



consultorsalud

Presente y futuro

# DE LA VIGILANCIA Y EL ACCESO DE LOS MEDICAMENTOS EN COLOMBIA Y LATINOAMÉRICA





## Entrevista exclusiva al **Dr. Francisco Rossi**

>>> Por el Dr. Carlos Felipe Muñoz  
CEO Consultorsalud



# ENTREVISTA EXCLUSIVA

El Gerente General de **CONSULTORSALUD**, Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes, se reunió y conversó durante algo más de 80 minutos con el Dr. Francisco Rossi, saliente director del Invima y nuevamente asesor del despacho de la Ministra de Salud Carolina Corcho para abordar los principales temas relacionados con los medicamentos.

La conversación abordó ampliamente el estado actual y futuro del Invima, los registros sanitarios, la homologación de trámites, los estándares de calidad, el mercado latinoamericano y la posibilidad de compras centralizadas, las flexibilidades del sistema de propiedad intelectual, los operadores logísticos, la regulación del uso, los medicamentos esenciales y de alto costo, la regulación de precio y el precio basado en valor y el estado actual del desabastecimiento.

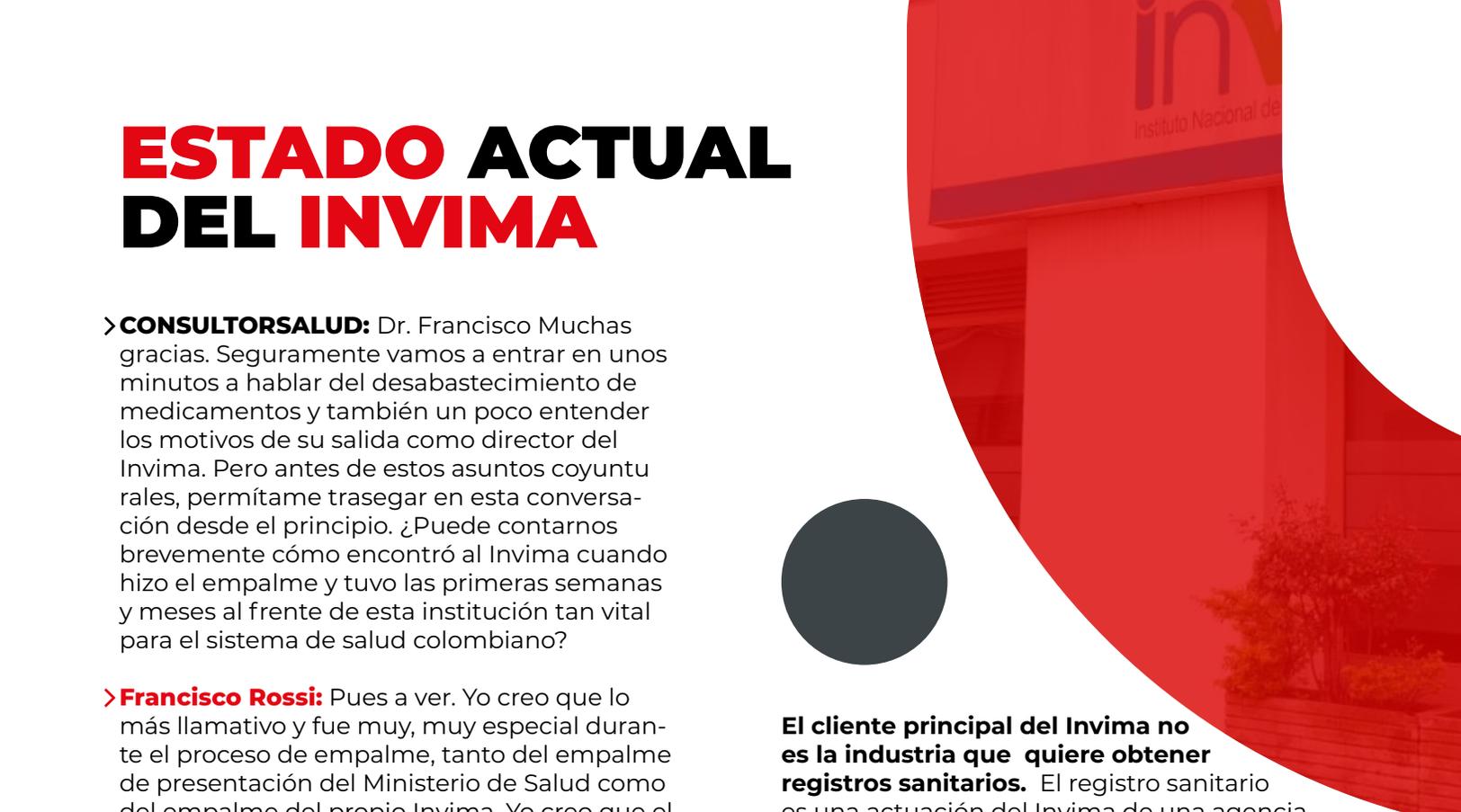
Una entrevista llena de datos, historia y prospectiva, indispensable para todos los actores colombianos y latinoamericanos que tienen alguna relación con el mercado de los medicamentos y su dispensación como servicio esencial en los sistemas de salud.



# ESTADO ACTUAL DEL INVIMA

> **CONSULTORSALUD:** Dr. Francisco Muchas gracias. Seguramente vamos a entrar en unos minutos a hablar del desabastecimiento de medicamentos y también un poco entender los motivos de su salida como director del Invima. Pero antes de estos asuntos coyunturales, permítame trasegar en esta conversación desde el principio. ¿Puede contarnos brevemente cómo encontró al Invima cuando hizo el empalme y tuvo las primeras semanas y meses al frente de esta institución tan vital para el sistema de salud colombiano?

> **Francisco Rossi:** Pues a ver. Yo creo que lo más llamativo y fue muy, muy especial durante el proceso de empalme, tanto del empalme de presentación del Ministerio de Salud como del empalme del propio Invima. Yo creo que el problema más serio que teníamos en aquel momento era el divorcio entre el Invima y el Ministerio, por razones históricas, por razones políticas, por razones incluso de personalidades y, también, por algunos roces de tipo institucional, pues el Invima tiene especificidades que son muy su particularidad institucional y que hicieron que se presentara una fractura; fractura que empezó durante la época de la pandemia y que fue uno de los temas críticos durante la presentación del empalme. Adicionalmente, había otros problemas de los cuales estuvimos conversando. Adicionalmente, había otros problemas de los cuales estuvimos conversando: el tema depende de las tarifas que cobra por los servicios que presta, cosa que durante el empalme estuvimos criticando porque realmente no es una institución que preste servicios y no es una institución que haga trámites, pero por razones históricas terminó convirtiéndose en eso, en una institución que vende unos servicios y que presta unos trámites. Discutimos mucho, y lo hemos repetido en muchos escenarios, que es lo que hace el Invima.



**El cliente principal del Invima no es la industria que quiere obtener registros sanitarios.** El registro sanitario es una actuación del Invima de una agencia regulatoria en representación de los intereses del ciudadano y el cliente real, a quien le debe responder. Una institución como el Invima es al ciudadano y le debe responder por la calidad, por la seguridad, por la eficacia, por la inocuidad, por la conveniencia de los medicamentos, de los alimentos, de los dispositivos médicos, de los licores, los productos de consumo. Y cuando uno cobra por servicios y además hay una proliferación de tarifas y de ahí depende el financiamiento de la institución, pues por decir lo menos, se tergiversan, se pierden de vista las las funciones de la institución y las especificidades. Una de las cosas que estamos viendo en este momento, pues que la dejamos consignada en los documentos de propuesta de lo que hay que hacer con el Invima. Al revisar las tarifas, el Invima ha ido multiplicando y especificando y deslindado las distintas tarifas y hoy son más de mil. De hecho, más de 1300 tarifas distintas de vez en cuando son parte del problema, porque incluso hay casos en los cuales no es fácil saber cuál es la clasificación del producto, por lo tanto, cuál es la tarifa y por lo tanto cuál es el trámite que corresponde. Y esto hace que todo se haya ido volviendo muy complejo, muy lento, muy engorroso.



# EL INVIMA FINANCIADO DIRECTAMENTE POR EL ESTADO

> **CONSULTOR SALUD:** Y entonces ahí permítame interpelar. Es un pensamiento común en este momento en el sistema de salud que ha perdido lustre el Invima, esa era y sigue siendo la percepción. Y dos, entonces el Invima en ese recambio que usted seguramente está dejando como una propuesta heredada, ¿debería estar financiado directamente y no vivir de prestación, algo similar a lo que se está sugiriendo para el IETS?

> **Francisco Rossi:** Absolutamente, absolutamente. Debería financiarse con impuestos, porque al final una institución como el Invima es en alguna medida, aunque pueda sonar antipático dentro del Invima. Bueno, cuando yo estaba en el Invima es que somos policía sanitaria y es un poco la función de una institución como el Invima y una agencia reguladora, es inspección, vigilancia, controles vigilancia sanitaria y esas funciones, pues ¿qué tal que uno tuviera que pagar tarifa por la vigilancia de la policía en el cuadrante? Bueno, para eso se pagan impuestos.



# IMPACTO DEL HACKEO DEL INVIMA

> **CONSULTORSALUD:** Dr. Rossi. Y a usted también lo sorprendió el hackeo digital que sufrió la institución de manera consecutiva. cómo se recupera el Invima, qué está pendiente por hacer. Y, ¿es posible que eso le siga ocurriendo a esta institución y a más instituciones del sector salud?

> **Francisco Rossi:** Yo no tengo ninguna duda, porque esta fue una experiencia muy, muy compleja, muy difícil para los funcionarios, para la institución, para la imagen, para todo el mundo y especialmente para los que trabajan en sistemas, en el Invima, pues porque tuvieron que hacer muchísimo, muchísimo, muchísimo esfuerzo solamente para recuperarse más o menos a tiempo, para recuperar la capacidad operativa de una institución que tenía que volver a salir al aire sin temor y que, bueno, en el primer hackeo el proceso tomó dos meses un poco más. En el segundo tomó un mes, digamos que sin recuperación al 100%. Pero hay varias cosas que aprendimos y que hoy por hoy son materia de discusión. En varias reuniones que están haciéndose entre las instituciones públicas sobre la seguridad en el manejo de la información, en las instituciones públicas, pero también en las privadas, porque hay muchas instituciones privadas de las que depende la vida de los ciudadanos.

> **CONSULTORSALUD:** Dr. Rossi, ¿cuál es la receta para que eso no ocurra? ¿Qué recomendación deja para cerrar este tema?

> **Francisco Rossi:** No, lo que aprendimos primero es que a las primeras instituciones que les tocó esto y sobre todo al Invima, la tendencia es a dejarlo solo y en alguna medida a culparlo en alguna medida, a que todas las las instituciones de vigilancia caigan sobre esta institución.

Porque algo debió hacer mal, sobre todo si es la que tiene un segundo hackeo y lo que se ha ido aprendiendo y lo que se está discutiendo con la gente de seguridad de la información, del sector público y del sector privado, es que este es un tema que hay que trabajar en serio, porque es un enfrentamiento entre personas que no, no originalmente. Y no solamente se meten a hacer esto por razones económicas, por mecanismos de secuestro de información o por mecanismos de chantaje. Realmente detrás del hackeo hay una postura ideológica, política, de luchar por la apertura de los medios digitales. Al final es una discusión de derechos digitales y los grandes hackers y los hackers hacktivistas. El hackeo es, por definición y por principio, una actividad de activistas en defensa de los derechos digitales que han sido manipulados, que han sido privatizados, que han sido convertidos en un asunto comercial, pero que hoy por hoy lo que tenemos es la necesidad de movernos dentro de lo existe buscar mecanismos de protección, mecanismos comunes y mecanismos individuales.

Hay que comprarlos, hay que hacer. Para poder hacer eso, hay que hacer declaración de emergencia y hay que hacer cotizaciones y todas las cosas que tiene que ver con el sector público, que no ayudan, que no ayudan en una situación como esa, que que no permiten hacer las cosas fáciles ni a tiempo.

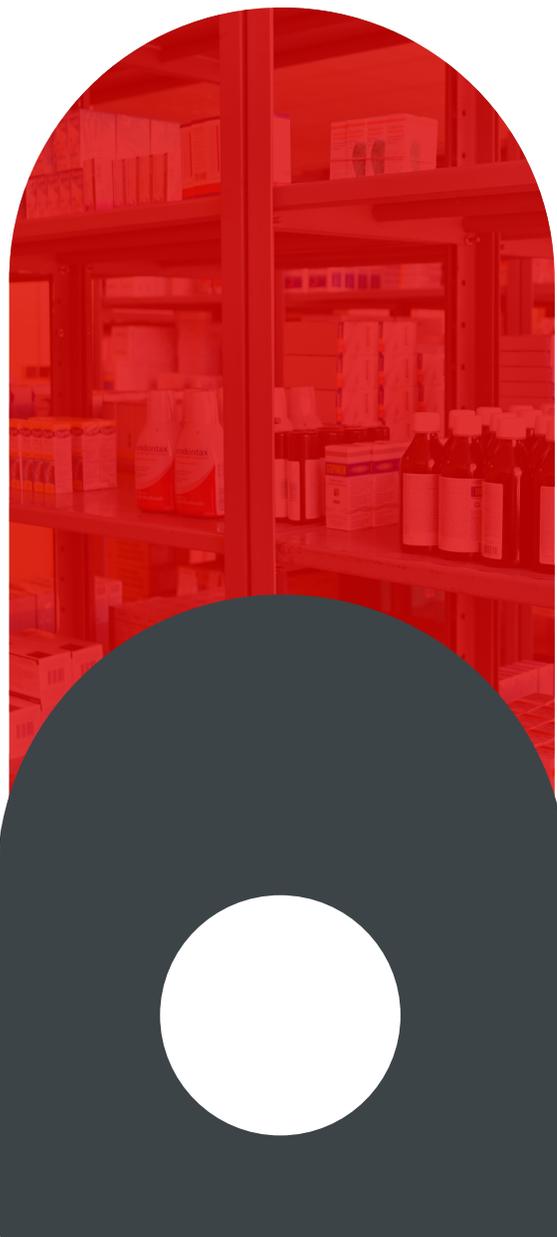
Pero ya se está discutiendo algo que en países desarrollados ya es una realidad. Una agencia de seguridad de la información para el país (lo que sigue en ese párrafo queda igual hasta tienen sentido)



# ¿FORTALECER O REFUNDAR EL INVIMA?

> **CONSULTORSALUD:** Dos temas cortos. El primero es entonces, entendiendo que de alguna manera el instituto se surte con alguna debilidad de financiamiento y también de operación. Y déjeme dos ideas cortas: ¿a usted le parecería mejor fortalecer el Invima o refundar o fundarlo en una nueva institucionalidad con otros criterios? eso sería lo primero y lo segundo, e íntimamente relacionado y habiéndolo escuchado en otros escenarios nacionales: ¿usted qué opina de los registros de registros sanitarios? O sea, yo sé que usted, creo entender, no los considera como el eje central de la operación del Invima. Déjenos sus dos ideas sobre estas dos preguntas que le acabo de hacer para continuar.

> **Francisco Rossi:** Lo que hemos estado discutiendo mucho y se sigue discutiendo dentro del Invima y forma parte de un proceso de reflexión interna, es que hay que cambiar un poco varias estructuras y uno la hemos denominado la hipertrofia del registro sanitario o en su otra cara. Lo que estamos proponiendo y estamos discutiendo internamente es que el registro sanitario que se convirtió en la herramienta por excelencia de hacer inspección, vigilancia y control, de hacer vigilancia sanitaria, pues nos parece que no es la mejor herramienta, no es una herramienta que esté cumpliendo las funciones para las cuales está llamado una institución como el Invima y que además se ha ido enredando en muchos detalles de trámites, de reglamentación, de normatividad accesoria, que permite, que exige que primero esto, segundo aquello y que ha hecho que tengamos una tortura de trámites que sí, que nos va a tocar pues, y que ya se está haciendo un esfuerzo grande en el tema. Todavía los amigos dicen que no se nota mucho, los enemigos dicen que no se nota nada y que va demasiado despacio.



# HOMOLOGACIÓN DE TRÁMITES EN EL INVIMA SÍ ESTAN APROBADOS EN LA FDA Y LA EMA

➤ **CONSULTORSALUD:** Como existe una repesa de trámites de registros sanitarios, discutimos en algunos escenarios de consultoría que el Invima pudiera llegar a homologar trámites que ya hizo la FDA y la EMA en Colombia. ¿A usted se le ocurrió que eso puede ser factible?

➤ **Francisco Rossi:** Si tenemos una legislación que además es vieja, que permite que cuando un producto tiene ya registro sanitario en un grupo de países de referencia y no ha sido prohibido en ninguno, tenga un procedimiento mucho más rápido y que es un poco la figura que se llama apoyarse en evaluaciones de otras agencias: el reliance. Eso ha funcionado durante algún tiempo para productos nuevos, pero más con FDA que con la EMA, pero también con la EMA es que tenemos malas historias, malas historias de, ¿cómo se llama esto? Fast track para hacer empresa, hacer procedimientos abreviados, acelerados para probar productos prometidos que al final resultaron en general siendo bastante menos milagrosas de lo que parecían y bastante más peligrosos.

Algunos de ellos tuvieron que ser retirados y lo que le ha pasado un poco a la FDA y en menor medida a la EMA, es que a ver, detrás de los productos novedosos hay una enorme presión comercial. La industria multinacional vive de los productos nuevos. Los productos viejos ya ni siquiera se fabrican, ni siquiera los que se fabricaban con lógica de servicio. Hay que concentrarse en lo altamente rentable, la industria tiene por eso suficientes problemas de imagen y se los merece. Esa concentración en productos nuevos ha incluso permeado las agencias regulatorias para que las aprobaciones se hagan muy rápido, para que se hagan de manera expedita. Y hemos tenido malas experiencias.

Nuestra comisión revisora, la del Invima en medicamentos en particular y sobre la cual pues yo conozco a varios de sus miembros y les tengo el más profundo respeto y trato de que se les tenga el más profundo respeto. Me parece que es muy muy juiciosa y en esto es muy crítica y pues se trata de tomar decisiones con mucha independencia y con mucha, con mucha seriedad. Y el argumento de que hagamos aprobemos aquí lo que ya se aprobó en la FDA y en la demás. Yo no sé si decir que incluso hoy por hoy puede ser un argumento contraproducente porque ya genera una prevención.



# ¿QUÉ PASA CON LOS REGISTROS SANITARIOS?

> **CONSULTORSALUD:** Perfecto. Lo saqué de su discurso lógico sobre los registros sanitarios. Dr. Rossi, ¿qué va a pasar con los registros sanitarios? O sea, ¿cuál es la filosofía central?, ¿para dónde van?, ¿en qué se van a convertir?

> **Francisco Rossi:** Pues hay dos cosas ahí. Hay dos cosas que queremos cambiar. Una es que lo hemos convertido en un trámite muy complejo, muy lento, engorroso, en fin, y que eso tiene que modificarse, tiene que solucionarse. Pero lo segundo y bueno, y tenemos que restarle importancia. El registro sanitario tiene mucha evaluación documental, evaluación documental que lo hemos llamado discusiones internas, Una lógica colonial del registro que venimos haciendo en los países en desarrollo es un poco una copia de lo que hacen los países desarrollados, pero con la lógica de que nosotros tratamos de hacer lo que ellos hacen como ellos lo hacen, aprendemos de ellos, lo cual es absolutamente cierto.

Estas son producciones industriales y el desarrollo de la industria está en los países desarrollados, pero, un poco con la lógica de que el evaluador que en Colombia recibe una solicitud, especialmente de un laboratorio nacional, tiene que asegurarse de que sí lo estén haciendo bien porque los laboratorios nacionales no lo hacen bien.

Las multinacionales sí, y por eso tienen registro allá. Y por eso todo este afán de hacer las cosas rápido aquí, pero los nacionales no se les puede creer. Yo quiero revisar todo el texto de la prueba de estabilidad, quiero revisar las validaciones, quiero revisar la documentación de todo el proceso de producción en el control de calidad y un poco lo que estamos discutiendo y hemos hecho propuestas concretas y de la cual el ejemplo que siempre citamos es el de los estudios de estabilidad. Los estudios de estabilidad son una técnica conocida o una técnica que domina cualquier farmacéutico y particularmente el que es director técnico de un laboratorio nacional.

Y un poco lo que queremos hacer y lo que se está estudiando y se está trabajando para convertirlo en mecanismo, es que dejemos de revisar los las 800 páginas o las 200 páginas de la prueba de estabilidad y **le creamos al director técnico de laboratorio que hizo la prueba de estabilidad, que estos son los resultados y que nos está certificando como como director técnico de un laboratorio que es y como un profesional que responde.** Por eso, igual con el control de calidad, igual con las validaciones y este tipo de cosas, porque eso facilita mucho, agiliza mucho y se basa en el criterio de buena fe de los doctores.

> **CONSULTORSALUD:** Y muy seguramente aquí la mitad del país le quisiera preguntar: ¿eso no reduce los estándares de calidad o mantiene los estándares que el Invima tradicionalmente resguardaba para el país? Una respuesta de un sí o no.

> **Francisco Rossi:** Eso no tiene nada que ver con estándares de calidad. Esto es sencillamente otra manera de verificar el cumplimiento de un requisito.

> **CONSULTORSALUD:** Ok, el estándar se mantiene, solo que la verificación cambia. Eso es todo. El resumen de ese asunto es.

> **Francisco Rossi:** El resumen perfecto. No voy a verificarlo personalmente y a meterme en todos los archivos, sino que le creo al profesional que reporta.



# EL GRAN MERCADO LATINOAMERICANO DE MEDICAMENTOS

> **CONSULTORSALUD:** Hay otros temas que usted levantó que son fantásticos, lo he seguido muy de cerca, además que amo profundamente México y usted está en unas conversaciones con ese país, con el Cofepris y últimamente también nos dejó una herencia muy interesante que es AMLAC, esa alianza de medicamentos latinoamericanos y del Caribe, una especie de acuerdo que se quiere suscribir o ya se suscribió entre Colombia, Cuba y México y probablemente "le estén haciendo ojitos al presidente Lula" (Brasil) y a otros dignatarios del continente para conversar, que seguramente usted y yo denominaremos como un gran mercado latinoamericano, no solo de medicamentos, sino en general de tecnologías. Cuéntenos en qué consiste esta conversación internacional.

> **Francisco Rossi:** A ver, realmente se discutió mucho durante la pandemia una propuesta de soberanía farmacéutica en el entendido de pasó, que dependamos de industrias que están en países desarrollados para cualquier tragedia que nos vuelva a tocar y que nos toque hacer fila, nos toque pagar lo que nos cobren y nos toque arrodillarnos a firmar lo que nos digan para poder tener vacunas o para poder tener tecnologías en caso de una emergencia.



Tenemos que tener capacidad. Pero otra de las discusiones iba muy pegada a esto y en un escenario en el que se iba a hablar de soberanía sanitaria para América Latina en torno a las pandemias. Estuvimos hablando de la regulación, pues porque buena parte de lo que pasó durante la pandemia es que nos negamos a una regulación internacional que está diseñada para que no podamos tener autonomía sanitaria, para que se defina la idea de los estándares, para que se definan allá los procesos y para que se definan en los países desarrollados quienes producen y quiénes compran, quiénes son los que pagan, qué fue lo que nos pasó durante la pandemia de manera muy lamentable.

Entonces, en discusión justamente con Cofepris, que con el cual hay conversaciones del Invima de hace muchos años en el seno de Alianza Pacífico y en otros escenarios, pero muy especialmente en ese, les hicimos la propuesta de adicionar a la discusión de soberanía sanitaria la posibilidad de una regulación latinoamericana, porque la regulación industrial, en general, tiende a moverse desde la lógica de las industrias de punta. Pero en el caso de medicamentos, la regulación tiene que obedecer a lógicas sanitarias, no solamente a la a la lógica de las industrias de punta.



> **CONSULTORSALUD:** ¿Cómo estuvo la conversación con el Cofepris?

> **Francisco Rossi:** Pues con Cofepris fue muy rápido, pues porque la identificación en la importancia de ligar la soberanía a una regulación adaptada y ajustada a las necesidades, que no signifique cambiar estándares o bajar estándares, sino hacer unos estándares que obedezcan a necesidades sanitarias. Eso inmediatamente a Cofepris le encantó y lo presentó a la Presidencia de la República.

Nosotros lo presentamos al presidente y los dos presidentes lo llevaron a la reunión de la CELAC y fue el presidente Petro el que hizo la presentación, el lanzamiento oficial, que además gustó mucho porque diez presidentes que no habían incluido ese tema en sus declaraciones, pues que normalmente se preparan con tiempo y se dice discuten y son diplomáticas y normalmente la gente solamente se refiere a aquello para lo cual se había hecho una preparación diplomática.

Fue bastante, bastante sorprendente porque diez países, respaldaron la propuesta y estamos trabajando con Cuba y con México porque ya venía un trabajo de tiempo atrás para hacer este lanzamiento y pues tengo que hacer mención. Además, por razones, como se dice, de orgullo personal, si se quiere, de que quien ha estado impulsando mucho ha estado empujando mucho.

Esta propuesta que venimos discutiendo desde hace bastantes años, es el South Center, el Centro Sur, esta organización multilateral de países en desarrollo que tiene sede en Ginebra, pero que su razón de ser es impulsar la lógica de los países en desarrollo de los países del sur. El centro sur del cual Colombia fue fundador, se había retirado y fue con este gobierno (yo reclamo alguna responsabilidad). Por supuesto, la ministra Corcho y el propio presidente tuvieron interés en este regreso a los ausentes. Y esta cercanía con el South Center nos permitió adicionalmente con lo de México, empezar a hacer esta propuesta, que está teniendo unos respaldos que nos parecían un poco sorprendidos. Pero también mucha gente nos dice que este no es una buenísima idea que se nos ocurrió ahorita o que se le ocurrió al presidente Petro.

Esto es una cosa que tiene mucho. Sus años de trabajo, muchos años de reflexión en muchos escenarios. Uno es el South Center, otro es la Organización Mundial de la Salud, las Asambleas mundiales y el tema de medicamentos. En eso juega un papel fundamental.

> **CONSULTORSALUD:** Quiero cerrar este momento con lo siguiente: ¿existe alguna posibilidad de fusionar el Cofepris con el Invima? ¿Sí o no?

> **Francisco Rossi:** No.



# TRANSPARENCIA DE PRECIOS

> **CONSULTORSALUD:** Hasta donde leí, la idea transcurre por unificar y simplificar la reglamentación (número uno). Y con AMLAC en lo que hemos podido entender en Consultorsalud tendría un segundo perfilamiento que sería potencialmente hacer negociaciones conjuntas. ¿Eso es real?

> **Francisco Rossi:** Sí, y discusiones conjuntas de otros temas, como por ejemplo, propiedad intelectual y precios y vigilancia de precios, transparencia de precios, que fue un tema que también fue objeto de un trabajo largo en la Unasur, en la época de Unasur, en la que Latinoamérica juega un papel en las discusiones internacionales sobre salud brutales. Muy, muy relevante el liderazgo global durante bastantes años y de los cuales nos quedaron hartos aprendizajes y de los aprendizajes que no podemos perder y que tenemos que poner en esa misma, en esa misma tarima de la agencia latinoamericana.

Una cosa interesante que está sucediendo y que no puedo perder, dejar pasar la oportunidad que me brindas es comentar que estamos conversando mucho con El Salvador y con Centroamérica por dos vías que me parece que son interesantes de mencionar y que nos tienen, para decirlo con franqueza, emocionados. Uno es que las discusiones sobre armonización regulatoria, no han tenido mucho éxito porque a la gente le gusta empezar por el final

Yo lo que quiero es que el registro sanitario que me dan en Colombia me sirva en Costa Rica y pues ese es un punto de llegada y eso va a tomar demasiado tiempo. Hasta que, todo signifique la armonización absoluta de normas, la ruta que elegimos y que la venía trabajando ya Colombia, Cuba y México, realmente con un liderazgo de México se denomina convergencia regulatoria y yo creo que el término es feliz porque lo que significa es que la ruta es que trabajemos sobre aquello en lo que estamos de acuerdo. No nos dediquemos a buscar en lo que no estamos de acuerdo.



# CONVERGENCIA REGULATORIA Y ESCUELA DE REGULACIÓN MESOAMERICANA

> **CONSULTORSALUD:** Suena muy bueno.

> **Francisco Rossi:** Suena muy razonable, suena muy bien. Y la segunda, que era por lo que quería hablar del Salvador y de Mesoamérica en general, es que la propuesta de México de tiempo atrás también es que para regulación, regulación sanitaria sí creemos una escuela latinoamericana, porque de regulación no hay donde hacer un posgrado, no hay donde hacer un diplomado.

La regulación sanitaria lo aprenden los que trabajan en las agencias regulatorias, pero normalmente se suele decir que con sudor, llanto y sangre es una cosa grave. Sí, y pues. No hay mucha manera de tener una escuela en la cual estos temas se discutan y se ha previsto para Centroamérica a ser una escuela de regulación sanitaria que nos sirva a todos y en la cual participen las distintas agencias regulatorias y que esa escuela nos permita ir ampliando el espectro de la agencia regulatoria latinoamericana. Porque en una lógica de convergencia no se necesita cumplir una gran cantidad de requisitos para formar parte de la agencia. Al contrario, se necesita una intención.

Y si hay una escuela en la cual nos vamos a terminar poniendo de acuerdo, ¿eso cómo se hace? Pues le parece a uno que son dos caminos que nos van a ayudar mucho a esta convergencia regulatoria adaptada a las necesidades de América Latina, que nos permita una cosa que yo he defendido mucho y que y que ha sido un poquito compleja en la relación de de la armonización regulatoria.

Y es que nos estábamos metiendo en unos esquemas de certificación y entonces tenemos unas agencias regulatorias de referencia de 4.º nivel que aspiran a ser el segundo escalón detrás de la FDA, de la agencia canadiense de la Agencia Europea, y que nuestra conclusión es que nosotros no queremos llegar a como ellos son.

El papel de las agencias regulatorias en las economías de los países desarrollados tienen mucha cosa crítica y con lo que nos pasó en la pandemia tenemos todas las razones para ser brutalmente críticos y no queremos que nos pase lo mismo. **No, no nos interesa la salud al servicio de buenos negocios, de negocios extraordinarios. Nos interesa una salud, pues, una regulación sanitaria al servicio de las necesidades de los ciudadanos. Y esa es la razón de ser.**

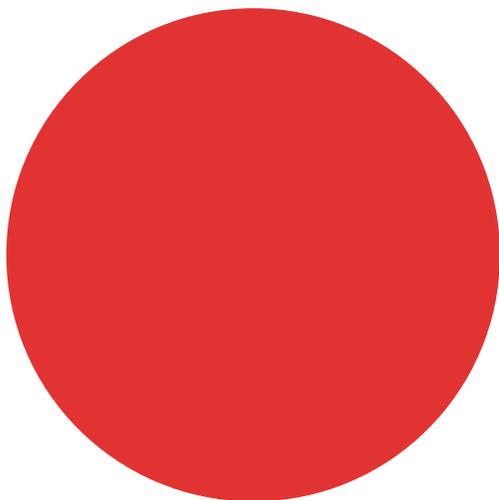
Y estamos conversando particularmente con El Salvador, porque la agencia regulatoria de El Salvador, que está con el ministerio, tiene un especial interés en subirse a este proceso, pues porque puede ganar mucho, no solamente en cuanto a la circulación, al mercado, a la libre circulación de los productos objeto de vigilancia, sino a la cualificación muy rápida y muy fácil por una ruta que a todos los países nos va a beneficiar mucho, a pesar de los profundos desacuerdos políticos entre el gobierno de El Salvador y el gobierno de Colombia, porque nos parece y esa es una experiencia de larga data.

Yo recuerdo varios trabajos desde la Organización Panamericana de la Salud, pues que la salud tiene mucho que ver con la política, pero tiene mucho sentido que pongamos la salud por fuera de las posturas políticas y de las posturas ideológicas y hagamos puentes para que las cosas que son de naturaleza sanitaria tengan una ruta distinta.

# COMPRAS CONJUNTAS Y CENTRALIZADAS DE MEDICAMENTOS

> **CONSULTORSALUD:** Hablemos de las compras conjuntas o compras centralizadas. De manera muy breve. Dr. Rossi, ¿qué está pensando el gobierno? Usted cuando estaba en el gobierno, antes de ayer, por decirlo de alguna manera, y cuando decía que Colombia debe hacer compras conjuntas y centralizadas, ¿de qué medicamentos estamos hablando? ¿qué medicamentos no deberían quedar incluidos ahí? ¿quién es el que compra conjuntamente, con quién y en qué momentos y qué plataforma se usarían y quién invalidará estas compras? Comencemos por estas preguntas breves.

> **Francisco Rossi:** Creo que el problema fundamental no es hacer compras conjuntas, los medicamentos genéricos, los medicamentos esenciales, de hecho, los medicamentos bien conocidos y que no son los dos de mayor costo y que no son los más nuevos, no tienen problemas en su comercialización, pueden bajar de precio, se pueden, pero ahí no tenemos ninguna dificultad de ningún país. Tenemos problemas con los de alto costo.



# ¿QUÉ VA A PASAR CON LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO?

> **CONSULTORSALUD:** ¿Cuál es la idea con esos medicamentos de alto costo?

> **Francisco Rossi:** El problema que tenemos con los medicamentos caros, con los medicamentos de alto costo es que **son medicamentos hechos con una lógica de máxima extracción de riqueza.** Ese es el problema que tiene la industria multinacional, es el modelo de innovación. Pues porque esta es una industria que no tiene ya interés en encontrar remedios para problemas de salud y necesita encontrar nichos de mercado para maximizar el valor de sus acciones y para maximizar sus utilidades. Es la desgracia que le pasó a esta industria uno de los peores ejemplos de lo que hay en el mundo. Los economistas llaman financiarización de la producción industrial y que tiene a la industria en una situación sin salida que ella verá cómo lo resuelve.

Por ahora lo que ha querido hacer esta industria es invertir en mejorar su imagen. Yo no sé con qué éxito, yo creo que no ha tenido suficiente, pero pues por supuesto, yo oigo a los que creemos que no ha tenido éxito. Hay mucha gente que cree que sí y el ejemplo más lamentable es lo que pasó con las vacunas. Las vacunas se financiaron fundamentalmente con recursos públicos, pero al final fueron entregadas a empresas privadas para comercializarlas a unos costos absolutamente absurdos.

Cuando yo era joven, de eso hace mucho tiempo, me enseñaron que, en salud pública, las vacunas vacunas eran intervenciones masivas de bajísimo costo y la intervención más eficaz de salud pública, pues porque eran masivas y fueron concebidas para llegar a todo el mundo y para llegar a todo el mundo tenían que ser de bajo costo. Las vacunas que se produjeron en Colombia, en el Instituto Nacional de Salud, costaban centavos de peso.

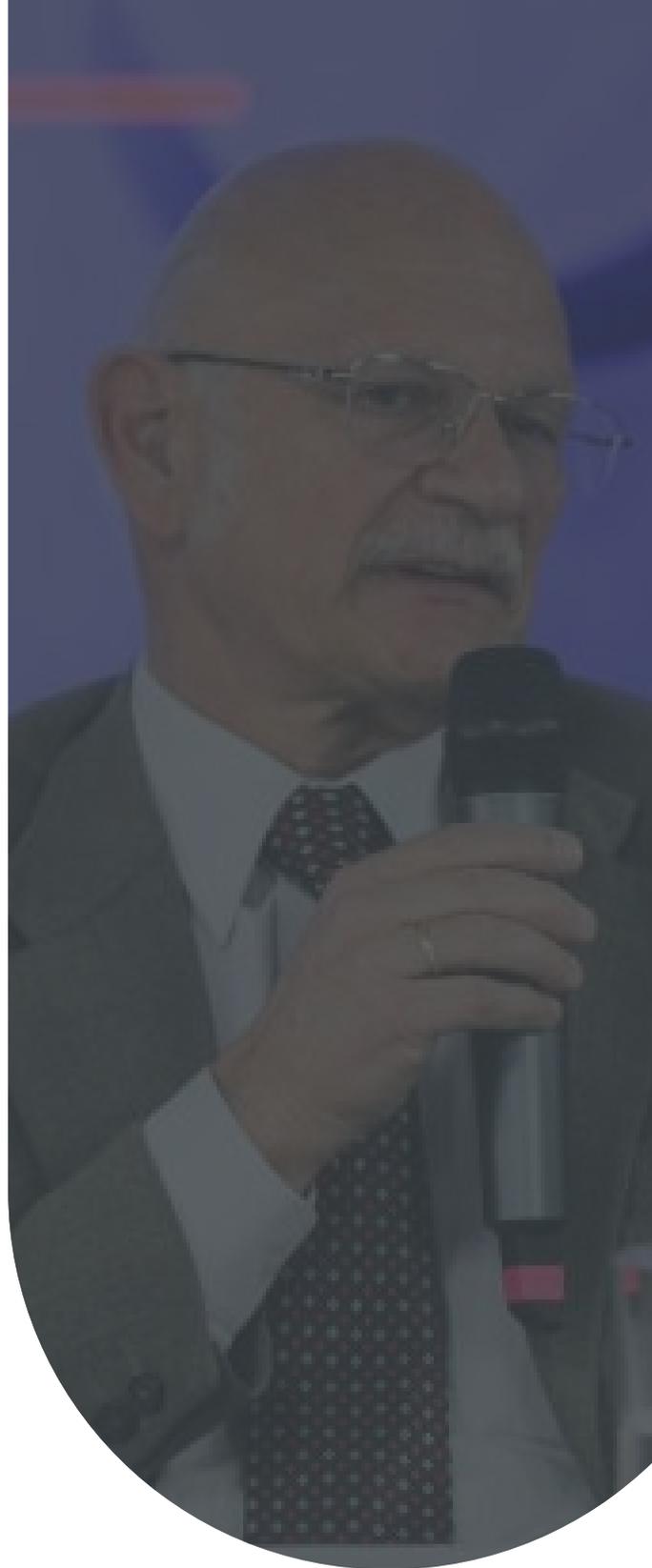
Querer unas vacunas cuyo costo de producción son centavos de dólar que te las vende de las están vendiendo a 5 \$ o a 20 \$, o como ahora nos quieren vender las de última tecnología a 100 \$, yo creo que algún día va a ser calificado como algo criminal. Bueno, y no lo dije yo, lo dijo el director de la OMS. Esto fue un fracaso moral de la humanidad y esto no es un accidente. Lo que pasó con las vacunas es lo que pasa con los medicamentos biológicos y con los medicamentos nuevos. Más allá de las discusiones de si son tan eficaces como dicen ser y son tan seguros como se pretende que sean, con los malos ejemplos y buenos ejemplos que hemos tenido, **lo que no tiene ningún sentido es que tengan el costo que tiene.**



# LAS PATENTES Y EL MODELO COLOMBIANO

> **CONSULTORSALUD:** Doctor, y entonces, ¿cuál es la idea de Colombia para enfrentar ese desafío?, ¿cuál es el desafío mundial de incorporar la innovación que resulta costosa sin que decline la sostenibilidad de los sistemas de salud y se dificulte el acceso? ¿Qué está pensando?

> **Francisco Rossi:** Tenemos que abrir una discusión. Bueno, una parte de lo que ya hemos defendido durante muchos años es que patentes para medicamentos, hubiera podido ser distinto y hubiera tenido algún sentido. Pero, hoy por hoy, los medicamentos que se producen con el uso de patentes no se producen para los países en desarrollo. En eso, no nos engañemos, lo dijo el gerente de alguna multinacional en algún escenario. Producimos medicamentos para los que tengan con que pagarlos, no para resolver problemas de salud. La salud no es nuestro negocio. Nuestro negocio es obtener ganancias. Y con esa lógica, pues lo que está perfectamente claro es que no son medicamentos que se produzcan para nosotros. Cada país verá que se le ocurre presupuestos máximos, NO POS, tutelas,, lo que sea para que se pueda pagar para los pacientes que puedan tener acceso a eso, que fue lo que nos pasó en Colombia. Pero en muchos otros países ni siquiera tienen un representante para que los importe, porque no hay ninguna manera de que se puedan pagar y simplemente no le llegan a nadie. No están diseñados para los países en desarrollo, aliguito para los países de ingreso medio, pero son medicamentos hechos para los países desarrollados.



# FLEXIBILIDADES DEL SISTEMA DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROMOCIÓN DE GENÉRICOS

> **CONSULTORSALUD:** Dr, Rossi, pero entonces la conversación que usted sugiere como país, que yo por supuesto celebro, porque realmente necesitamos conversar como Nación, ¿pasa por donde?, porque Colombia privilegie genéricos, qué va a pasar con las marcas?, ¿va a haber un fondo especializado?, ¿va a comprar el Estado estas tecnologías?, ¿vamos a irnos por acuerdos de acceso administrado? Denos pistas.

> **Francisco Rossi:** A ver, yo creo que ahí nos toca distinguir, diferenciar qué podemos hacer hoy en Colombia. Hay varias cosas que podemos empezar a mover cómo usar las flexibilidades del sistema de propiedad intelectual, promocionar los genéricos, que nos falta mucho. Colombia ha sido un país internacionalmente reconocido por un liderazgo en eso, pero los resultados al final y bueno, tuvimos crisis con los anticonceptivos porque la gente no cree en los genéricos y los médicos tampoco. Y hoy nos toca hacer un trabajo grande del que todavía tenemos muchas tareas y seguir haciendo controles de precio y seguir profundizando lo que tenemos adelantado. Y una cosa en la cual Unasur fue un poco pionero y que hoy por hoy es un debate global muy importante. Transparencia en los precios, porque los precios de los medicamentos, la historia de la hepatitis C es absolutamente dramática. El precio es para cada país según la negociación que yo pueda hacer. Bueno, nos pasó también con las vacunas. En una situación de emergencia cada cual paga lo que pueda y si no se espera en la fila.

> **CONSULTORSALUD:**  
Se metió en camisa de 11 varas conmigo. Entonces hábleme del SISMED. ¿Le gusta o no le gusta el SISMED?

> **Francisco Rossi:** Por supuesto que sirve, pero le falta mucho, le falta mucho. Y yo estuve cerca del proceso de gestación pues digamos que por los lados en alguna época, teníamos un sistema muy simple que era el reporte de precios de venta de laboratorio. Ahora notifica a todo el mundo. Hay una enorme cantidad de información que nos demoramos muchísimo en saber cuándo está bien, cuando está mal. Uno de los errores graves que hay quienes opinan que no fue gratuito, que fue intencional, fue que reportaran los hospitales, que reportan los operadores logísticos los operadores logísticos, los mayoristas, los medianos, los minoristas y que reportar a todo el mundo. Y parte de lo que hemos hecho es sancionar a los que no reportan. Pero la información del sistema es incompleta, es inexacta, es masiva y entonces uno se pierde en los datos sin saber muy bien de qué se trata. Y ahí tenemos mucho trabajo que hacer y tenemos mucho que oír al doctor Oscar Andía.





# OPERADORES LOGÍSTICOS Y GESTORES FARMACÉUTICOS

➤ **CONSULTORSALUD:** Hablemos de algo que leía en la madrugada del día de hoy mientras revisaba el proyecto de reforma. Ahí se menciona la inclusión de los operadores logísticos, de los gestores farmacéuticos. Ellos son esencialmente privados, pero en lo público están seis cooperativas de hospitales y además, hace años surgió el Eagat en Bogotá. ¿Qué nos quiere decir, Dr. Rossi de la distribución?, ¿quiénes participarán? ¿quiénes no participarán?, ¿hay algún tipo de reglamentación futura que podamos esperar respecto de este tema tan fundamental?

➤ **Francisco Rossi:** El manejo de los medicamentos tiene una lógica de mercado. Hay muchas cosas que quisiéramos hacer. Hemos hablado mucho con Copidrogas, con los droguistas, con los medianos, con los grandes, con los pequeños. Porque buena parte del problema que tenemos o alguna parte del problema que tenemos con los medicamentos en la calle es que son mucho más una mercancía.

Las droguerías son mucho más un establecimiento comercial que un establecimiento de salud, pues siendo un establecimiento de salud por su esencia, por su naturaleza y es algo en lo que queremos trabajar y lo queremos hacer con las droguerías.

Eso toma tiempo y cualquier intervención para que se muevan más hacia la salud afecta la dimensión comercial. Y esto es algo que tenemos que construir sin prisa, con mucho juicio, con mucho cuidado y que no ha sido fácil. Intentos que se han hecho en el pasado o no han prosperado o no han sido fáciles de algunas cosas han mejorado, otras no, no como uno quisiera y no como ellos quisieran, como quisieran los lobistas.

Y algo parecido nos pasa con los operadores y con las cooperativas de hospitales, que son quienes finalmente cumplen una función fundamental dentro del sector y que deben cumplir con unos requisitos y con unos reportes que nos permitan tener más tranquilidad con el proceso de dispensación final. Pues porque al final tenemos dispensación en el sector público y tenemos venta de medicamentos en el sector privado, y los dos tienen que digamos que asimilarse y convertirse mucho más en establecimientos de salud y no digamos que menos, pero con una lógica de salud.

# ¿MÁS OPERADORES PÚBLICOS DE MEDICAMENTOS?

> **CONSULTORSALUD:** Pero, entonces, Dr Rossi, usted ve crecer la dispensación desde lo público, usted ve más surgir más operadores públicos en esta nueva etapa del sistema de salud o ahí realmente no hay mayor injerencia y como estamos, ¿estamos bien?

> **Francisco Rossi:** No, yo creo que tenemos suficientes. De hecho teníamos más cooperativas y hospitales. Lo que nos pasó un poco como se dijo en la reforma, que afectó mucho a los hospitales. Yo creo que uno de los problemas graves que tenía la ley y que y que yo creo que ya empezaron a cambiar, era el carácter de los hospitales convertidos en empresas y eso no, eso no estuvo bien y eso nos trajo todos los problemas, entre otros, que las cooperativas y hospitales existían obtuvieran medicamentos y tecnologías en salud para aumentar la cobertura ahorrando en precios.

Las cooperativas de hospitales se convirtieron en un factor que le ayudaba al hospital a poder facturar. Comprar barato para que usted pueda cobrar caro, pero no era para aumentar cobertura, porque convertir al hospital en una empresa que factura hace que se concentre en facturar y no en prestar servicios. Y bueno, esa ya es la discusión de la reforma. Si al menos en los hospitales yo creo que no hay nadie que lo esté discutiendo, seguramente que con algunas excepciones, pero yo creo que cada vez menos.



# REGULACIÓN DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS

➤ **CONSULTORSALUD:** Se habla de la regulación de uso. Yo particularmente que soy un asiduo lector y consultor en el país, no tengo el concepto claro de qué es lo que se está pensando cuando se habla de regulación de uso, porque hasta ahora hemos hablado mucho de regulación de precio, pero no de uso. ¿Qué entiende usted y el Estado en general como regulación de uso?, ¿hasta dónde llega?, ¿qué contiene?

➤ **Francisco Rossi:** Yo creo que es lo más importante de lejos. Yo empecé a trabajar en política farmacéutica hace muchos años, justamente por la discusión del uso racional. Y, entre otras cosas, el término en español de uso racional que viene del inglés rational use fue muy, muy debatido dentro de la Organización Mundial de la Salud y en algunas ONGs, especialmente en una por la cual yo tengo, como se dice, especial cariño y de la cual sigo formando parte que es Acción Internacional para la Salud, la razón de ser de esta ONG holandesa, de repercusión global es el uso apropiado, es el uso racional, es el uso pertinente de los medicamentos que hace bastante, bastante tiempo que lo perdimos porque la producción de medicamentos tiene mucho más que ver con un interés comercial y un interés industrial que con un interés sanitario. De eso hay toda la literatura que vos quieras.



# ¿CUÁL ES EL CONCEPTO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES?

> **CONSULTORSALUD:** Dr. Rossi háganos por favor sobre el concepto de medicamentos esenciales.

> **Francisco Rossi:** Me gustaría centrar la discusión en el concepto de medicamentos esenciales, porque sí creo que es uno de los problemas serios que tenemos en Colombia y que no hemos podido discutir porque hemos estado en precios, hemos estado en otros escenarios que que no nos han ayudado mucho. Y en lo del alto costo y en los de la reglamentación de las tecnologías, el concepto de medicamento esencial es que esto se tiene que manejar con criterios de pertinencia. No se puede seguir manejando, no se debe seguir manejando con una lógica industrial y de comercialización industrial que tiene un problema y que es un problema esencial. Es un problema de su naturaleza. Ilvan Ilyich fue muy crítico con lo que estaba pasando con todas las industrias, porque la razón de ser de una industria es que si hoy vende 100, el año entrante tienes que vender 120 o 200 o 2000, y así sucesivamente hasta la eternidad. La razón de ser de la producción industrial es maximizar la eficiencia y maximizar la ganancia de la producción industrial.

Y el planteamiento de él es que tenemos que ponerle umbrales a las industrias, porque de lo contrario nos vamos a llenar de plásticos, de automóviles, de productos industriales que no nos resuelven el problema. Al contrario, terminan convirtiéndose en el problema. Y lo que tenemos hoy es una discusión justamente de desabastecimiento. Es que tenemos tal cantidad de medicamentos no necesariamente útiles, algunos de los cuales no son sino versiones de con pequeños cambios de las mismas moléculas, que si las tienes que tener todas.

Eso en el informe de Audifarma sobre valsartan está sumamente claro y es una conversación que hemos tenido con varios actores, incluyendo a Pharma. No se puede tener todos los medicamentos para hipertensión en todas las de todos los dispensarios de todo el país, todos los días. Eso es un imposible matemático, es un imposible. Y si no hacemos algo con la dispersión y no nos ponemos de acuerdo que para la hipertensión necesitamos cuatro o dos y que en eso nos vamos a concentrar porque son los mejores y concentramos la producción en eso, pues todo el mundo produce cualquier cosa y mira a ver cómo la coloca. Busque unos médicos que receten su producto y esta lógica tan, tan desregulada del mercado farmacéutico, pues es parte del problema de desabastecimiento perfecto.



# NUEVA METODOLOGÍA DE REGULACIÓN DE PRECIOS Y PRECIO BASADO EN VALOR

> **CONSULTORSALUD:** Dr. Rossi hay dos dos normas que tengo aquí en la cabeza: una que está vigente del año 2013, que es la Circular 03 que regula el precio de los medicamentos y la segunda sobre la regulación de precio basado en valor. ¿Tendremos una nueva metodología de regulación de precios? Y, ¿el precio basado en valor finalmente arrancará?

> **Francisco Rossi:** Es una negociación muy complicada, pero no con la primera pregunta en la que el control de precios de la política de precios va a continuar, necesita ajustes, pero lo que estamos claros es que el problema de los de los precios de los medicamentos, lo repito, son los de más alto costo. Y esos medicamentos vamos a tener que buscar mecanismos para que globalmente esto se resuelva. Hay cosas que no vamos a poder resolver en Colombia.

Ese debate global lo tenemos que resolver a nivel global, tenemos que acabar con las patentes para medicamentos. Eso no lo digo con la boca llena, porque ya fue la conclusión después de lo que nos pasó con la pandemia de los que veníamos siendo activistas y tenemos que ejercer una regulación mucho más, más fuerte y más ajustada a nuestras necesidades. En cuanto a los precios de las de los medicamentos novedosos, cambiar de modelo, revisar eso, cómo va a funcionar o no sé. Esa es la discusión global. Está muy, muy complicada. Perdimos terreno con la pandemia, pero vamos a ver qué pasa en la próxima asamblea de la salud, porque este va a ser un tema crítico.

> **CONSULTORSALUD:** Muy bien.

> **Francisco Rossi:** Eso para los de alto costo. El resto pues nos tendremos que mover con lo que tenemos poco a poco, porque el control de precios, lo que le pasa en la política de precios es que se produce con lentitud y se ajusta con mucha más lentitud y la industria se acomoda. Al final, los gerentes, a los gerentes de las empresas farmacéuticas no les pagan por prestar un servicio, les pagan por subir el indicador de ventas año por año y eso está empezando a cambiar en algunas industrias. Esa es una buena noticia, pero no es lo central y no es lo mayoritario.

> **CONSULTORSALUD:** Y el precio basado en valor. Ese marco regulatorio, ¿cómo lo ve en Colombia?

> **Francisco Rossi:** Pues digamos que tenemos una propuesta, que tenemos una metodología en marcha que ha costado mucho trabajo construir y que queremos terminar y empezar a utilizar en el entendido de que el problema lo tenemos que resolver.

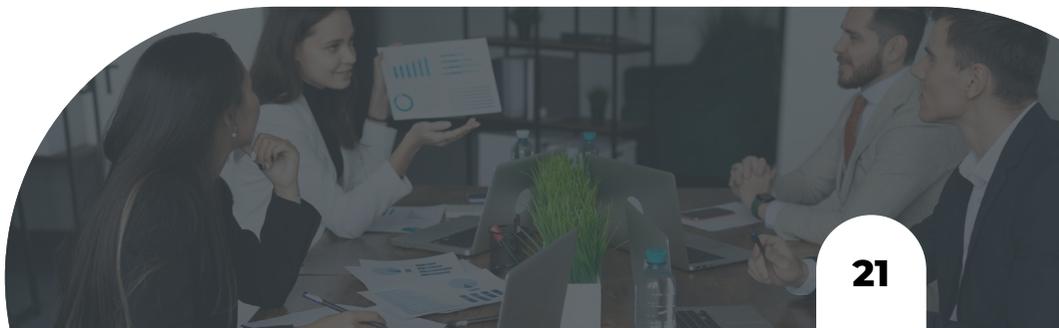


# CONVERSACIONES DEL GOBIERNO CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y ALIANZAS PÚBLICO PRIVADAS

› **CONSULTORSALUD:** Voy a meterme en un sitio doloroso, porque escucho, y esta compañía tiene oídos grandes, Dr. Rossi, usted sabrá que nos comunicamos con miles de personas todos los días y tomadores de decisiones del país, públicos y privados.

Y existe la idea de que el gobierno actual escéptico con la industria farmacéutica, como que la puerta está cerrada, que no es posible conversar con el gobierno con relación a los medicamentos. ¿Eso es cierto?, número uno, y dos, ¿usted cómo ve, hablando del mismo tema, las alianzas público-privadas? ¿no ve rodeado el gobierno de la industria nacional e internacional financiando proyectos de bienestar social y de bienestar terapéutico? ¿Eso es imposible que ocurra?, ¿no está en el mapa?

› **Francisco Rossi:** Pues no tengo la misma impresión. Y pues por supuesto que no es una postura política de este gobierno, hasta donde yo puedo hablar por el gobierno y no tener conversaciones con la industria farmacéutica, multinacional o nacional. Bueno, con la nacional tenemos históricamente mucha cercanía y mucha conversación, pero con la industria multinacional también. Y tenemos muchos amigos. Ahora, por supuesto, en la jefatura del Invima, en la dirección del Invima, pues las conversaciones con la industria multinacional han sido cotidianas, porque además ellos tienen muchas buenas recomendaciones de cómo se pudiera mejorar la situación del Invima y como pudiéramos mejorar la regulación. Tiene preocupación con respecto a los estándares que yo creo que además son válidos. Que sea que se abran esas discusiones, siempre será posible pensar que algo que quiera ser un poquito distinto a la corriente fuerte de las empresas multinacionales y de los países desarrollados se considere una bajar estándares. Y es una discusión que hay que tener y hay que tener claridad. Pero, pero en el resto de los escenarios mi impresión es que nos hemos llevado muy bien y que bueno, si hay alguien que se beneficia, se beneficia muchísimo con cualquier proceso de convergencia regulatoria es la industria multinacional.





# DESABASTECIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

> **CONSULTORSALUD:** ¿Qué pasó en este último período que se desató tanta conversación sobre el desabastecimiento de medicamentos en Colombia? ¿Cuál es realmente el trasfondo de esta conversación nacional? ¿Qué tan cierto es? ¿De qué tamaño es el problema? ¿Cómo se resuelve? Cuéntenos su síntesis

> **Francisco Rossi:** Pues el problema de desabastecimiento es un problema real. Es un problema que tuvo que ver con la pandemia y que tiene que ver con otra serie de cosas estructurales, porque en las economías de mercado y Colombia es una economía de mercado, los medicamentos y las tecnologías se mueven con lógica de mercado y eso hace, por ejemplo, que sea un problema global. Hay medicamentos para enfermedades de los países pobres y de los pobres, de los países pobres que a nadie le interesa producir porque no tiene el mercado, entonces no tiene proveedor o cuando hay un proveedor normalmente es un proveedor para el Estado, malaria, tuberculosis, chagas, en fin, ese es un problema que hemos venido desde hace varios años y que de cuando estábamos en la farma y discutimos mucho y tuvimos mucho contacto con la iniciativa de medicamentos para enfermedades olvidadas con negligencia. Es una cosa en la que ha trabajado mucho la directora de medicamentos yo digo que con mucho éxito, que es en hacer un convenio con

la Universidad de Antioquia para producir lo que hemos ya denominado medicamentos estratégicos y pues esa es una primera cara de la moneda. Hay una que tiene mucho parecido y que es mucho más grave y que es mucho más difícil de manejar. Y se refiere a que los medicamentos típicamente los antineoplásicos pediátricos, que normalmente son antineoplásicos clásicos, entre otras razones porque los medicamentos muy nuevos que normalmente tienen un ciclo de vida corto, especialmente en cáncer, no alcanzan a tener estudios para justificar su uso en pediatría y seguimos utilizando pediátricos de vieja guardia para hacer, como se dice, honor a la edad que tenemos. Y esos productos ya no son interesantes porque están los nuevos, los antineoplásicos nuevos. Entonces pues concentrémonos en los antineoplásicos nuevos que son mucho más rentables y ya no consigues una gran cantidad de antineoplásicos que se usaban en pediatría y que no son negocio. Y no, no hay quien los produzca.

Y esos, o consigues materia prima en algún país del mundo que está escasa, o, es una de las razones de desabastecimiento de las que... a quién culpamos, a los productores de materia prima? Bueno, ya ahí hay quién culpar: a la lógica del mercado quienes los venían produciendo debería tener la obligación, pero la lógica de mercado así no funciona y ellos prefieren concentrarse en las vacunas de RNA mensajero y no en los productos antiguos. Ese es un segundo problema para el cual lo que se puede hacer es buscar fuentes, buscar proveedores internacionales y tratar también de buscar mecanismos mediante los cuales no le toque a cada productor ir a buscar un proveedor y conseguir el precio y con hacer, tratar de hacer algo coordinado nacionalmente que hace la gente. En Colombia los importadores de materias primas ya se han ido concentrando y ellos son los que hacen esas negociaciones, porque pues buena parte de lo que pasa con cualquier producto que tenga escasez es global. Es que se vende primero en donde hay más dinero para pagar y en donde hay más capacidad económica y entonces toda escasez golpeará primero a los países e medio y algún día les llegará a los países desarrollados.

# PROPUESTAS DE SOLUCIÓN AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

➤ **CONSULTORSALUD:** ¿Hay alguna solución a corto plazo? Usted ya nos dio una, que es la educación, para que podamos usar los genéricos que están alrededor de la indicación terapéutica original. Pero, además de esa solución, ¿usted ve alguna otra que se pueda impulsar en este momento en el país? ¿Podemos tranquilizar al país sobre suficiencia terapéutica en este momento?

➤ **Francisco Rossi:** Yo creo que sí, pues porque se están asumiendo, pues encontramos que había problemas muy concretos y muy específicos con inmunoglobulinas, porque no había con anticonceptivos, porque hubo un problema en algunos de los suministros con agua estéril para inyección por vidrio, en fin, que se han ido resolviendo y que esos son realmente críticos y que eran críticos. Globalmente inmunoglobulinas todavía no hemos terminado de resolverlo porque es un problema global y ahí hay asuntos regulatorios y éticos, pero digamos que tenemos un mecanismo que son las mesas de trabajo, en la cual se consulta a todos los involucrados importadores de materias primas, de intermediarios, de suministros específicos, productores de los medicamentos y a y al sector de comercialización.

Y con esa recolección de información se han ido haciendo compromisos y se han ido resolviendo.

Es interesante porque con todo este escándalo que hubo sobre el desabastecimiento, a nadie se le ocurrió mirar que la página web del Ministerio de Salud en la sección de medicamentos desabastecimiento están las actas de las últimas 15 reuniones que mesas de trabajo que se publicaron, las actas por compromiso de todos los actores para que todo el mundo supiera que se estaba haciendo con cada producto. Nadie miro eso pues finalmente yo creo que lo puedo decir sin ninguna, cómo se dice, ningún relato. Se quiso hacer una campaña para golpear un poco la propuesta de la reforma de la ministra Corcho y de los que estamos en el Ministerio. Y se quiso utilizar un problema que existe, un problema que uno siempre puede decir que no le parece que se haya hecho lo suficiente, pero que sí se quiso hacer una campaña para magnificar y se magnificó para poner un poco más de presión sobre el proceso de reforma. Y en el camino se le fue a todo el mundo de las manos las afirmaciones, la campaña, la cosa, y terminamos buscando unos contenedores que nunca existieron y que hicieron los medios de comunicación.

# ¿POR QUÉ SE FUE DEL INVIMA DR. FRANCISCO ROSSI?

> **CONSULTORSALUD:** ¿Por qué termina el doctor Francisco Rossi su trasegar dentro del Invima? Cuénteles al país.

> **Francisco Rossi:** Eso sí, es muy claro. El 21 de septiembre, la ministra de Salud y el presidente acordaron hacer un encargo para empezar a enfrentar la situación en el Invima. Y ese encargo normalmente toma tres meses que pueden ser prorrogables hasta por otros tres. Y eso significa seis meses. Y esos seis meses se acabaron el 21 de septiembre. Yo era asesor de la ministra de Salud en el tema de la política farmacéutica. Me pidió que dejara ese cargo para asumir el encargo del Invima. El encargo del Invima terminó y yo estoy en este momento en el Ministerio de Salud como asesor de la ministra.

# ¿QUÉ PIENSA DE LOS CAMBIOS A LA PROPUESTA ORIGINAL DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD DEL GOBIERNO?

➤ **CONSULTORSALUD:** No lo puedo dejar ir sin hacerle una sola pregunta de la reforma al sistema de salud, que por supuesto es de altísimo interés sectorial y para esta compañía Consultorsalud. ¿Cómo le parece que se va a aderezar la conversación y cómo va quedando el texto? ¿Le gusta? ¿Le parece que está perdiendo la idea original o cree que estamos ganando en ideas de bienestar para el sector y para los colombianos? ¿Cómo está viendo la evolución de la reforma? Quiero su concepto de cómo está viendo esta nueva construcción colectiva que también tiene ahora, por supuesto, participación política.

➤ **Francisco Rossi:** A ver, yo sobre eso tengo una lectura muy optimista, a pesar de que de que no, no me gusta leer el desarrollo final de los acontecimientos, este gobierno llegó. Yo quisiera formularlo así. Llegó a iniciar cambios y uno de los cambios que este gobierno tiene que iniciar y ya inició y ya puede mostrar muchos resultados, es un cambio en el sistema de salud y yo creo que es la discusión central sobre la reforma del sistema de salud, más allá de que de los detalles y de los enfrentamientos. La discusión central es que hicimos un sistema de salud con la Ley 100 y yo alguna culpa tengo, pues de haber colaborado y de haber participado en su reglamentación y para que la lógica comercial, la lógica de mercado, las lógicas de mercado, no sirvieran mediante la competencia y mediante la libertad de empresa y esto y aquello no sirvieran para mejorar la calidad de los servicios de salud, que eran un problema y no sirvieran para mejorar el financiamiento y desarrollar la salud.

Y lo que nos pasó, y yo creo que eso era inevitable, es que ganó mucho más peso el componente comercial, el componente de competencia, el componente económico sobre las consideraciones de salud.

Hay un médico que atiende, un paciente tiene que entender que en alguna medida está ante una transacción comercial y que le conviene tener un seguro por si lo demandan en el futuro. En mi época, cuando nos graduamos, nosotros estábamos convencidos de que atender al paciente de la mejor manera que fuera posible era la razón de ser de la medicina. Y yo creo que perdimos mucho y nos costó mucho. Y ese es el fondo de la reforma. Ese es, en mi opinión, la discusión de fondo, restarle peso a la lógica económica, a la lógica financiera, a la lógica competitiva, a la lógica del ánimo de lucro, y darle mucho más peso a las consideraciones de salud pública, que es lo que se quiere hacer con atención primaria.



Y yo en eso soy muy optimista, porque me parece que la situación de los hospitales ya está cambiando, la situación de los profesionales de la salud y de las formas de trabajo y la deslaborización eso está cambiando. No hasta donde uno quisiera y no todo lo que uno quisiera, pero está cambiando. Y la razón de ser, pues, para hacerlo breve de este gobierno es empezar estos cambios en el sector salud y estos cambios ya empezaron con el peso que todos le estamos dando a la atención primaria. Eso ya no tiene discusión, eso ya no tiene reversa y eso ya va en camino.

Y lo que hemos ganado con eso no tiene precio. A mí me parece absolutamente justificado, totalmente justificable y a mí me parece muy, muy, muy satisfactorio. Que quede uno contento con el texto que está quedando yo creo que no, pero, pues esto es un problema de discusión de ritmos, qué tan rápido y qué tan profundos van a ser todos los cambios.

Pues sí, pero yo me declaro profundamente satisfecho de lo que se ha podido hacer y de lo que veníamos a hacer, y que ahí sigue. Vamos a ver a qué ritmo, vamos a ver de qué manera. Pero soy muy, muy optimista y como se dice, si se quiere triunfalista, pues pues a eso veníamos aquí.

› **CONSULTORSALUD:** Cierro agradeciéndole nuevamente su gentileza, su tiempo y la honestidad con que amablemente ha compartido esta hora y 20 minutos que hemos tenido aquí el gusto de conversar.

› **Francisco Rossi:** Hombre. Un placer Carlos Felipe. Esto siempre da gusto.