

## Entrevista a John Marulanda

- Revista Divergencia (RD): ¿Cómo podemos garantizar de manera efectiva el goce del derecho a la salud manteniendo los monopolios transitorios que le dan las patentes a la industria farmacéutica (considerando la innovación tecnológica)?

- John Marulanda (JM): Actualmente existe una serie de mecanismos que se están implementando a través de actos administrativos en cabeza del Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud. Estos son:

1. Compra centralizada a través del fondo rotatorio en cabeza de las Naciones Unidas y de la Organización Panamericana de la Salud, con el objetivo de disminuir los costos. Este tipo de compras generan economías de escala.
2. Precios de referencia internacional, con los cuales se ha regulado parte de los precios y se ha buscado disminuir todos los costos y precios de

transferencia en una cadena productiva del consumo de los medicamentos. Restricciones al plan de beneficios sobre el uso de tecnologías.

3. Plan de beneficios fundamentado en criterio de costo de efectividad solo incluye aquellos medicamentos que de alguna manera establecen, vía costo y resultados clínicos, un beneficio tangible.

Otro mecanismo que tal vez pueda entrar en discusión es el fomento de la industria farmacéutica nacional; sin embargo, esta no posee la suficiente masa crítica para entrar frente a las internacionales de alto nivel. Un ejemplo de estos son los biotecnológicos, que se les está haciendo un mecanismo de revisión y aprobación rápida para que entren en competencia contra los de marca, ya que tienen un precio muy alto en el mercado.

El costo de efectividad es el concepto bajo el cual se diseñan estos mecanismos; este es un criterio de costo

beneficio. Este criterio responde a la caracterización de un individuo de acuerdo con sus necesidades médicas, lo que hace que los mecanismos se diseñen de una manera más específica en función del costo de efectividad de los medicamentos.

Hay que tener en cuenta que este sector es muy particular, ya que es el único en el que se introducen nuevas tecnologías y que posteriormente tiene como resultado aumentos en los precios; esta imperfección por la misma naturaleza de este mercado obliga a que haya una constante intervención del Estado. Además, la intensidad de uso de los medicamentos, en parte debido a su demanda constante y también a la necesidad de estudios clínicos.

En economía de la salud, siempre se ha discutido si los precios funcionan, desde el artículo de Arrow en el que menciona que la incertidumbre no permite que los precios funcionen bien en este mercado como se puede hacer en un mercado intervenido. Joseph Stiglitz dice que los precios funcionan de manera parcial, pero hoy en día, con las mediciones que se hacen, se ha disminuido un poco esa incertidumbre por el concepto de riesgo.

- RD: ¿El tamizaje es económicamente más eficiente que los mismos costes de la enfermedad?

- JM: El tamizaje de enfermedades huérfanas, aquellas enfermedades raras que tienen 1 cada 5.000 personas, son cuestiones genéticas, y otros tipos de tamizaje van bajo el coste de efectividad, es decir, hay unos criterios objetivos que se miden en términos agregados; por ejemplo, si suman tantos años de vida o no determinan que se haga el tamizaje. Hay cosas que en salud son de sentido común. Amartya Sen dijo, parafraseándolo: no hay que hacer las comprobaciones econométricas de que necesitamos la salud.
- RD: ¿Es sostenible unir los regímenes contributivo y subsidiado?
- JM: Esto implicaría cambios en la organización del sistema vía Congreso de la República. Se puede decir que hay una unión funcional de los regímenes, ya que las EPS tienen el mismo fundamento jurídico, pero en términos del formalismo legal, una fusión entre estos dos regímenes desde algo más organizativo debería pasar por el Congreso. Hay ciertas características entre ambos regímenes que se han vuelto equivalentes con el pasar del tiempo a solicitud, por ejemplo, del Ministerio de Salud, los planes de beneficios tienen PUC equivalentes con algunos elementos disímiles debido a cuestiones administrativas.

- RD: ¿Cree que la implementación de cambios en el sistema de la salud a corto o mediano plazo puede llegar a presentar unos resultados óptimos, puesto que cambios como las EPS siguen presentando problemas que se trataban de solucionar en el pasado?
- JM: El aseguramiento en salud, concepto del cual existe más de una forma organizativa, de la cual hacen parte, en nuestro caso, las EPS, es una técnica para garantizar el derecho fundamental a la salud. Por ello, existe más de una técnica y forma organizativa de hacerlo. Si se privilegia un óptimo de eficiencia o de equidad, es una decisión social que afectaría esas técnicas y formas organizativas.

Aceptando las premisas de aseguramiento en salud, existen al menos tres condiciones que son connaturales al mismo, expuestas por la OMS en su informe del año 2000: mancomunación del riesgo, compra estratégica de servicios y solidaridad. Que en la organización de un sistema de aseguramiento en salud sea indispensable la presencia de las EPS, no necesariamente, pero alguna instancia, también lo público, puede cumplir con estas tres funciones.

Ahora, el aseguramiento es una forma óptima de garantizar el derecho. La existencia de las EPS depende di-

rectamente de cómo se organice ese sistema, junto con los acuerdos sociales. En Corea es un sistema único, público, centralista. En Cuba, todas las instancias son públicas por el régimen político. En Colombia los problemas son la eficiencia y la equidad. El sistema no se puede corregir, sino cambiar, incluyendo reformas en la Constitución. Hoy en día, la defensa de los derechos humanos se volvió la principal función de las cortes. Hoy en día el derecho a la salud es el derecho a la seguridad social de la salud. El único con la capacidad de modificar la existencia de las EPS es el Congreso.

- RD: ¿Pueden las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) tener un cambio en la prestación de servicios, teniendo en cuenta que muchas personas, cuando tienen la posibilidad, prefieren acudir a un médico particular antes de ir a una EPS, lo que incrementa las brechas sociales? ¿Cómo puede el sistema de la salud cambiar esta realidad?
- JM: Difícil y fácil esa respuesta, ya que toca en un Estado democrático como el nuestro, las bases de nuestro Estado de derecho, el ordenamiento jurídico, donde se respetan la propiedad privada y la libertad de empresa. Se puede llegar a justificar moralmente que las brechas deben estar referidas a comodidades o preferencias que

no afectan el derecho fundamental de las personas, donde todos somos igualmente sujetos de derecho, sin distingos. Así, todos debemos tener igualdad de trato y oportunidades, en este caso, de curación frente a la enfermedad.

Es evidente que existen brechas en este último sentido, medidas por indicadores de salud, entre las personas del régimen contributivo y subsidiado y entre estas y las que tienen medicina prepagada. Hay inequidades inaceptables que afectan este derecho y vías institucionales para reclamar las respectivas garantías, pero el centro de la pregunta implicaría, en sentido amplio, un cambio en ese Estado democrático o seudo democrático, si se quiere, que implica cambios de fondo en el estatus quo en nuestra estructura social y política, más allá de cualquier reforma, que no deja de ser, esta última, una actitud conservadora.

Nuestra Constitución, además, frente al derecho a la seguridad social y las brechas que se enuncian en la pregunta, en su Artículo 48, habla de tres principios: universalidad, eficiencia y solidaridad, no de equidad, pues deja inmersa la salud dentro de este sistema y acepta la solidaridad, aporta el que más tiene y recibe el que más necesita, y las brechas entre personas.

Ahora, fuera del marco conceptual, propio de la discusión académica en el

aula de clase, los regímenes democráticos, con un excesivo poder presidencialista como el nuestro, desequilibran los poderes tradicionales del Estado, lo cual puede privilegiar la participación de los privados en un servicio público como el de la salud, generando barreras “aceptables” a los servicios de salud. Ello también explica tanto el activismo de la Corte, que ante un poder legislativo débil es acusada de colegislar y coadministrar, frente a la defensa de un derecho fundamental, como el de la salud, en un mercado que no puede ser más imperfecto que el de los servicios de salud.

El problema de las EPS es organizarse para un sistema de aseguramiento que busca un óptimo que está en chino. En un régimen excesivamente presidencialista, la defensa de un derecho fundamental como el de la salud se vuelve difícil, porque el privado estaría protegido por el gobierno a costa de los barridos de acceso que pueda ocasionar por la falta de incentivos económicos. Todas las EPS están quebradas. En este régimen, la Corte [Constitucional] asume el papel de legislador, del Congreso, para equilibrar que ese derecho fundamental se respete. Problema que las EPS funcionan aquí donde se privilegian, periodo de transición, proteccionismo, no se quiebran, 10 años de transición, no tienen que pagar las deudas. Los cálculos no consideran el pago de deudas, entre 5 y 8 billones de pesos.