

Bogotá D.C.

Doctora

ELBA LIGIA ACOSTA

Subsecretaria

Comisión Segunda Permanente de Gobierno

Concejo de Bogotá

Ciudad

Referencia: Ponencia **NEGATIVA** al proyecto de acuerdo 199 de 2009 “por el cual se autoriza la constitución de una Administración Pública Cooperativa de las entidades descentralizadas del sector salud distrital”.

De acuerdo con la designación realizada por la Mesa Directiva de la Corporación, el pasado 1 de mayo de 2009, me permito rendir ponencia para primer debate al Proyecto de acuerdo 199 de 2009 en los siguientes términos:

Este proyecto de acuerdo, que en esta oportunidad es presentado por el señor alcalde, tiene como objeto autorizar a las entidades descentralizadas del Sector Salud Distrital (Empresas Sociales del Estado) para que constituyan una Administración Pública Cooperativa, en adelante y para los efectos de este escrito APC, cuyo objeto principal sea apoyar el desarrollo social, económico y científico de las entidades asociadas, para así contribuir a mejorar el nivel de salud de la población residente en el Distrito Capital. De esta manera la APC realizaría todas las operaciones de mercadeo, compra y distribución

mayorista a gran escala de medicamentos, insumos médico quirúrgicos, tecnología biomédica, así como producir y comercializar bienes y servicios requeridos por los asociados, para el cumplimiento de sus respectivos objetos sociales.

Resalto *“en esta oportunidad”* porque el proyecto es una iniciativa que el Concejal Jorge Durán Silva insistentemente presentó durante el año pasado en cuatro oportunidades bajo los radicados PA 01, 161, 420 y 614, los cuales fueron archivados por no haberseles dado los correspondientes debates reglamentarios. Durante el presente año fue puesta nuevamente a consideración de la Corporación bajo el número 088 de 2009 y se aprobó en primer debate en la sesión de la Comisión de Gobierno de fecha 5 de marzo y en segundo debate en la plenaria del día 12 de marzo; no obstante lo anterior y pese a contar con el aval de la administración, el alcalde lo objetó negando este hecho y lo presenta ahora bajo su autoría.

En esta ponencia se explicará en primer término el modelo de las Administraciones públicas cooperativas como componente del sector solidario en Colombia, sus características, y la importancia que revisten, posteriormente se determinará cómo funciona el mercado de los medicamentos en Colombia para finalmente explicarlo en el contexto de Bogotá y a partir de allí determinar la conveniencia de que este modelo de organización para el desarrollo de tal objeto.

Las APC pertenecen al sector solidario en virtud lo ordenado en el artículo 6 parágrafo 2 de la ley 454 de 1998¹ y gozan de una protección especial pues la Carta Política dio rango constitucional a su promoción y protección en el artículo 58. Estas organizaciones también llamadas “empresas de servicios en las formas de administraciones públicas cooperativas” o cooperativas de municipalidades, están reguladas por el Decreto 1482 de 1989 y tienen las siguientes características:

1. Son de iniciativa de la Nación y de los entes territoriales, y su creación se hace por autorización de ley, ordenanza o acuerdo, según el caso. Además de las anteriores entidades, también podrán ser parte de ellas los establecimientos públicos y las empresas industriales y comerciales del Estado de orden nacional, departamental y municipal, que reciban autorización para el efecto.

¹ La norma señala lo siguiente “Tienen el carácter de organizaciones solidarias entre otras: cooperativas, los organismos de segundo y tercer grado que agrupen cooperativas u otras formas asociativas y solidarias de propiedad, las instituciones auxiliares de la Economía solidaria, las empresas comunitarias, las empresas solidarias de salud, las precooperativas, los fondos de empleados, las asociaciones mutualistas, las empresas de servicios en las formas de administraciones públicas cooperativas, las empresas asociativas de trabajo y todas aquellas formas asociativas solidarias que cumplan con las características mencionadas en el presente capítulo”.

2. Son empresas de servicios, los cuales se prestan a sus asociados, quienes no podrán ser menos de cinco; además, podrán establecer en sus estatutos la extensión de éstos a otras entidades o al público en general. En tal caso, los excedentes que se obtengan serán llevados a un fondo social no susceptible de repartición.

3. Como inhabilidad para ser gerente de la Administración Pública Cooperativa se tiene que no podrá serlo quien dentro de los seis meses anteriores a su nombramiento haya tenido vinculación laboral o contractual con cualquiera de las entidades asociadas. Adicionalmente ninguno de los asociados puede tener más del 49% de los aportes sociales que la constituyan.

4. Tienen un régimen jurídico mixto. Aunque son entes autónomos en los aspectos administrativos, económicos y financieros; ésta se predica frente a las organizaciones que la conforman y este hecho lleva implícita una naturaleza jurídica sui generis puesto que los actos administrativos requeridos para su constitución son simples autorizaciones e iniciativas, ya que la persona jurídica nace a través de documento privado. Esta situación permite indicar que en su regulación confluyen tanto el derecho privado y como el público.

Los aspectos relacionados con la constitución, organización y funcionamiento de estos entes se sujetan en especial al decreto 1482 de 1989, y en lo allí no normado se permite la remisión directa a la legislación cooperativa especialmente a la ley 79 de 1988, y subsidiariamente a las disposiciones generales sobre asociaciones, fundaciones y sociedades que sean compatibles con su naturaleza, a la jurisprudencia, a la doctrina y a los principios cooperativos generalmente aceptados². De otra parte, en ámbitos tales como el régimen sancionatorio, contractual y el manejo de los recursos se sujetan al derecho público.

En materia de contratación y en virtud de lo dispuesto en el artículo 10 de la ley 1150 de 2007, que modificó la ley 80 de 1993 o Estatuto de Contratación, las cooperativas, las asociaciones conformadas por entidades territoriales y en general los entes solidarios de carácter público estarán sometidos a las disposiciones del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. A través de esta norma, se aclaró que la celebración de contratos de entidades estatales con asociaciones o cooperativas de entidades territoriales y en general con entes solidarios, se somete a los procesos de selección consagrados en dicho estatuto y en igualdad de condiciones con los particulares.

² Artículo 44 del decreto 1482 de 1989.

Para visualizar este tema con una mayor claridad es preciso aclarar si se está frente una Administración Pública Cooperativa contratante o contratista. En el primer caso, se tiene que, sin importar cuál sea monto del capital público, éstas deben dar aplicación irrestricta al Estatuto de Contratación pues la ley no hizo distinción al respecto como sí lo hacía el artículo 43 del decreto 1482 de 1989 que consagraba un régimen de contratación similar a las empresas de economía mixta dependiendo de los aportes de naturaleza pública que se establecieran al interior de la entidad³. Lo anterior sin perjuicio de que se trate de una Administración Pública Cooperativa prestadora de servicios públicos, que bajo esta condición tiene un régimen especial consagrado en la ley 142 de 1994.

En lo que se refiere a estas organizaciones en calidad de contratistas, lo primero que hay que aclarar es que las APC, deben estar al tanto de presentarse a concursos públicos para selección de contratistas frente a los servicios que ellos ofrezcan, con el fin de que estos entes solidarios cumplan con su función de proveer servicios a sus asociados preferencialmente. De otra parte, la modificación introducida por la ley 1150 es importante ya que anteriormente se podían hallar muchos casos en los que ambas partes se amparaban en su condición de entidades de derecho público, para que se les asignara de manera directa, o se suscribían convenios interadministrativos con éstas, para ejecutar contratos que en la realidad debían someterse a un proceso de escogencia que garantizara una selección objetiva.

En materia disciplinaria también se aplican las normas de derecho público. La ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario) en el artículo 25 determina que son sujetos disciplinables “los gerentes de las cooperativas (...) que se creen y organicen por el Estado o con su participación mayoritaria”. Es decir que solo es sujeto disciplinable por parte del Estado (Ministerio Público) los gerentes de las APC y no los demás empleados de la organización, siempre que la participación económica sea superior al 50% por parte de las entidades de derecho público.

En cuestión de control fiscal la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de la Economía Solidaria expresa que de acuerdo con la interpretación sistemática del

³ La norma establece lo siguiente que “Los contratos de las administraciones cooperativas tendrán un tratamiento similar al establecido para los contratos de las sociedades de economía mixta, teniendo en cuenta el monto de los aportes sociales individuales provenientes de las entidades públicas asociadas a la misma. Cuando en la administración cooperativa estos aportes conformen el noventa por ciento (90%) o más de la totalidad de los aportes sociales, los contratos se someterán a las reglas previstas para los contratos de las empresas industriales o comerciales del Estado de acuerdo con las normas legales vigentes. Los contratos de las administraciones cooperativas en que el total de los aportes sociales de las entidades públicas asociadas sea inferior al noventa por ciento (90%) mencionado se someterán a las reglas del derecho privado salvo las excepciones que consagre la ley.

ordenamiento jurídico aplicable a las administraciones públicas cooperativas, que ha sido acogida por el Consejo de Estado y la Procuraduría General de la Nación, la naturaleza de estas entidades es “pública”. De alguna manera habría que precisar también que las APC encuadran dentro de la estructura de la rama ejecutiva que diseñó la ley 489 de 1998, bajo las figuras de asociaciones públicas, o con participación de particulares (mixtas), las cuales se conocen con el nombre de entidades descentralizadas indirectas⁴; sólo que para las APC existe un régimen mucho más especial y restringido.

La ley 489 de 1998, en su artículo 95⁵, precisa que la asociación entre entidades públicas debe darse con el fin de cooperar en el cumplimiento de funciones administrativas o de prestar conjuntamente servicios que se hallen a su cargo, mediante la celebración de convenios interadministrativos o la conformación de personas jurídicas sin ánimo de lucro. Como ejemplo de lo anterior tenemos, la Asociación de municipios⁶ o una Administración Pública Cooperativa conformada exclusivamente por entidades públicas.

De otra parte, el artículo 95 de la ley 489 de 1998, permite la constitución de asociaciones y fundaciones; en dicha norma, se autoriza a las entidades estatales, cualquiera que sea su naturaleza y orden administrativo, para asociarse con personas jurídicas particulares, mediante la celebración de convenios de asociación o la creación de personas jurídicas,

⁴ El Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, en concepto emitido en fecha 26 de octubre de 2000, radicación 1291, Consejero Ponente: Augusto Trejos Jaramillo Explicó que “La descentralización como forma de organización administrativa que permite la transferencia de competencias a organismos distintos del Estado, puede ser territorial, especializada o por servicios y por colaboración. (...) El concepto de entidades descentralizadas en el derecho colombiano, permite designar a las personas jurídicas creadas por el Estado para el logro de los fines que le son propios y la adecuada atención de las necesidades generales de los asociados; son producto de la llamada descentralización especializada o por servicios. Estas entidades pueden ser directas o indirectas. Son entidades descentralizadas directas aquellas cuya creación es obra de la ley, la ordenanza o el acuerdo; en tanto que las descentralizadas indirectas, son las que surgen por la voluntad asociativa de los entes públicos entre sí o con la intervención de particulares, previa autorización legal.

⁵ Esta norma precisa que “Las personas jurídicas sin ánimo de lucro que se conformen por la asociación exclusiva de entidades públicas, se sujetan a las disposiciones previstas en el Código Civil y en las normas para las entidades de este género. Sus Juntas o Consejos Directivos estarán integrados en la forma que prevean los correspondientes estatutos internos, los cuales proveerán igualmente sobre la designación de su representante legal. Este artículo fue declarado condicionalmente exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-671-99 de 9 de septiembre de 1999, Magistrado Ponente Dr. Alfredo Beltrán Sierra, “bajo el entendido de que ‘las personas jurídicas sin ánimo de lucro que se conformen por la asociación exclusiva de entidades públicas, se sujetan a las disposiciones previstas en el Código Civil y en las normas para las entidades de este género’, sin perjuicio de que, en todo caso el ejercicio de las prerrogativas y potestades públicas, los regímenes de los actos unilaterales, de la contratación, los controles y la responsabilidad serán los propios de las entidades estatales según lo dispuesto en las leyes especiales sobre dichas materias”.

⁶ El artículo 149 de la ley 136 de 1994 las define como “Las asociaciones de municipios son entidades administrativas de derecho público, con personería jurídica y patrimonio propio e independiente de los entes que la conforman; se rigen por sus propios estatutos y gozarán para el desarrollo de su objetivo, de los mismos derechos, privilegios, excepciones y prerrogativas otorgadas por la ley a los municipios. Los actos de las asociaciones son revisables y anulables por la Jurisdicción Contencioso - administrativa.

para el desarrollo conjunto de actividades en relación con los cometidos y funciones que les asigna a aquéllas la ley. Ejemplo de ellos es una Administración Pública que además de asociar entidades públicas asocia a otras personas sin ánimo de lucro⁷.

Hasta aquí hemos precisado la APC como una forma de cooperativa especial, pero vale la pena preguntarnos, por qué es importante el modelo cooperativo y qué tiene de particular. El cuestionamiento se responde a partir del nacimiento mismo de estas organizaciones en la Europa del siglo XIX en la cual las deplorables condiciones de vida de los trabajadores producto de la imposición de un modelo capitalista fundado en la defensa de la propiedad privada a ultranza, el comercio de la mano de obra, y el inicio de la producción industrializada, propicia la puesta en marcha de entes solidarios como la Sociedad de los “Justos Pioneros de Rochadlé”.

Este modelo permitió múltiples beneficios a sus asociados, tales como el crédito, la óptima calidad de los productos y el bajo precio; pero más importante que ello fue el hecho de gestar nuevas cooperativas de consumo que ayudaron hacer perdurable el modelo en el tiempo. Con la fundación de esta cooperativa también se hizo una declaración de principios que aún se mantiene vigente. Estos son: adhesión libre, control democrático, neutralidad política y religiosa, bonificación sobre las compras, interés limitado sobre el capital, ventas de contado y educación⁸.

La estricta sujeción a los principios y el desarrollo unos fines que coadyuvan y se identifican con los mismos del aparato estatal, como motor del desarrollo comunitario, es lo que hace que tengan esa protección especial. Estos son: la primacía del ser humano sobre los medios de producción; la solidaridad entendida como cooperación, participación y ayuda mutua, la administración democrática, participativa, autogestionaria y emprendedora; la adhesión voluntaria, responsable y abierta; la propiedad asociativa y solidaria; la participación económica de los asociados, en justicia y equidad; la formación permanente, oportuna y progresiva; la autonomía, autodeterminación y autogobierno; el servicio a la comunidad; la integración con otras organizaciones del mismo sector y la promoción de la cultura ecológica⁹.

⁷ Ver: CRUZ MARTINEZ, Alexander. Proyecto de Investigación “Intervención del Estado en el sector Solidario”. Universidad del Rosario, 2009.

⁸ Estos principios más que ser postulados éticos del actuar colectivo representan una forma de autorregulación de las cooperativas, sin interferencia directa del Estado, los cuales desde 1895, a través de la Alianza Cooperativa Internacional –ACI- tienen una proyección que trasciende las fronteras de los diferentes Estados. En la última declaración de principios de 1995, estos fueron formulados de la siguiente manera: membresía abierta y voluntaria, control democrático de los miembros, participación económica de los miembros, autonomía e independencia, educación, entrenamiento e información, cooperación entre cooperativas, y compromiso con la comunidad. Ver http://www2.aciamericas.coop/spip/article.php3?id_article=45, consulta octubre de 2007.

⁹ Ver ley 454 de 1998, artículo 4.

Después de la solidaridad, el no tener ánimo de lucro es la característica más importante, pero esta debe ser entendida no en su tenor gramatical, sino bajo dos prohibiciones legales, la primera de ellas es la irrepartibilidad de las reservas sociales y, en caso de liquidación, la del remanente patrimonial. La segunda es la destinación obligatoria de sus excedentes a la prestación de servicios de carácter social, al crecimiento de sus reservas y fondos, y a reintegrar a sus asociados parte de los mismos en proporción al uso de los servicios o a la participación en el trabajo de la empresa, sin perjuicio de amortizar los aportes y conservarlos en su valor real. Por tanto estas son empresas rentables que producen el máximo de ganancias, pero no para el reparto egoísta o individual sino para el crecimiento colectivo de sus asociados y de su entorno social.

Dentro de los fines principales se encuentran el de promover el desarrollo integral del ser humano; la generación de prácticas que consoliden una corriente vivencial de pensamiento solidario, crítico, creativo y emprendedor para el desarrollo y la paz de los pueblos; contribuir al ejercicio y perfeccionamiento de la democracia participativa; participar en el diseño y ejecución de planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social; y garantizar a sus miembros la participación y acceso a la formación, el trabajo la propiedad, la información, la gestión y distribución equitativa de beneficios sin discriminación alguna.

Hasta aquí hemos explicado cómo funcionan estas empresas, debemos ahora saber cuántas existen en nuestro país y cuál es su aporte a la economía nacional. Al respecto la Superintendencia de Economía solidaria reporta que el sector está integrado a diciembre de 2008 por 5.418 entidades, entre cooperativas, fondos de empleados, asociaciones mutuales, APC, organizaciones de grado superior, entre otras, las cuales obtuvieron ingresos en ese periodo por valor de 15.33 billones, contando con 4.544.867 asociados y 159.513 empleados.

De otra parte, señalan las estadísticas de la entidad que en nuestro país existen solo 25 APC, las cuales obtuvieron ingresos del orden de 126.140 millones de pesos, asociaron 2.251 personas y emplearon 285 personas. Dentro del campo que nos ocupa se evidencia sólo siete Administraciones Públicas Cooperativas de Hospitales que desarrollan actividades de comercialización de medicamentos y actividades similares en nuestro país. Estas son¹⁰:

ENTIDAD	SIGLA	OBJETO
---------	-------	--------

¹⁰ www.supersolidaria.gov.co

Administración cooperativa de entidades oficiales de salud del meta	COPSALUM	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador
Administración cooperativa de hospitales y municipios de Cundinamarca	COODEMCUN LTDA	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador
Administración pública cooperativa de entidades de salud de Nariño	COODESNAR	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos
Administración cooperativa de entidades de salud de caldas y Quindío	COODESCA	Otras actividades relacionadas con la salud humana
Cooperativa de entidades de salud de Córdoba	COODESCOR	Comercio al por menor de productos farmacéuticos, medicinales, y odontológicos, articulas de perfumería, cosméticos y de tocador.
Cooperativa de Hospitales del Valle APC	COHOSVAL APC	Comercialización de medicamentos
Cooperativa de entidades de salud de Risaralda	COODESURIS	otras actividades relacionadas con la salud humana

Cabe destacar el caso de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, COHAN, la cual se dedica a la comercialización de medicamentos bajo el modelo de cooperativa y no de APC. Podríamos decir que dentro de las cooperativas que desarrollan este tipo de actividades, COHAN es la más exitosa en nuestro país, pues actualmente asocia a 150 entidades, y contribuye con estas a través de transferencia de tecnología y la gestión de insumos médicos.

Desde 1983, año en el que fue fundada por 28 hospitales de la red pública de salud de Antioquia, COHAN ha desarrollado modelos para el suministro de insumos médicos para entidades de salud bajo los más altos índices de calidad y en concordancia con los estándares nacionales e internacionales en el campo de la gestión hospitalaria, lo que le ha permitido desarrollar proyectos con la Organización Mundial de la Salud - OMS - y Organización Panamericana de la Salud - OPS - para los sistemas de suministro de medicamentos e insumos hospitalarios esenciales en América Latina y el Caribe¹¹.

A empresas exitosas como la descrita anteriormente es que apunta el proyecto de acuerdo en estudio, en la que exista un compromiso con la comunidad y un desarrollo

¹¹ Ver Agreement emphasizes cooperation in health management, disponible en http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1229

científico alrededor de unos bienes tan preciados como son los medicamentos. Por esta razón, la ley 100 de 1993, en desarrollo de un mandato constitucional, garantiza el acceso de las personas más pobres a los servicios de salud, mediante la eliminación de barreras, especialmente de tipo económico para disfrutar no solo de los servicios médicos de consulta general, especializada, hospitalización y cirugía, sino además al de los medicamentos esenciales (Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud POS).

El documento de política farmacéutica nacional¹² señala que el medicamento es considerado como el recurso más costo-efectivo para el manejo de las patologías y dolencias de una comunidad. Los problemas que más preocupan al gobierno en esta materia son: usos no adecuados, mala calidad y acceso limitado (coberturas), lo cual lo ha llevado a tratar de resolver favorablemente estos, pero esta situación ha generado que el gasto se incremente amenazando la estabilidad financiera del sistema de salud.

El mismo estudio señala que en materia de uso no adecuado de medicamentos se evidencian problemas de automedicación, prescripción no autorizada y errores en la medicación; de otra parte, la calidad, que ha mostrado resultados significativos, está bajo la inspección del Invima. Respecto del acceso, nuestro país ha realizado avances importantes, por ejemplo, siguiendo los parámetros del Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud diseñó una lista POS de medicamentos esenciales lo cual implica menor costo y ahorros importantes, ello sumado a la adopción de una denominación común internacional para prescripción y transacciones internacionales, que hace que hayan varios productos elaborados a base del mismo principio activo.

Otro inconveniente es que existen muchos canales de distribución pública y privada, e intermediarios, que hacen que los costos para el consumidor final aumenten de manera apreciable; pero la preocupación más grande se encuentra en que aún el gasto del país en materia de medicamentos es muy bajo, como lo muestra el siguiente gráfico:

¹² Documento del Ministerio de la Protección Social

GASTO EN MEDICAMENTOS. PAISES SELECCIONADOS. 2003

PAÍS	GASTO billions US\$	POBLACION Millones	PER CAPITA US\$	PIB/Cápita US\$
USA	152.2	285	534.04	34,280
JAPON	49.2	127	387.40	35,610
FRANCIA	16.1	59	272.88	22,730
CANADA	7.6	31	245.16	21,930
ALEMANIA	19.5	82	237.80	23,560
ITALIA	11.5	58	198.28	19,390
REINO UNIDO	11.6	59	196.61	25,120
AUSTRALIA	3.6	19	189.47	19,900
ESPAÑA	7.5	41	182.93	14,300
MEXICO	6.1	99	61.62	5,530
ARGENTINA	1.2	37	32.43	6,940
COLOMBIA	1	43	23.26	1,890
BRASIL	3.5	172	20.35	3,070

Fuente: Política Farmacéutica Nacional

Es importante destacar que en América la política de precios de medicamentos no es uniforme en todos los países. En el siguiente cuadro se observan las medidas tomadas en algunos países al respecto¹³:

¹³ Sobre el tema, aplicado España, se ha hecho un análisis sobre el diseño institucional de la regulación y la provisión pública de especialidades farmacéuticas. En primer lugar, el trabajo muestra con detalle tanto los instrumentos y las instituciones relacionadas con la intervención pública como las relaciones Administración-industria. A continuación, analiza la dinámica del gasto público en especialidades farmacéuticas entre 1986 y 1997, y la efectividad de los diferentes instrumentos de contención del gasto público. Finalmente, sugiere que hay que seguir avanzando en la reforma de los mecanismos de intervención en aras a mejorar la eficiencia de la provisión pública de medicamentos. Ver: "El mercado de medicamentos en España: demanda, gasto farmacéutico e intervención de precios", Autores: Pedro Lobato Brime, Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, ISSN 0019-977X, N° 681-682, 1990 (Ejemplar dedicado a: Reformas sanitarias actuales), pags. 89-106. De otra parte, los medicamentos siempre han sido cuestionados por sus precios altos, pues están directamente relacionados con la salud de las personas. En el Perú, durante los últimos años, se presentaron diferentes propuestas legislativas que buscaron reducir los precios de los medicamentos mediante diversas fórmulas. Algunas de estas fórmulas tuvieron como finalidad introducir mecanismos de control de precios y, de esa manera, modificar radicalmente la política de libre competencia. En ese sentido, el objetivo de este estudio es analizar los precios comparativamente, tanto en el nivel local como en el internacional, para determinar cuál es su comportamiento y si los precios de los medicamentos locales son, o no, más caros que aquellos de otros países. Ver: El mercado de medicamentos en el Perú: ¿libre o regulado?, Economía y Sociedad 56, CIES, junio 2005, Juan José Miranda – IEP.

Países de América con liberación de Precios de Medicamentos

PAIS	SITUACIÓN	COMENTARIO
Argentina	Autorización anual de ajuste de precios	Incremento de precios por 6 a 8 veces en últimos 10 años.
Bolivia	Libertad desde 1996	
Brasil	Libertad desde 1992	Crecimiento de los precio de 54% en términos reales durante la década de los 90.
Colombia	Libertad para la mayoría de los medicamentos desde 1999. Control directo para medicamentos con "exclusividad terapéutica"	Incremento inicial por encima de la inflación
Costa Rica	Libertad desde comienzos de los 90	
Chile	Libertad	
Estados Unidos	Libertad. Medicaid y Veteranos fijan incrementos límite.	
Guatemala	Libertad desde 1987	Sistema de compras del Estado obtiene ahorros superiores al 60%
Haití	Libertad total para el mercado privado El mercado público es relativamente regulado mediante el Programa de Medicamentos Esenciales	No hay seguimiento. No existe información confiable sobre las modificaciones en los precios.
Honduras	Libertad de precios Regulación del precio CIF (margen para productos importados)	
México	Autorización anual de ajuste de precios por Secofi, según los indicadores macroeconómicos.	Aumento de precios por encima de inflación desde 1994
Perú	Libertad desde fines 1990	Incremento de 5 veces entre 1988-98

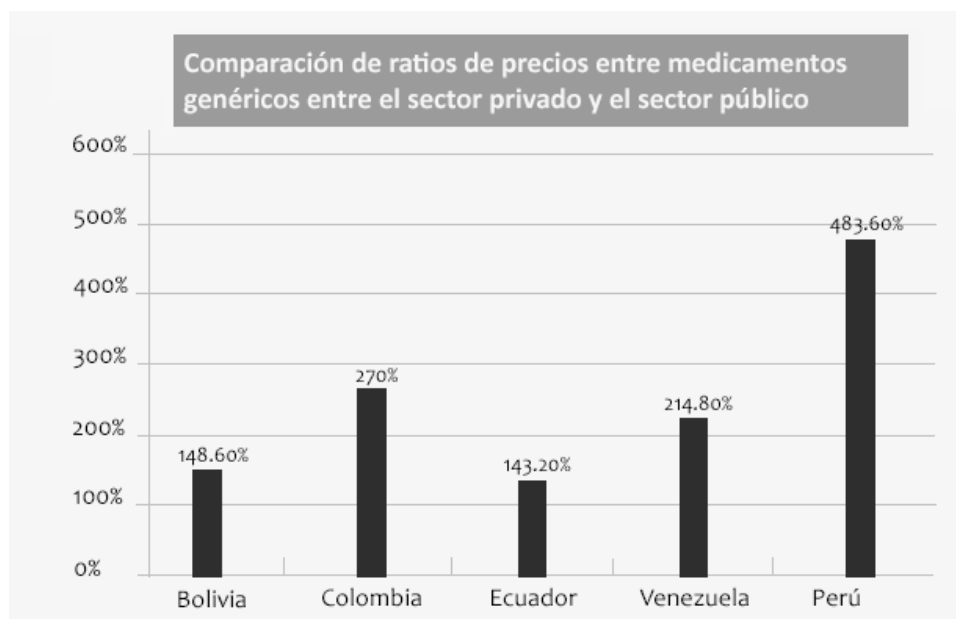
Fuente: OMS/OPS, Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala.

A continuación se presentan cifras de un estudio de la Acción Internacional de la Salud, sobre precios de medicamentos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Perú y Venezuela¹⁴.

Disponibilidad total encontrada en cada país

País	Privado		Público	
	% Marca original	% Genérico más barato	% Marca original	% Genérico más barato
Nicaragua	12%	52%	ND	43%
Bolivia	5%	48%	ND	36%
Colombia	43%	50%	ND	43%
Perú	12%	57%	ND	43%
Venezuela	57%	55%	ND	52%
Ecuador	52%	60%	ND	48%

n= 42 medicinas
ND: no disponible



Señala el estudio que comparando los precios de los medicamentos genéricos que han sido encontrados en los sectores público y privado, el Perú es el país en el cual se ha encontrado mayor diferencia de precios entre los genéricos del sector privado con respecto del precio en el sector público. Allí los genéricos cuestan aproximadamente 3.8

¹⁴ Disponible en http://www.aislac.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=18&Itemid=123

veces más (483.60%) en el sector privado con respecto al sector público. En el Ecuador los medicamentos genéricos cuestan sólo alrededor de 0.4 veces más (143.20%) en el sector privado con respecto al sector público.

Adicionalmente, en el sector privado, se comparó las razones de precios medianos RPMs de 10 medicamentos de marca original seleccionados por ser los medicamentos con más precios recolectados en los países, encontrando que Ecuador y Colombia tienen los precios más altos en esta lista de medicamentos. Concluye que Venezuela, Perú, Colombia y Bolivia han logrado, en el sector público, precios por debajo de la referencia internacional de MSH (Management Sciences for Health), al menos en este grupo de medicamentos.

Según la organización Mundial de la Salud¹⁵ en Colombia el mayor factor de éxito en el Sistema de Salud ha sido haber incorporado un listado de medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, además de las experiencias positivas de algunos esquemas de compras masivas adelantadas por cooperativas y uniones de entidades prestadoras de servicios, junto con la introducción del uso de medicamentos genéricos.

De otra parte también afirma que en los Estados Unidos llama la atención la efectividad para regular el mercado, la existencia de un formulario limitado que establece claramente los medicamentos a que se debe tener acceso, favoreciendo además a los genéricos, cuyo copago es menor (US\$5) a uno de marca (US\$10). Otro elemento identificado como positivo consiste en la forma de entrega de los medicamentos al paciente, que se hace no en el empaque comercial sino en envases individualizados con la dosificación necesaria para el tratamiento respectivo¹⁶.

Según ese mismo estudio, los mercados de medicamentos tienden a ser muy imperfectos, es decir, a no garantizar por sí mismos su acceso para todos los que los necesitan, de modo que no son equitativos ni eficientes. Las principales fallas según la organización son: asimetría de información (los usuarios tienen poco conocimiento sobre las ventajas, peligros y equivalencias de los medicamentos), capacidad que tiene la oferta para determinar la demanda y desequilibrio en el poder de mercado (presencia de uno o muy pocos oferentes).

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, [Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala](http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/3.3.html), 2001, disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/3.3.html>

¹⁶ sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala (OMS/DAP, OPS; 2001; 104 páginas) disponible en <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/6.html>

El médico Juan E. Céspedes señala que si “los mercados de medicamentos fueran casi perfectos, en teoría, los consumidores estarían empoderados para tomar decisiones racionales. Especialmente, contarían con información completa sobre calidad y precios, para poder identificar, evaluar, seleccionar y, finalmente, elegir el mejor sustituto entre las diferentes opciones disponibles”.

También señala que la información sobre precios es, relativamente, fácil de obtener y evaluar pero no la que respecta a la calidad, por ejemplo no es posible verificar a la hora de elegir un producto sustituto (genérico) si éste posee características similares al producto innovador (de marca), aunque el fabricante si conoce la verdad. Lo más grave es que, al decidir exclusivamente en función de la información disponible sobre precios, sin tener en cuenta la información sobre calidad, el resultado puede ser perverso, concluye¹⁷.

En Bogotá existen 22 Empresas Sociales del Estado del ámbito Distrital¹⁸. De estas, cinco son de tercer nivel (Hospital Simón Bolívar, Hospital Occidente de Kennedy, Hospital El Tunal, Hospital La Victoria y Hospital Santa Clara), siete de segundo nivel (Hospital Engativá, Hospital Fontibón, Hospital Bosa, Hospital Centro Oriente, Hospital San Blas, Hospital Tunjuelito, Hospital Meissen) y diez de primer nivel (Hospital Chapinero, Hospital Suba, Hospital Usaquén, Hospital del Sur, Hospital Pablo VI, Hospital San Cristobal, Hospital Usme, Hospital Rafael Uribe Uribe, Hospital Vista Hermosa, Hospital Nazareth)¹⁹.

Todas ellas, dentro de su autonomía administrativa y presupuestal deben adquirir medicamentos e insumos médicos para poder cumplir con su objeto social, tarea en la cual no se puede descuidar ningún aspecto pues la no disponibilidad de los mismos pone en peligro la vida de los pacientes. La Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007 puso en evidencia falencias en el suministro de las medicinas; del total de preguntas contenidas en

¹⁷ Ver <http://observamed.googlepages.com/genericosreflexionjec>

¹⁸ La ley 100 de 1993 define la Empresa Social del Estado como “una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso”.

¹⁹ En primer nivel de atención se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del Plan de Atención Básica (PAB), consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico entre otros, en el segundo nivel se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas. En tercer nivel de atención se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Psiquiatría, Fisiatría, Genética, Nefrología, Cirugía General, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Cirugía pediátrica, Neurocirugía, Cirugía plástica, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, atención de partos y cesáreas de alta complejidad, laboratorio e imagenología de alta complejidad, atención odontológica especializada, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

el instrumento de recolección de información se introdujeron 13 para analizar sus resultados con relación a aseguramiento, medicamentos y atención en salud.

Con relación a la entrega de medicamentos el 63,03% respondió que le entregaron todos, mientras que un 20,9% respondió que le entregaron algunos y el 16,08% respondió que no se los entregaron. Frente a la no entrega, el 63,91% manifestaron que la justificación dada por parte del prestador fue que no estaban en el POS, el 18,89% manifestaron que no habían los medicamentos y el 6,31% no hizo las gestiones para reclamarlos²⁰.

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA BOGOTÁ 2007
PERSONAS QUE ESTUVIERON ENFERMAS EN LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA A LAS QUE LES FORMULARON REMEDIOS, DE ACUERDO CON LA ENTREGA O NO DE LOS MEDICAMENTOS, SEGÚN LOCALIDAD
MEDICAMENTOS

LOCALIDAD	Personas enfermas que usaron los servicios de una EPS o ARS	Personas a las que les formularon medicamentos		Le entregaron todos los medicamentos		Le entregaron parcialmente los medicamentos		No le entregaron ningún medicamento	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total Bogotá	322.610	263.652	81,7	186.175	63,0	55.092	20,9	42.385	16,1

RAZON PARA NO ENTREGAR TOTAL O PARCIALMENTE:									
No están incluidos en el POS		No había los medicamentos recetados		No había la cantidad requerida o por errores o		No hizo las gestiones para reclamarlas		Otra	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
62.299	63,9	18.409	18,9	4.972	5,1	6.152	6,3	5.845	5,8

Nota. La columna "Otra razón" incluye No sabe que debe afiliarse y No hay una entidad cercana
Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007
Procesamiento: SDP, Dirección de Información, Cartografía y Estadística

En el caso de los hospitales, debido a las condiciones y el poder en el mercado, no se obtienen los precios más óptimos que les permitan ahorros en sus presupuestos. Se han hecho esfuerzos importantes en materia de adquisición de medicamentos por parte de las Empresas Sociales del Estado, como lo han sido los convenios suscritos por los veintidós hospitales para su negociación conjunta lo cual permitió un ahorro de 3.750 en el año 2004, cifra que es importante en la medida en que los hospitales destinan una cifra

²⁰ Veeduría Distrital de Bogotá, Cómo avanza el Distrito en Salud 2007.

aproximada del 25% de su presupuesto en adquisición de insumos hospitalarios y medicamentos²¹.

La Secretaría de salud afirma que con la compra conjunta es posible seleccionar a los proveedores que ofrecen las mejores condiciones técnicas, económicas y comerciales, se consigue mayor calidad, mejores precios y mejores condiciones financieras; se genera más transparencia, se obtiene mayor respaldo técnico; se favorece el establecimiento de alianzas estratégicas para brindar servicios en forma conjunta; se aprovecha las economías de escala, frente a proveedores de diferentes insumos y servicios y se favorece la posición de competencia de los hospitales públicos en el mercado de servicios de salud.

No obstante los acuerdos solo funcionan para la etapa de negociación, en la que los hospitales, a través de una asesoría contratada previamente, definen los mejores precios para compra en bloque a productores y en algunos casos a distribuidores, logrando a través de estos altos volúmenes, economías de escala deseables; no obstante al momento de la celebración de cada contrato de suministro, éste debe hacerse de manera individual y en algunos casos se rompe el acuerdo o pacto inicial debido a que algunos de ellos presentan morosidad ante los proveedores o reciben ofertas de venta a menores precios.

En el año 2007, al Veeduría distrital elaboró un Boletín de Precios y Compras de Medicamentos de Hospitales II y III nivel²², el cual involucró a cinco Empresas Sociales del Estado Distritales de tercer nivel y siete de segundo nivel de atención. El estudio concluyó que la costumbre de compra predominante es la negociación conjunta, con una participación del 82.1% de la totalidad de las compras de medicamentos de los hospitales examinados. La modalidad de compra directa sólo tiene una participación del 12.58% mientras que la modalidad de oferta o convocatoria pública con el 5.3% de sus compras.

El estudio resaltó que la negociación conjunta tiene varias fortalezas entre las cuales se encuentra la disminución y uniformidad en los precios de suministro que implica un ahorro en la inversión de recursos; la actuación de la Red de Hospitales como agente regulador

²¹ Secretaría de salud del Distrito. Nota de prensa "Medicamentos de mejor calidad y más económicos". Disponible en <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/CONVENIO%20MEDICAMENTOS.doc>

²² Veeduría Distrital, Boletín de precios de compra de medicamentos, hospitales nivel II y II, Bogotá junio de 2007. Para esta análisis, se tuvo en cuenta: Los precios promedio de distribuidor (PPO) obtenidos de la Comisión Nacional de precios de medicamentos, los cuales responden al reporte de las firmas farmacéuticas, los precios de negociación con (PNC) obtenidos del precio propuesto por el proveedor ó distribuidor de medicamentos, dentro del proceso adelantado por la Secretaría de Salud Distrital, y los precios promedio de compra (PPC) precios que se obtienen de la relación entre la cantidad de medicamentos adquiridos y la inversión en recursos durante del periodo objeto de análisis.

de precios dados grandes volúmenes de negociación; disminución de la carga en términos de trámites administrativos en la contratación, existencia de un proceso más riguroso en la de evaluación técnica, económica y jurídica que permite obtener como resultado mejores condiciones técnicas, comerciales y de calidad de los medicamentos, lo que se traduce en transparencia e igualdad.

Como debilidades de este tipo de negociación se encontró por parte de la veeduría que en algunos casos se desconocen y no se respetan los acuerdos, con el propósito de renegociar los precios por debajo ó por fuera de lo pactado; de la misma forma, demora en el inicio del proceso de negociación conjunta realizado por la Secretaría de Salud una vez terminado el anterior por lo que los hospitales deben acudir a la contratación directa; también se hace necesario ampliar la cobertura del portafolio de medicamentos. Factores tales como la baja disponibilidad de recursos de inversión, la morosidad en el pago y la falta de confianza en el proceso, se convierten en limitantes que utilizan los proveedores; además las demoras en el pago se traducen en mayores precios.

Sostiene el estudio que la compra directa permite atender requerimientos o necesidades inmediatas y la entidad tiene mayor poder de negociación que en la conjunta. Pero desde el punto de vista de las debilidades se tiene que quienes concurren son en su mayoría los distribuidores y no los fabricantes, por tratarse de bajos volúmenes lo cual afecta el precio, además que hay moras en el pago y esto también incide en un precio superior. Finalmente el proceso de oferta o convocatoria pública, que no es usual en estos hospitales, es muy conveniente puesto que se alcanzan mejores precios siempre teniendo como referencia los precios de negociación conjunta.

Para concluir este punto, tenemos que la situación actual de comercialización de medicamentos es un asunto de suma importancia para el Distrito Capital en cuanto sus altos costos inciden en la sostenibilidad del sistema de salud. La idea de crear una cooperativa, que se edifica en los principios del no lucro, la solidaridad, la ayuda mutua y la autogestión, permitirá disminuir los costos mediante economías de escalas, que constituyen medidas institucionales para regular el mercado y eliminar fallas que se tiene identificadas, más aún si se tiene en cuenta el tipo de consumidores en este mercado y la importancia de los bienes objeto del mismo.

Según el doctor Francisco Zuluaga, exgerente de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (Cohan), el bajo perfil del sector solidario genera que se desconozca el peso de estas entidades en el país, aunque son 570 hospitales asociados en 11 cooperativas de hospitales, que incentivan economías de escala y regulan precios de insumos y recurso

tecnológico asociado a la prestación del servicio de salud, rubros que representan del 50 al 62% de los sobrecostos²³.

El proyecto presentado, cuyo artículo fue aprobado en la plenaria bajo el radicado 088 de 2009, se estructura en cuatro artículos muy sencillos y de fácil comprensión. En el primero se autoriza a las entidades descentralizadas del Sector Salud Distrital, llamadas Empresas Sociales del Estado, para que constituyan una Administración Pública Cooperativa. Para ello, aunque no lo diga la norma, deberán observar dentro del marco de autonomía que prescribe la ley, los procedimientos respectivos, las asambleas y los registros ante los entes de control.

El objeto principal de la Administración Pública Cooperativa es apoyar el desarrollo social, económico y científico de las entidades asociadas, para así contribuir a mejorar el nivel de salud de la población residente en el Distrito Capital. Tal fin se cumple mediante una actividad económica que en este caso consiste en el desarrollo de operaciones de mercadeo, compra y distribución mayorista a gran escala de medicamentos, insumos médico quirúrgicos, tecnología biomédica, así como producir y comercializar bienes y servicios requeridos por los hospitales.

En el artículo 2 se determina que el régimen jurídico aplicable es el cooperativo, que en casos muy puntuales como el control fiscal y de contratación ordena la aplicación del derecho público. El artículo tercero pone en cabeza de la entidad constituida el envío anual al Concejo de Bogotá, de copia de los informes exigidos en la normatividad cooperativa. Finalmente el artículo cuarto versa sobre la vigencia.

Compartimos con la administración las ventajas enunciadas en su concepto radicado 13681 del 13 de febrero de 2009 en el que señaló que esta APC permitiría superar dificultades financieras por la obtención de economías de escala, permitiéndoles ser más costo-eficientes en materia de prestación de servicios de salud, la disminución de gastos en los procesos de contratación individual, consolidación de diferentes experiencias, información y resultados administrativos obtenidos y en especial asistencia mutua.

Adicionalmente se fortalecerá la especialización de servicios en las Empresas Sociales del Estado al ser la nueva entidad un modelo de atención con enfoque de asistencia primaria de salud. También se tendrá como aspecto positivo la implementación de

²³ <http://www.periodicoelpulso.com/html/oct04/general/general-12.htm> octubre de 2004.

sistemas de negociación con otras entidades prestadoras de salud con indicadores relevantes de administración, permitirá la oportunidad de outsourcing diferente a los misionales y buscará la racionalización de la oferta y la tecnología.

Hasta aquí podría decirse que el proyecto de acuerdo presentado no tiene inconveniente alguno, pues nos hemos dedicado a resaltar sus bondades, pero el problema no está en su contenido sino en el hecho de su inoportuna y malintencionada presentación. Como se anotó al inicio el doctor Durán presentó el Proyecto 088 de 2009 el cual buscaba autorizar la creación del ente cooperativo, el cual luego de los debates reglamentarios pasó a sanción del señor alcalde, quien lo objetó bajo el argumento de que no contaba con su aval o iniciativa y que este era un requisito de ley fundamental para poder dar curso a este tipo de iniciativas.

Pero lo más grave del asunto es que sí se contaba con este aval que en términos prácticos significa una convalidación en la iniciativa o ratificación de la misma, pese incluso a existir argumentos que refuerzan la idea de que ésta no era necesaria por cuanto la ley cooperativa exige una iniciativa pública del ente territorial y no la sujeta a la del respectivo alcalde gobernador o Presidente de la República, pero bueno se contaba con ésta, contenida en varios documentos que forman parte del expediente de ese proyecto e incluso una declaración del mismo Secretario de Salud tomada del acta sucinta de la comisión de gobierno del 4 de marzo de 2009 en la cual se dijo (respecto al proyecto 088) lo siguiente:

“El Presidente de la Comisión le concede la palabra al Señor Secretario de Salud Doctor Héctor Zambrano, quien a nombre de la administración señala que después de escuchar a los ponentes, al autor y a los Honorables Concejales que intervinieron se observa la importancia de la constitución de una cooperativa de esta naturaleza basada en la voluntad de los futuros asociados, para esta iniciativa no es necesaria la iniciativa del Señor Alcalde, su vigilancia está a cargo de la entidad que vigila las cooperativas que es DANCOOP, el control fiscal está a cargo de la Contraloría Distrital, **este proyecto cuenta con el aval y la viabilidad de la Administración**, se debe redactar un articulado que sea conveniente para esta importante entidad” (resalto fuera de texto).

De esta manera y desconociendo que sus objeciones son el producto de problemas internos de comunicación entre las dependencias que él mismo alcalde Moreno dirige, abusivamente **PLAGIA** la mayor parte del proyecto que de manera juiciosa y con un alto componente investigativo había elaborado el Concejal Durán, y lo presenta a la Corporación como idea suya. Uno pensaría que esta Administración está en capacidad de elaborar una excelente exposición de motivos porque manejan la información, las

investigaciones y las cifras de primera mano, pero no es así porque al parecer ellos no tienen esas habilidades y competencias, fundamentales para cualquier administrador de lo público.

Esa actitud, en mi opinión es malintencionada e irrespetuosa ya que su único aporte es el de enredar jurídicamente el curso que se ha dado a la iniciativa del concejal Durán ya que en caso de que esta Corporación dé curso y apruebe el proyecto 199 (del alcalde) y por otra parte el Tribunal ordene al alcalde, luego de estudiar las objeciones, sancionar el proyecto 088 (concejal Durán) coexistirían dos normas muy parecidas que generarían muchos problemas jurídicos al momento de conformar la APC.

Estudios o investigaciones consultadas

ARANGO JARAMILLO, Mario. Economía solidaria. Medellín: Coimpresores Ltda, 2000.

CRUZ MARTINEZ, Alexander. Proyecto de Investigación "Intervención del Estado en el sector Solidario". Universidad del Rosario, 2009.

KATIME, Abraham y SARMIENTO, Antonio José. Hacia la construcción de un derecho solidario en Colombia. Segunda edición. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, 2006.

LOBATO BRIME, Pedro. El mercado de medicamentos en España: demanda, gasto farmacéutico e intervención de precios, Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, ISSN 0019-977X, Nº 681-682, 1990 (Ejemplar dedicado a: Reformas sanitarias actuales), pags. 89-106.

MEDICI, André. Desafíos y oportunidades para la mejora del acceso a medicamentos en Centro-América. Disponible en <http://www.boletinfarmacos.org/092008>

MIRANDA Juna José. El mercado de medicamentos en el Perú: ¿libre o regulado?, Economía y Sociedad 56, CIES, junio 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional - Segunda edición](http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5410s/5.html) (OMS; 2002; 102 páginas). Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5410s/5.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala](http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/3.3.html), 2001, disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/3.3.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala (OMS/DAP, OPS; 2001; 104 páginas) disponible en <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/6.html>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Implementación del sistema de suministros hospitalarios, Federación Red Nacional de Cooperativas de Hospitales de Colombia; Santafé de Bogotá, Redsalud, 1999, 74p.

SUAREZ MEDRANO, Maria Eugenia. Características del mercado privado de medicamentos en Colombia, 1999, Organización Panamericana de la Salud -OPS-, Bogotá, D.C.: OPS, 2000, 63p.

VEEDURÍA DISTRITAL DE BOGOTÁ. Cómo avanza el Distrito en Salud 2007.

VEEDURÍA DISTRITAL DE BOGOTÁ. Boletín de precios de compra de medicamentos, hospitales nivel II y II, Bogotá junio de 2007.

_____, Agreement emphasizes cooperation in health management, disponible en http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1229

Fuentes electrónicas consultadas directamente

<http://observamed.googlepages.com/genericosreflexionjec>
http://www.aislac.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=18&Itemid=123
<http://www.periodicoelpulso.com/html/oct04/general/general-12.htm> octubre de 2004.

<http://www.supersolidaria.gov.co>
http://www2.aciamericas.coop/spip/article.php3?id_article=45, consulta octubre de 2007.

Cifras y estadísticas que sustentan esta ponencia

GASTO EN MEDICAMENTOS. PAISES SELECCIONADOS. 2003

PAÍS	GASTO billions US\$	POBLACION Millones	PER CAPITA US\$	PIB/Cápita US\$
USA	152.2	285	534.04	34.280
JAPON	49.2	127	387.40	35.610
FRANCIA	16.1	59	272.88	22.730
CANADA	7.6	31	245.16	21.930
ALEMANIA	19.5	82	237.80	23.560
ITALIA	11.5	58	198.28	19.390
REINO UNIDO	11.6	59	196.61	25.120
AUSTRALIA	3.6	19	189.47	19.900
ESPAÑA	7.5	41	182.93	14.300
MEXICO	6.1	99	61.62	5.530
ARGENTINA	1.2	37	32.43	6.940
COLOMBIA	1	43	23.26	1.890
BRASIL	3.5	172	20.35	3.070

Fuente: Política Farmacéutica Nacional

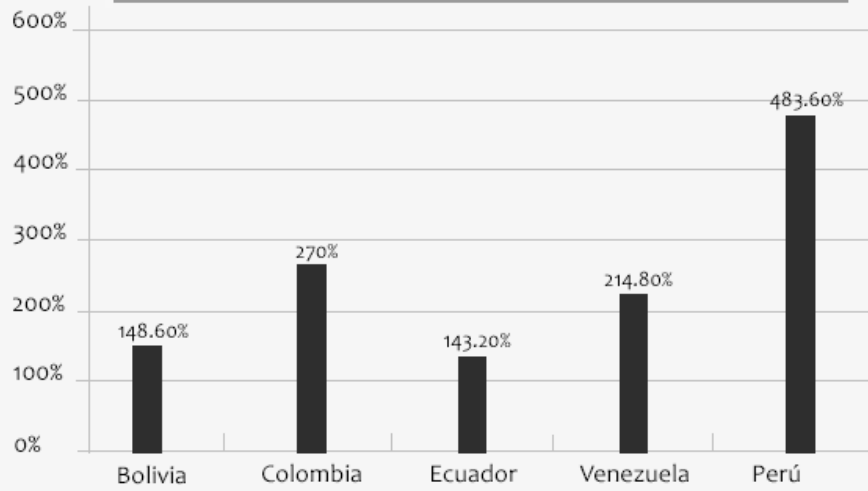
Precios de medicamentos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Perú y Venezuela

Disponibilidad total encontrada en cada país

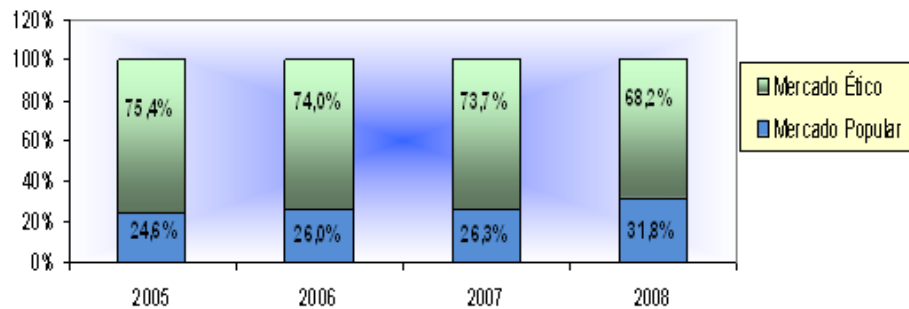
País	Privado		Público	
	% Marca original	% Genérico más barato	% Marca original	% Genérico más barato
Nicaragua	12%	52%	ND	43%
Bolivia	5%	48%	ND	36%
Colombia	43%	50%	ND	43%
Perú	12%	57%	ND	43%
Venezuela	57%	55%	ND	52%
Ecuador	52%	60%	ND	48%

n= 42 medicinas
ND: no disponible

Comparación de ratios de precios entre medicamentos genéricos entre el sector privado y el sector público

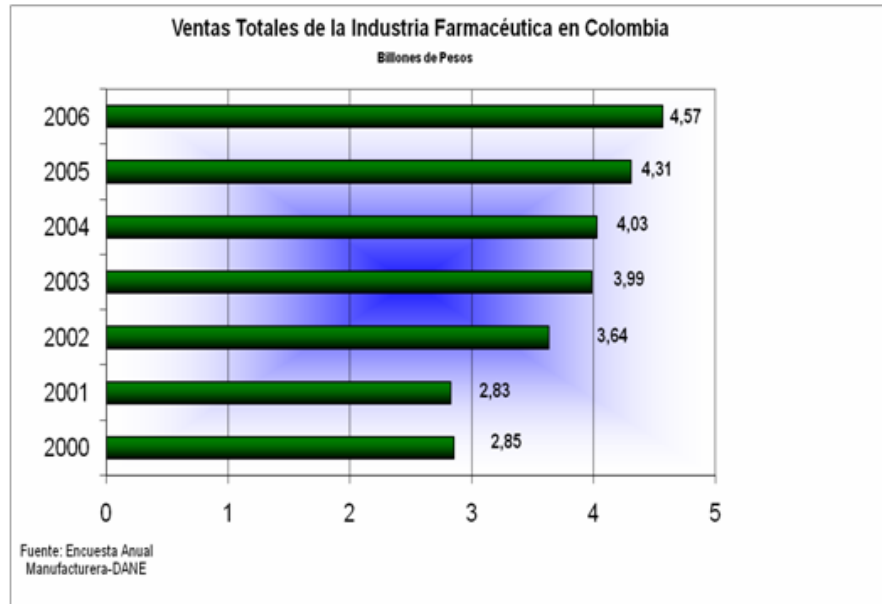


Participación en el Valor de las Ventas del Mercado Ético y Popular en Colombia

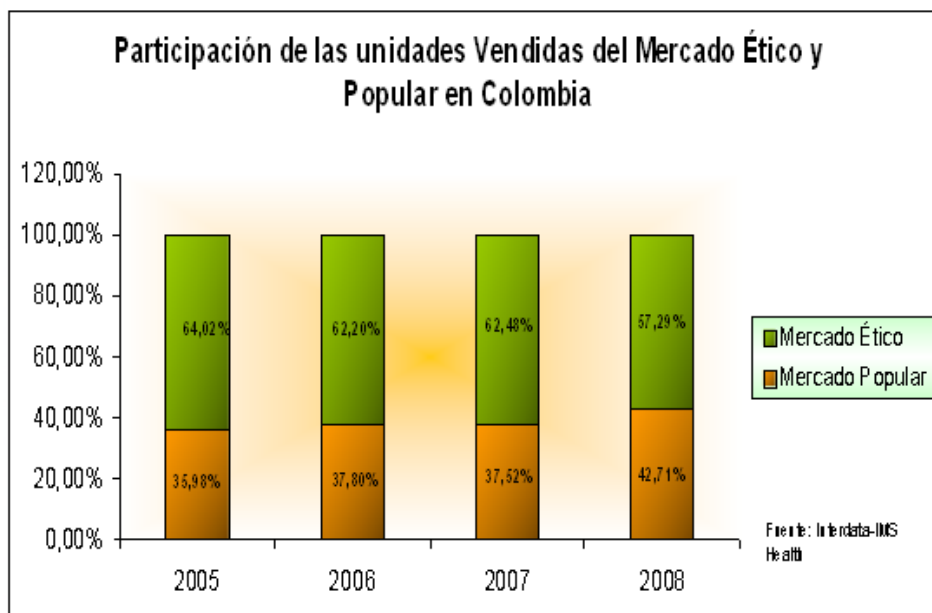


Fuente: Interdata-IMS Health

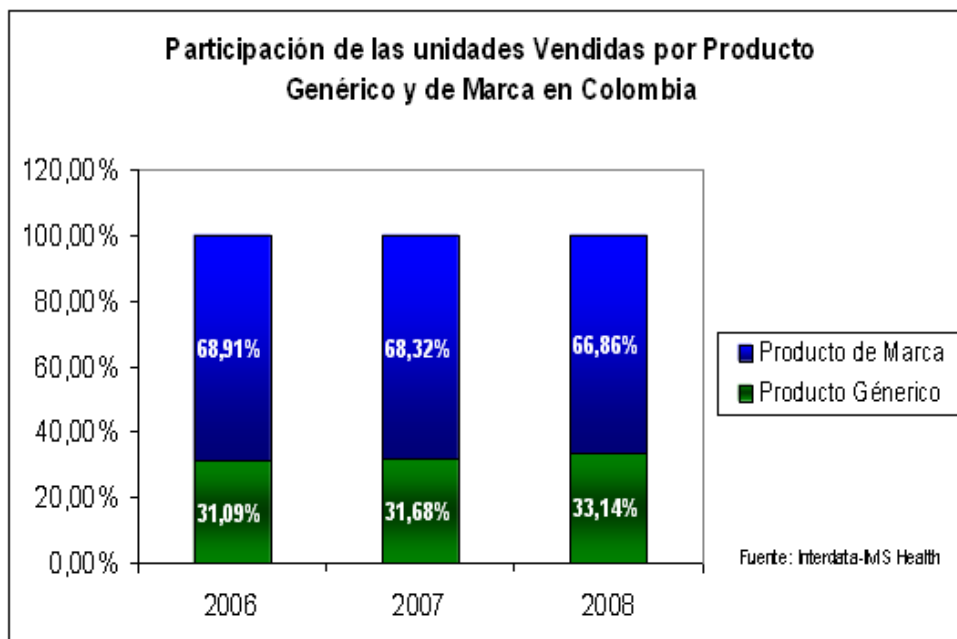
Fuente: Cifras de Andi, venta de mercado privado, 2009



Fuente: Cifras de Andi, venta de mercado privado, 2009



Fuente: Cifras de Andi, venta de mercado privado, 2009



Fuente: Cifras de Andi, venta de mercado privado, 2009

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA BOGOTÁ 2007
PERSONAS QUE ESTUVIERON ENFERMAS EN LOS 30 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA A LAS QUE LES FORMULARON REMEDIOS, DE ACUERDO CON LA ENTREGA O NO DE LOS MEDICAMENTOS, SEGÚN LOCALIDAD
MEDICAMENTOS

LOCALIDAD	Personas enfermas que usaron los servicios de una EPS o ARS	Personas a las que les formularon medicamentos		Le entregaron todos los medicamentos		Le entregaron parcialmente los medicamentos		No le entregaron ningún medicamento	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total Bogotá	322.610	263.652	81,7	166.175	63,0	55.092	20,9	42.385	16,1
RAZON PARA NO ENTREGAR TOTAL O PARCIALMENTE:									
No están incluidos en el POS		No había los medicamentos recetados		No había la cantidad requerida o por errores o		No hizo las gestiones para reclamarlas		Otra	
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
62.299	63,9	18.409	18,9	4.972	5,1	6.152	6,3	5.645	5,8

Nota. La columna "Otra razón" incluye No sabe que debe afiliarse y No hay una entidad cercana
 Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007
 Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y Estadística

Entidades del sector solidario registradas ante la Superintendencia de Economía Solidaria a diciembre de 2008: 5.418

Ingresos en ese periodo: 15,33 billones de pesos

Número de asociados: 4.544.867

Número de empleados: 159.513

APC registradas ante la Superintendencia de Economía Solidaria a diciembre de 2008: 25

Ingresos 126.140 millones de pesos

Asociados 2.251 personas

Empleados: 285 personas

Competencia del Concejo

El Decreto-Ley 1421 de 1993 establece entre las atribuciones del Concejo de Bogotá. Artículo 12:

“9. Crear, suprimir y fusionar establecimientos públicos y empresas industriales y comerciales y autorizar la constitución de sociedades de economía mixta y la participación del Distrito en otras entidades de carácter asociativo, de acuerdo con las normas que definan sus características”.

Impacto fiscal

Este acuerdo efectivamente genera un impacto para las Empresas Sociales del Estado que participen en su constitución y que corresponde al monto de aportes que se establezca en la asamblea de constitución.

Contrario a lo que afirma el alcalde en su proyecto, no se puede direccionar, del presupuesto destinado a compra de medicamentos de los hospitales y del Fondo Financiero Distrital, recursos para constituir la Administración Pública Cooperativa pues podría estarse incurriendo en acciones sancionables disciplinaria, fiscal y penalmente, por el hecho de aplicar recursos públicos para fines no previstos en el presupuesto.

Conclusión

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas me permito manifestar que rindo **PONENCIA NEGATIVA** al Proyecto de Acuerdo 199 de 2009 “por el cual se autoriza la constitución de una Administración Pública Cooperativa de las entidades descentralizadas del sector salud distrital”

Atentamente,

FELIPE RIOS LONDOÑO

Concejal

Proyectó: Alexander Cruz Martínez