer modificaciones para optimizar la distribución de los medicamentos de manera que se asegure un mayor acceso de los pacientes a los mismos.

Así lo adelantó el ministro de Salud, Aníbal Velásquez Valdivia, durante su exposición ante la Comisión de Salud del Congreso de la República, donde asistió acompañado por el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, César Chanamé; y el representante del Seguro Integral de Salud (SIS), Julio Acosta.



“Trabajamos para tener una normativa nueva con el SIS, que nos permita hacer modificaciones para la distribución de los medicamentos. Entre una de las medidas, se planea prohibir la venta de medicamentos financiados por el SIS, para proteger y asegurar que el paciente tenga un mayor acceso a los mismos”, detalló el ministro.

El titular de Salud sostuvo que se tiene que evaluar la cadena desde el momento de la compra, hasta la distribución y entrega, para lograr que la persona que tiene un seguro, pueda acceder efectivamente al medicamento que necesita en el momento adecuado. “Vamos a promocionar más que existen derechos ganados y recursos disponibles para ese fin”, recalcó.

También resaltó el mecanismo de las compras corporativas, que permiten reducir los precios de los medicamentos. “Cuando hay un precio que requiere ser reducido, y hay patentes de por medio, existe una ruta que como país podemos negociar”, afirmó.

Cabe señalar que también acudieron a dicha Comisión, la jefa de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), Flor de María Phillips; y el jefe de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), César Amaro.

Mecanismos de compra de medicamentos

El MINSA, a través de las compras corporativas de medicamentos, permite ahorrar recursos al Estado y generar el adecuado abastecimiento de los mismos en todo el país, reveló el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, César Chanamé.

Explicó que entre los mecanismos de compra que tiene el Ministerio de Salud, se encuentran las compras a través de convenios, como el que se tiene con Unicef y que permitió comprar multimicronutrientes para la lucha contra la anemia y la desnutrición crónica infantil, logrando un ahorro del 30 %.

“Se generó un ahorro al país de casi 30 millones de soles. De cotizaciones que oscilaban entre los 70 y 45 millones, se logró una adquisición que solo llegó a los 15 millones”, explicó.

Asimismo, mencionó que es necesaria la regulación de la Ley 30225, Nueva Ley de Contrataciones del Estado, que incluye aspectos que favorecen la adquisición de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Finalmente, otro mecanismo es fortalecer la transparencia con la información pública de medicamentos como el “observatorio de precios de medicamentos”, a través del cual cualquier usuarios accede a la información de los precios de los medicamentos y permite tomar mejores decisiones. Asimismo, se cuenta con información de “gestión de abastecimiento de medicamentos estratégicos”.



PLAN ESPERANZA RECONOCIDO POR NATIONAL CANCER INSTITUTE Y OPS COMO MODELO DE POLÍTICA DE SALUD

Resultados justifican convertirlo en Política de Estado

3 Marzo 2015



“Hace diez años, en el Perú, era impensable que el seguro público financiara el tratamiento completo de cáncer de un ciudadano sin recursos. En la actualidad, gracias al Plan Esperanza, más de 105 mil peruanos han recibido tratamiento completo de cáncer en nuestro país desde el año 2012”. Así lo señaló Aníbal Velásquez Valdivia, ministro de Salud, durante la inauguración del Taller Internacional de cáncer de la Mujer: cáncer de mama, cuello uterino y abogacía en cáncer, organizado por el Ministerio de Salud en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el National Cancer Institute de los Estados Unidos.

Previamente a su alocución, tanto Fernando Leanes, representante de la OPS/OMS en el Perú, y Jo Anne Zujewski, representante del National Cancer Institute de Estados Unidos, coincidieron en señalar que el Plan Esperanza se había convertido en un modelo de política pública para otros países, tanto de la región como de otros continentes.



En línea con ello, el titular del sector Salud remarcó el hecho de que el Plan Esperanza se ha convertido en el modelo más efectivo y eficiente para la cobertura gratuita de esta enfermedad a través del financiamiento directo del Seguro Integral de Salud (SIS).

“Para nosotros este evento es importante porque permite reflexionar sobre el avance que tiene el Plan Esperanza, intercambiar experiencias con expertos y también difundir una experiencia que, por lo que hemos oído previamente, se considera un modelo que puede ser útil a otros países”, señaló.

Mencionó que esto se ha logrado gracias a la decisión política del Gobierno, de promover un plan exclusivo que vele por un sector de la población que antes no contaba con los recursos para afrontar una enfermedad como el cáncer; y si contaba con los recursos, pues se empobrecía para poder salir bien librado de este mal.

Remarcó que este programa social permitió que la evidencia científica se pudiera trasladar a un programa viable. “Luego de haber iniciado ese diseño, ahora podemos decir que estamos salvando muchas vidas”, señaló.

Velásquez resaltó el hecho de conectar el programa con la Reforma del Sector Salud, lo que permite hacerlo más sostenible. “Consideramos que los avances que tenemos actualmente son un buen sustento para seguir y este taller nos servirá para saber qué cosas debemos mantener y sustentar en la continuidad de este programa que nació como una iniciativa gubernamental, pero que creemos debe convertirse en una política de Estado, con más recursos y resultados”, indicó.

Explicó que el modelo empieza con la detección del cáncer. “El SIS hace el financiamiento directo por adelantado y el paciente es trasladado a un centro de mayor referencia para su atención; por eso, este modelo permite además que se fortalezcan las competencias y capacidades de los servicios de salud en todo el país”, precisó.

Velásquez también señaló que se está logrando una atención especializada “y por más costoso que sea se está poniendo por delante el derecho a la salud”, añadió.

Indicó que se fortalecerá todos los niveles de atención y se seguirá invirtiendo en infraestructura y equipamiento. “Están en camino los institutos regionales de enfermedades neoplásica en Arequipa, Trujillo, Loreto y en Junín, a los que se buscará conectarlos a los hospitales para un manejo integral del cáncer”, precisó.

Finalmente, señaló que esto va de la mano con una política de prevención, por lo que saludó que el Ministerio de Educación haya aumentado las horas de educación física y que actualmente se busque una alimentación saludable en los quioscos de los colegios.

Cifras del Plan Esperanza

Dentro de los logros del Plan Esperanza, Velásquez indicó que gracias a las más de 7 millones de atenciones en consejería y a los casi 5 millones de tamizajes en diferentes exámenes, como mamografías, papanicolaous, exámenes de próstata, entre otros, ahora alrededor del 50 por ciento de las detecciones de cáncer se realizan en estadios tempranos, lo que permite salvar muchas más vidas que antes (cerca de 40 mil).



“También podemos hablar de cifras históricas. Según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), gracias al Plan Esperanza, la cobertura oncológica gratuita por el SIS se ha incrementado de 17.2 por ciento durante el 2009 a 64.31 por ciento en el 2014”, indicó.

Señaló además que el gasto de bolsillo de la población en condición de pobreza que se atiende en el INEN, ha disminuido de 58.1 por ciento en el 2009 a 7.33 por ciento en el 2014.

Cifras globales

En el mundo se diagnostican al año alrededor de 12.7 millones de casos nuevos de cáncer. Y para el 2030 se prevé que esa cifra llegue a los 21.3 millones.

En América Latina, las mujeres presentan la mayor incidencia de esta enfermedad, tanto por el cáncer de mama como por el de cuello uterino, los tipos de cáncer que presentan la mayor tasa de mortalidad o incidencia.

En el Perú, según el departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, entre el 2006 y el 2011, se han notificado más de 11 mil casos de cáncer de mama a nivel nacional, lo que representó el 10.3 por ciento de los cánceres notificados.

En el evento participaron representantes del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud.

HOSPITALES E INSTITUTOS RECIBIERON MÁS DE S/. 125 MILLONES DEL FISSAL PARA CUBRIR ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Solo en Lima se financió 91,840 atenciones en salud en 2014

6 Febrero 2015

Hospitales e institutos especializados de Lima, Callao, Lambayeque y Junín recibieron un total de S/. 125.4 millones del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), en 2014, para la atención y tratamiento de pacientes con enfermedades de alto costo, como el cáncer (cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon, leucemias, linfomas), insuficiencia renal crónica (IRC) y enfermedades raras o huérfanas.

Julio Acosta Polo, jefe del FISSAL, dijo que es la mayor transferencia que se ha realizado para la atención de pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). “Lima recibió S/.109 millones; Callao, S/.10 millones; Lambayeque, S/.3.5 millones y Junín, S/. 2.9 millones”, detalló.



Destacó que estos recursos permitieron financiar 91,840 atenciones a los afiliados SIS en los hospitales e institutos especializados de Lima. De esa cantidad, más de 70,500 fueron por enfermedades oncológicas y la diferencia (alrededor de 21,000) fueron atenciones para pacientes con IRC.

“El mayor número de consultas oncológicas financiadas por el FISSAL corresponden a casos de cáncer de mama. En el caso de los pacientes con IRC, abarca el tratamiento por hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal”, explicó.

Indicó que a los pacientes que padecen cáncer se les financia la atención en todas las fases de la enfermedad, desde el momento en que se confirma el diagnóstico. Lo que implica medicinas, insumos, controles, exámenes auxiliares, intervenciones quirúrgicas, quimioterapia, radioterapia y cuidado paliativo.

“Para los casos de leucemia y linfomas, siempre que el médico lo indique, FISSAL financia el trasplante de médula ósea en Lima (cuando cuentan con un donante familiar compatible) y en el extranjero (cuando se hace la búsqueda en el Banco Mundial de Donantes). “Solo por el concepto de traslado y estadía para las intervenciones en el extranjero, el FISSAL desembolsó más de S/. 450,000 en 2014”, remarcó Acosta.

Señaló que periódicamente, por adelantado, FISSAL transfiere recursos a los establecimientos de salud de todo el país, para la buena gestión en la atención de los afiliados SIS y se abastezcan de insumos necesarios para brindar una atención gratuita al 100 por ciento y evitar así el “gasto de bolsillo” a las familias.

Actualmente, el FISSAL tiene convenios con más de 50 centros de salud en todo el país para la cobertura individual de cada paciente. Uno de ellos con el Gobierno Regional del Callao, a través de su Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico “ADAMO”, para la atención del afiliado SIS en su propia vivienda.

MINSA USARÁ MODALIDADES TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIAS PARA INVERSIÓN MULTIANUAL

Cecilia Má sostuvo que se garantizarán la disponibilidad de equipos y mejores condiciones para la atención

19 Enero 2015

La asesora del Despacho Ministerial, Cecilia Má, sostuvo que las inversiones en salud no solo han innovado en el monto de financiamiento, sino en las modalidades. “Existen 3 modalidades en ejecución: la tradicional, las Asociaciones Público Privadas (APP) y obras por impuestos (OxI), que son más eficientes y brindan mayor sostenibilidad en la inversión”, afirmó.



Según la doctora Má, el beneficio es aún mucho mayor porque las APP y las Oxl que incluyan mantenimiento de equipos garantizarán la disponibilidad de los equipos y las mejores condiciones para que la atención, a cargo del Estado, sea oportuna, eliminándose el riesgo de gasto de bolsillo que se produce cuando el usuario se ve obligado a buscar el examen o la prueba clínica fuera del establecimiento público.



“Son importantes porque se garantiza el servicio para el usuario. Si se malogra el ecógrafo, por ejemplo, ellos tienen que asegurar que ese servicio esté disponible y el paciente no tenga que hacer ningún pago”, explicó.

APP y Obras por Impuesto constituyen modalidades complementarias innovadoras que aseguran eficiencia y mayor sostenibilidad de inversión.

“El operador privado se encargará del diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y los equipos de los hospitales, para que no se pierda la inversión realizada; también de la gestión de los servicios generales, como seguridad, lavandería, alimentación, limpieza o gestión de residuos hospitalarios”, añadió.

Asimismo, indicó que las modalidades de ejecución de proyectos de inversión mediante APP y Oxl, no constituyen privatización de los servicios de salud porque no se realiza ninguna venta de activos del Estado al privado. Mencionó además que estas modalidades de inversión no le generarán ningún gasto a los usuarios de los servicios de salud pública pues están financiados enteramente por el Estado. Por el contrario, las APP formalizan y hacen transparente la participación regulada del sector privado en los servicios públicos de salud.

“Se deben descartar tales afirmaciones que quieren confundir a la población; los establecimientos de salud son y seguirán siendo públicos y dirigidos por un funcionario público de salud” recalzó la funcionaria. “Asimismo, la gestión clínica y la atención de los pacientes continuarán a cargo de servidores públicos y bajo directa responsabilidad del Estado”, agregó.

Asociaciones Público Privadas

Las Asociaciones público privadas son contratos públicos mediante el cual el Estado contrata a un consorcio privado para desarrollar la infraestructura y el equipamiento de un hospital del Estado, además de encargarse de su mantenimiento por un plazo que fluctúa entre los 15 y 20 años. El consorcio privado invierte en desarrollar la infraestructura y el equipo, lo que podría demorar entre uno y tres años y el Estado empieza a pagar cuando la obra está lista, a través de cuotas anuales durante el período señalado. Durante este mismo período el consorcio privado debe cumplir con el mantenimiento de la infraestructura y los equipos, asegurándose que estos se utilicen de manera óptima. La atención de los pacientes sigue siendo responsabilidad del Estado que cuenta con el personal de salud nombrado o contratado.



Obras por Impuestos

Mecanismo mediante el cual las empresas privadas ejecutan proyectos de inversión pública, previamente declarados viables en el SNIP, y priorizados por el Gobierno Central, gobiernos regionales o locales, a cuenta del pago de impuestos al Estado.

CERCA DE 86,000 PERSONAS CON DISCAPACIDAD PODRÁN ACCEDER A UNA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Médicos generales emitirán certificados de discapacidad. También se realizarán campañas itinerantes para este fin

12 Enero 2015



Monto será fijado por MIMP y MIDIS

Con la aprobación de la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad cerca de 86,000 personas, con discapacidad severa y que se encuentren en pobreza, tendrán la oportunidad de acceder a una pensión no contributiva del Estado. Así lo indicó el viceministro de Salud Pública, Percy Minaya León.



Agregó que la norma también hará posible que más personas con discapacidad puedan acreditar dicho estado, dado que solo un 7.6 por ciento poseían un certificado, es decir, 1'455,671 no contaban con ese documento.

Informó que en el país, según la Encuesta Nacional de Discapacidad 2012, existen casi 1.6 millones de personas con algún tipo de discapacidad y de ellas 932,000 tienen una discapacidad que limita la locomoción de su actividad cotidiana. Un 40 por ciento requiere de ayuda mecánica o la de un familiar y se ha estimado que el 27 por ciento de personas (172,651) que apoyan a una persona con discapacidad deja de trabajar.

Minaya León refirió que, según la misma encuesta, 600,000 personas con discapacidad no contaban con ningún tipo de seguro; ante ello recordó que ahora el Seguro Integral de Salud (SIS) cubre las prestaciones de atención y rehabilitación para personas con discapacidad.

La norma técnica genera la posibilidad de certificar los niveles de discapacidad a través de médicos generales capacitados en la Escuela Nacional de Salud Pública. A ello se sumarán las brigadas itinerantes calificadoras de discapacidad (BICAD), integradas por especialistas que brindarán esta certificación.

Sobre el monto de la pensión no contributiva Minaya León precisó que deberá ser definida por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) con el soporte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (MIDIS). Ambas entidades estatales desarrollarán mecanismos y procedimientos para el otorgamiento progresivo de esta pensión.

La Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad fue aprobada el pasado fin de semana mediante Resolución Ministerial N° 013-2015/MINSA.

DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD

- 38.2 por ciento (601,803) personas con discapacidad no tenían ningún seguro
- 23 por ciento (362,342) personas con discapacidad, tienen alguna discapacidad grave o muy grave; de ellos el 23.9 por ciento vive en situación de pobreza (86,600).
- Entre la población con discapacidad, 693,000 son jefes de hogar.



www.orasconhu.org