



DESIGUALDADES EN SALUD EN COLOMBIA Y LA OPORTUNIDAD DE CORREGIRLAS.

Desigualdades en salud en Colombia y la oportunidad de corregirlas.

Los asuntos que ocupan la agenda reformista del Gobierno Nacional en Colombia, especialmente en temas de salud (**Proyecto de Ley- PL 339 de 2023**), son el reflejo de una coyuntura trascendental que va más allá de las tensiones y los álgidos debates legislativos. Se trata de una oportunidad única para abordar las brechas en la prestación de servicios y en la garantía del derecho a la salud entre las zonas rurales y urbanas, y entre el centro y la periferia.

Estas desigualdades están atadas a determinantes como la pobreza, el hambre, la ausencia de saneamiento básico, que afectan a las comunidades históricamente marginadas y vulnerables,

requieren ser enfrentadas de manera integral para asegurar la plena garantía del derecho a la salud para toda la población a lo largo y ancho del territorio nacional. Aunque varios actores sociales y políticos han centrado el debate de la reforma al sistema de salud sobre la necesidad de recuperar la gestión pública de los recursos de salud, puede ser más transformador y trascendente el desarrollo de políticas, programas y acciones territoriales, ambientales, socioeconómicas y

con enfoque de género. El objetivo central de este documento es identificar cuatro grandes oportunidades que, por su importancia en la garantía del derecho a la salud, deberían ser consideradas por el Gobierno Nacional para convertir el debate sobre la reforma al sistema de salud en políticas y herramientas de transformación social.

Estas oportunidades están relacionadas con la necesidad de (i) reducir las inequidades territoriales en la garantía del derecho a la salud; (ii) incorporar un sistema de patentes y de regulación de precios de medicamentos innovador, con principios de solidaridad y colaboración Latinoamérica/sur global y con vocación de autonomía sanitaria y de seguridad farmacéutica; (iii) involucrar la perspectiva de género para saldar la deuda que se tiene con las mujeres y personas LGBTQ+ en materia de salud; y (iv) promover la selección de medicamentos esenciales y la eco-farmacovigilancia para reducir tanto el desperdicio, como el impacto medioambiental del sobreconsumo y el uso inadecuado de medicamentos.



01

TRANSFORMAR LAS INEQUIDADES SOCIALES Y TERRITORIALES EN COLOMBIA A TRAVÉS DEL DESARROLLO DEL DERECHO A LA SALUD

En 2022, la tasa de incidencia de pobreza multidimensional a nivel nacional fue del 12,9%, en las cabeceras del país fue del 8,7% y en los centros poblados y rural disperso fue del 27,3 % ¹.

Esto evidencia que la pobreza multidimensional en Colombia es casi tres veces más alta en centros poblados rurales y en regiones periféricas [como la región caribe y pacífica]²

que en las zonas urbanas. Además, el género también jugó un papel fundamental como determinante de la pobreza en el país, pues las personas que provienen de hogares encabezados por mujeres experimentan niveles más elevados de pobreza multidimensional en comparación con aquellas que provienen de hogares encabezados por hombres.

¹ DANE (2022).

<http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/imgs/botones/flores/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf>

² DANE (2022). Pobreza multidimensional en Colombia.

<http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/imgs/botones/flores/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf>.

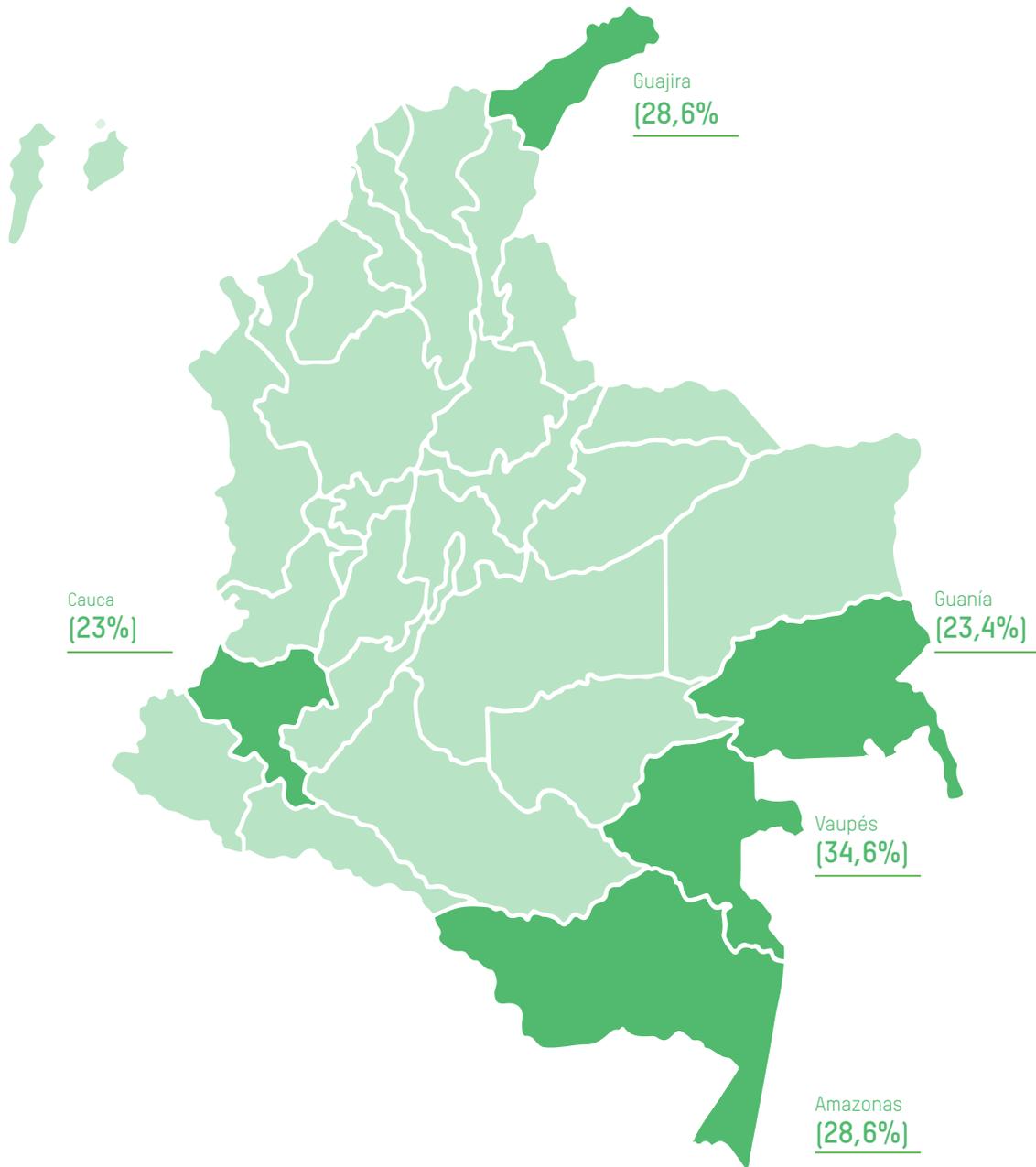
Estos indicadores, además de ser alarmantes, resultan relevantes dado que el acceso desigual a oportunidades de empleo, educación y sanidad, entre otros servicios, juegan un papel fundamental en los resultados en la salud de los y las colombianas.

Por ejemplo, en las poblaciones con más necesidades básicas insatisfechas (NBI), se han encontrado las tasas más altas de desnutrición, bajo peso al nacer, mortalidad por enfermedad diarreica aguda y mortalidad por infección respiratoria aguda.³

De hecho, en 2015 la mayor prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de cinco años se reportó en los departamentos de Vaupés (34,6%), Amazonas (28,6%), La Guajira (27,9%),

³ Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *biomédica* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 4 de julio de 2023];39(4):737-4. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4453>

Mayor prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de cinco años



Guainía (23,4%) y Cauca (23%).⁴

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha construido informes detallados sobre las desigualdades sociales en salud en Colombia⁵ en una larga serie de eventos como la mortalidad infantil, las enfermedades crónicas, desnutrición, violencia homicida y de género, entre otras. En estos informes se detallan los determinantes de desigualdad debido a condiciones sociales, económicas y culturales de la población y se entienden como desigualdades en salud a las diferencias sistemáticas en el estado de salud y en la distribución de sus recursos. Dos indicadores son claves en informes y análisis de resultados sobre el éxito de los sistemas en salud: los asociados a la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Las brechas existentes entre los departamentos frente a estos indicadores evidencian inequidades alarmantes que alejan al país de cumplir las metas establecidas en salud para el año 2030. En el periodo 2005-2020, los departamentos con peores resultados tuvieron tasas cuatro veces mayores con respecto a los de mejores resultados, además, se observó una persistente disminución en departamentos como Chocó, La Guajira, Vichada y Guainía.⁶ En cuanto a la mortalidad materna, la elevación de sus cifras sigue siendo mayor en la región Caribe y en la región sur de la Amazonía.

Adicionalmente, factores como la falta de médicos en los centros de salud, la necesidad de desplazamiento por vía fluvial y los costos asociados, el cobro de servicios debido a la falta de afiliación, la escasez de medicamentos, la presencia del conflicto armado y aspectos culturales fueron determinantes que condicionaron el acceso desfavorable a la salud en ciertas regiones. Este acceso a los servicios sanitarios se convierte en un factor clave en los resultados de salud, evidenciando brechas y

variaciones que favorecen a municipios con mejor acceso en términos de indicadores más bajos en eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva.⁷

De hecho, de acuerdo con el INS, aproximadamente el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial a salud.

Los dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín. En cuanto a la proporción de municipios con bajo acceso potencial a los servicios de salud según el departamento, se encuentran: Guainía (100%), Guaviare (100%), Vaupés (100%) y Vichada (100%), Amazonas (90,9%), Chocó (90%), Arauca (85,7%), Caquetá (87,5%) y Cauca (83%). Finalmente, el régimen de afiliación asociado al ingreso y la empleabilidad, que son condicionantes socioeconómicos, también actúa como gradiente en los niveles de acceso y en las tasas de eventos de salud. Para el año 2019 a nivel nacional, las tasas de incidencia y mortalidad, ajustadas por edad y sexo, fueron más altas para el régimen subsidiado. El régimen de afiliación estaría actuando como un factor predictor de mortalidad y morbilidad en detrimento de los pacientes de este régimen. Según el Instituto Nacional de Salud (INS), pertenecer al régimen subsidiado se encuentra asociado con un aumento del 31,74% en el riesgo de mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años. Esta tendencia también se observa en eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva, como la mortalidad materna, la sífilis gestacional y congénita, así como las enfermedades infecciosas y transmisibles⁸.

4_ Instituto Nacional de Salud [2015]. <https://www.ins.gov.co/direcciones/ons/informes/6.%20desigualdades%20sociales.pdf>

5_ Instituto Nacional de Salud [2015]. <https://www.ins.gov.co/direcciones/ons/informes/6.%20desigualdades%20sociales.pdf>

6_ Instituto Nacional de Salud [2015]. <https://www.ins.gov.co/direcciones/ons/informes/6.%20desigualdades%20sociales.pdf>

7_ <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

8_ Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *biomédica* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 4 de julio de 2023];39(4):737-4. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4453>.



En consecuencia, es notable la existencia de inequidades sociales tanto entre las áreas rurales y urbanas, como entre las zonas centrales y periféricas, que se reflejan en diversos resultados en salud. Por lo anterior, es necesario reflexionar sobre propuestas que trasciendan más allá de un proyecto de ley y estén enfocadas en transformar el mapa de inequidades en salud en el país. El consenso nacional debería girar alrededor de fortalecer el enfoque territorial del sistema de salud, promover la generación de infraestructura básica para la atención en algunas regiones del país, generar estrategias de atención primaria equitativas y suficientes, y subsanar las diferencias en el acceso a medicamentos entre las diferentes regiones de Colombia. Por ejemplo, así lo ha entendido Fedesarrollo que, con el objetivo de orientar sobre la ruta necesaria para lograr el enfoque territorial, realizó un documento que propone diez aspectos clave para estructurar redes integrales e integradas a nivel regional.

A. Enfoque territorial del sistema de salud

La protección de los recursos y la priorización del enfoque territorial en la construcción de políticas y acciones de mejora en salud es fundamental. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud que regula el derecho fundamental a la salud, el Estado es responsable de adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.⁹

⁹ Artículo 2, Ley 1751 de 2015. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Por lo tanto, es imperativo abordar los mecanismos de participación y gobernanza a nivel municipal, y promover la autonomía sanitaria en todo el país.

Esto implica considerar las necesidades específicas de cada municipio, incluyendo los determinantes sociales, y garantizar el acceso a la tecnología más avanzada en centros de baja densidad o en zonas marginadas con una baja población, tal como ha sido planteado por las Secretarías de Salud Municipales¹⁰ en documento que recoge puntos críticos sobre el PL 339.

B. Generación de infraestructura básica para la atención en algunas regiones del país

La infraestructura en salud, que abarca la disponibilidad de centros hospitalarios y todos sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, es un factor fundamental en los indicadores de éxito de los sistemas de salud a nivel mundial.



¹⁰ http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/imgs/botones/flores/2023_jun13_Cosesam_PL_339_COSESAM__222.pdf

Las cifras publicadas por el Banco Mundial revelan que Colombia enfrenta una notable desventaja en términos de criterios como el número de camas hospitalarias, el personal de salud y los centros de atención hospitalaria.

El número de camas de hospital por cada mil habitantes proporciona, por ejemplo, una indicación de los recursos disponibles para prestar servicios de hospitalización. Si bien la media del país en el panorama internacional es deficiente, sus cifras a nivel de distribución regional son inquietantes e inequitativas. Departamentos como Vaupés se encuentran a la cola con un porcentaje de 0.31% camas por mil habitantes, seguido del departamento del Cauca (0.88%), Vichada (1.01%), Putumayo (1.18%) y Guainía (1.26%), mientras que en los departamentos con mayor disponibilidad se llega a un total de 3.1% camas por cada mil habitantes.¹¹ La situación de disponibilidad de profesionales de la salud no es más sobresaliente, de acuerdo con la OCDE, para el año 2021 Colombia ocupó uno de los últimos lugares en cuanto al número de profesionales de la salud por cada mil personas con un promedio de 1.8%.¹² La agenda social del gobierno actual ha mostrado un interés por cerrar las brechas en infraestructura entre las diferentes regiones del país. **El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026** propone destinar fondos para invertir en la infraestructura de hospitales públicos. Es así como en el artículo 164 se establece la creación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) a nivel departamental, distrital y nacional. En este sentido, cada diez años, el Gobierno Nacional formulará el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), en conjunto con las secretarías de salud de

¹¹ Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?view=chart>

¹² Panorama de la Salud 2021 INDICADORES DE LA OCDE: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf>

los departamentos y distritos para invertir en infraestructura, dotación, equipamiento y equipos biomédicos. Si bien el proyecto de ley 339 propone reducir las inequidades en salud a nivel geográfico y priorizar la asignación de recursos y garantizar su eficiente ejecución, considerando las necesidades y características de cada región; y mejorar las condiciones laborales del personal de salud, tanto asistencial como administrativo, mediante la formalización de su situación laboral y el apoyo a su formación continua, el Gobierno nacional cuenta con una oportunidad única para hacer apuestas más ambiciosas para corregir la inexistencia de infraestructura básica para la atención en las regiones más pobres y apartadas del país. De manera consecuente, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI¹³, afirmó, que la reforma tiene elementos muy importantes y su aprobación demostraría que los congresistas tienen una verdadera capacidad de tomar decisiones a favor del pueblo. Dentro de los puntos que destaca como pilares se encuentran: i) la laborización del talento humano, ii) el fortalecimiento de la red pública a través de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud que debería ser una realidad como política pública y con ello se garantizarían los recursos necesarios para su implementación, iii) la eliminación de las labores mercantiles que ponen a red pública a competir en condiciones desiguales con los privados, generando riesgos de sostenibilidad. En este sentido, esta realidad se puede abordar mediante una planificación sólida, asignación presupuestal adecuada y una ejecución eficiente de los recursos disponibles.

Es decir, la reglamentación y ejecución del artículo 164 será clave para invertir en la infraestructura, dotación, equipamiento y equipos biomédicos que requieren los territorios más apartados y vulnerables de Colombia.

¹³ Carta abierta a los Congresistas de la República: <https://acesi.com.co/momentos-de-reflexion/>

C. Promoción de estrategias de atención primaria equitativas y suficientes

De acuerdo con los diferentes estudios desarrollados por el INS, las brechas en la disponibilidad y distribución tanto del talento humano como de los servicios habilitados que se requieren para brindar atención de primer nivel a escala departamental son factores claves de inequidad territorial en salud en el país.

La inequidad en materia de salud también se refleja en el insuficiente y desigual desarrollo de la estrategia de atención primaria en el sistema de salud.

Por lo anterior, el actual Gobierno Nacional propone una transformación en el sistema de salud, orientándolo hacia un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo. El objetivo es priorizar la prevención y promoción de la salud como estrategias fundamentales y superar los modelos de atención a la enfermedad. El sistema de salud actual ha favorecido la oferta de servicios centrada en este modelo, pues de acuerdo con los hallazgos del análisis de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud (RIPSS) de Bogotá, los funcionarios de las Sub-Redes manifiestan que la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) dependen de los recursos de la atención a la enfermedad de los pacientes más que de la implementación de programas de promoción y prevención.¹⁴

¹⁴ Instituto Nacional de Salud (2015). <https://www.ins.gov.co/direcciones/ons/informes/6.%20desigualdades%20sociales.pdf>

Si a lo que le apunta el Gobierno Nacional es fortalecer la oferta de los servicios de promoción y prevención y reducir la inequidad en atención primaria en salud, es necesario que se implemente el nuevo modelo de atención en salud plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo,

donde se destaca la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central del sistema, con enfoque territorial y equipos interdisciplinarios encargados de brindar atención integral a las familias y comunidades. También se requiere que se reinviertan los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones y los fondos liberados gracias a la reducción de los costos administrativos propuestos por el PL339 y la Ley del Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Estos fondos deben ser dirigidos a la creación y funcionamiento de nuevos equipos extramurales, dando prioridad a los municipios y territorios más vulnerables. Esto en coordinación con lo establecido en la Resolución 2206 de 2022, que incluye los criterios para asignar recursos que respalden la financiación, conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud, implementado por las Empresas Sociales del Estado (ESE), con el propósito de llevar a cabo actividades en áreas rurales, urbanas, poblaciones o grupos sociales con poca o ninguna intervención del plan de intervenciones colectivas.

D. Corrección de las diferencias en el acceso a medicamentos entre las diferentes regiones de Colombia

La inequidad en salud también se ve reflejada en el acceso a medicamentos.

Según la encuesta de calidad de vida del DANE (2022), 408,000 personas no pudieron acceder oportunamente a su medicamento desde el sistema de salud, alrededor del 40% de personas a las que se le prescribieron medicamentos en 2021. Así mismo, para 2016, la proporción de personas que no recibió o recibió parcialmente los medicamentos formulados para el tratamiento de su problema de salud fue mayor en regiones como la Orinoquía - Amazonía (50,9%) y Pacífica (50,6%).



Pacífica (50,6%)



Amazonía (50,9%)

El acceso inequitativo a medicamentos entre diferentes regiones y poblaciones exige que el Gobierno Nacional implemente estrategias para la selección de medicamentos esenciales de alto costo, considerando una priorización basada en la caracterización de la salud en cada región. Esto asegurará la disponibilidad y acceso los medicamentos en las diferentes regiones del país.



02

SISTEMA DE PATENTES Y DE REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS INNOVADOR, CON PRINCIPIOS DE SOLIDARIDAD Y COLABORACIÓN LATINOAMÉRICA/SUR GLOBAL Y CON VOCACIÓN DE AUTONOMÍA SANITARIA Y DE SEGURIDAD FARMACÉUTICA

A partir de la década de 1990, se implementó a nivel global un modelo que fomenta la innovación mediante la protección de monopolios a través de patentes. Las patentes brindan un derecho exclusivo al titular sobre una idea o invención específica. Este modelo también incorpora el uso de flexibilidades (Declaración de Doha) que permiten a los países tomar medidas para proteger la salud pública, como la emisión de licencias obligatorias. Sin embargo, se ha observado a lo largo del tiempo que el enfoque en la protección de monopolios ha prevalecido sobre la garantía de la salud pública, ocasionando precios excesivamente altos y barreras que dificultan el acceso a los medicamentos patentados.

La pandemia de COVID-19 ha destacado las fallas de este modelo, ya que dejó claro que no logra satisfacer las necesidades de la sociedad en términos de un acceso justo, oportuno y adecuado a medicamentos y vacunas.

Esta falta de equidad fue aún más evidente en el acceso de los países del Sur Global a las tecnologías relacionadas con COVID-19, particularmente las vacunas. Esta situación planteó importantes cuestionamientos sobre la responsabilidad de las farmacéuticas frente al acceso equitativo y oportuno a los medicamentos y las vacunas necesarios para enfrentar la emergencia sanitaria a nivel global. El debate en torno a la liberación temporal de las patentes de las vacunas puso de relieve la necesidad de equilibrar los derechos de propiedad intelectual con la responsabilidad social y el bienestar colectivo. Por ejemplo, a pesar de la gran oposición de las grandes farmacéuticas y su poderosa influencia, surgieron algunas iniciativas como: (i) Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 (C-TAP), que tenía por objeto lograr que las vacunas, las pruebas, los tratamientos y otras tecnologías sanitarias relacionadas con la lucha contra la COVID-19 estuvieran al alcance de todos;¹⁵ (ii) la solicitud

¹⁵_OMS (2020). La comunidad internacional actúa para respaldar la investigación y la ciencia abiertas a fin de luchar contra la COVID-19: <https://www.who.int/es/news/item/29-05-2020-international-community-rallies-to-support-open-research-and-science-to-fight-covid-19>

de India y Sudáfrica ante el Consejo del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), buscando crear exenciones a los derechos de propiedad intelectual, incluyendo las patentes de las vacunas contra el coronavirus;¹⁶ y (iii) la petición al presidente Joe Biden de más de 170 destacadas personalidades internacionales, como científicos, premios Nobel y expresidentes, de suspender temporalmente las patentes para permitir un aumento en el suministro de vacunas a los países menos desarrollados.¹⁷ Colombia, siguiendo la dinámica global, se insertó en este sistema de propiedad intelectual basado en la concesión de patentes. Esto ha implicado una presión financiera para el sistema de salud, que además ha dificultado el cumplimiento de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud.

Así, por ejemplo, Colombia paga más de trece billones de pesos anuales en medicamentos¹⁸, lo que representa cerca del 20% del gasto en salud.¹⁹

La presión en el gasto y la necesidad de proteger el derecho a la salud, llevó a que en el país durante 2010 y 2018, gracias a la voluntad política de ciertos gobiernos y la movilización de

16_ La razón Pública (2021). https://razonpublica.com/levantar-las-patentes-las-vacunas-covid-19-parte-2/?fbclid=IwAR1gf8YXFHMYgF66hwJRa3F3gq_mALNvpVuhXmZfEWMVsqW9D_aKuQ0RYuY

17_ La razón Pública (2020). <https://razonpublica.com/colombia-prefiere-no-votar-una-vacuna-libre-tiro-pie/>

18_ Verdades incómodas de la salud pública global (2023). http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/Verdades_Inco_modas_en_la_salud_pu_blica_global_final_2.pdf

19_ Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder (2023). Flores, Tomates y Semillas :http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/imgs/botones/flores/Analisis_2_-_Que_paso_con_el_tema_de_los_medicamentos_en_la_reforma_a_la_salud.pdf

la sociedad civil, aprovechara las flexibilidades que el sistema de propiedad intelectual ofrece para dar prioridad a la salud por encima de los intereses de las compañías farmacéuticas a través de dos importantes medidas:

(i) La declaratoria de interés público del imatinib,²⁰ un medicamento esencial para tratar ciertos tipos de cáncer, después de una prolongada espera por parte de la sociedad civil para liberar su patente. Aunque se esperaba que se emitiera una licencia obligatoria para producir la versión genérica en el país, la influencia de la empresa titular de la patente llevó al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a optar por regular el precio en su lugar. La metodología utilizada para la regulación considera los precios de los medicamentos genéricos sin patente en otros países, lo que ha resultado en una reducción del precio superior al 40% en comparación con lo que se pagaba por el monopolio.

(ii) El artículo 70 de la **Ley 1753 de 2015** fue incorporado para abordar el tema de patentes y licencias obligatorias. Este artículo otorga al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la capacidad de presentar consideraciones técnicas no vinculantes con relación a la patentabilidad de las solicitudes de patente que sean relevantes para ellos. Además, este artículo establece que el MSPS identificará y analizará las tecnologías en salud patentadas que podrían ser susceptibles de obtener una licencia obligatoria, y podrá solicitar la concesión de dichas licencias.

El enfoque de priorización de la salud pública de estas decisiones no se fortaleció durante los años posteriores, a pesar de los problemas de disponibilidad y acceso a tecnologías médicas, medicamentos y vacunas durante la pandemia del COVID-19. De hecho, la posición del Gobierno Nacional con relación al respaldo de la exención de los derechos de propiedad intelectual, como se mencionó anteriormente liderada por varios países del Sur Global, no fue clara. Fue solo al final de las discusiones, después de invertir 4.5 billones

20_ Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 2475 de 2016 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202475%20de%202016.pdf

de pesos en la adquisición de vacunas COVID-19²¹ (equivalente al 12% del presupuesto aprobado para el sector salud en 2021)²², que el país se sumó al apoyo para la liberación temporal de las patentes de las vacunas contra el COVID-19 y sus insumos.

El enfoque que prioriza la salud pública parece haber cambiado con el nuevo gobierno. Ahora éste muestra una mayor claridad en cuanto al uso de las flexibilidades de la propiedad intelectual y se evidencian acciones concretas para fortalecer la política farmacéutica en el país:

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social inició el proceso de declaratoria de interés público para emitir una licencia obligatoria de los medicamentos basados en el principio activo del Dolutegravir²³, utilizados en el tratamiento del VIH. Esta decisión se basa en el aumento en los casos de VIH reportados en Colombia (31 de enero de 2022 se reportaron un total de 141.787 personas viviendo con VIH lo que representa un incremento del 5,31% en el número de casos prevalentes respecto al periodo anterior en el que se identificaron 136.636 casos), así como en la diferencia significativa de precios entre la versión patentada y la versión genérica del medicamento (la presentación comercial en frasco por 30 tabletas del Dolutegravir de 50 mg tiene un precio regulado de \$401.574 COP y la misma presentación de la versión genérica de este medicamento, tiene un costo de \$11.147 COP).²⁴

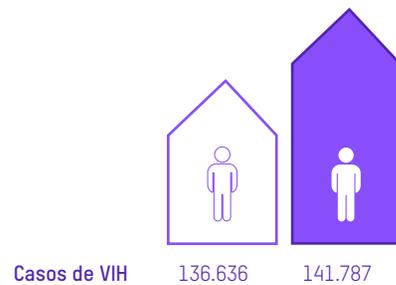
21_Situación de la Inmunización contra la Covid-19 en Población en Situación de Vulnerabilidad en Colombia <https://www.oxfamcolombia.org/situacion-de-la-inmunizacion-contra-la-covid-19-en-poblacion-en-situacion-de-vulnerabilidad-en-colombia/>

22_Centro de Pensamiento, Medicamentos, Información y Poder de la Universidad Nacional: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/Contratos_vacunas_COVID-19_1.pdf

23_Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 881 de 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20881%20de%202023.pdf

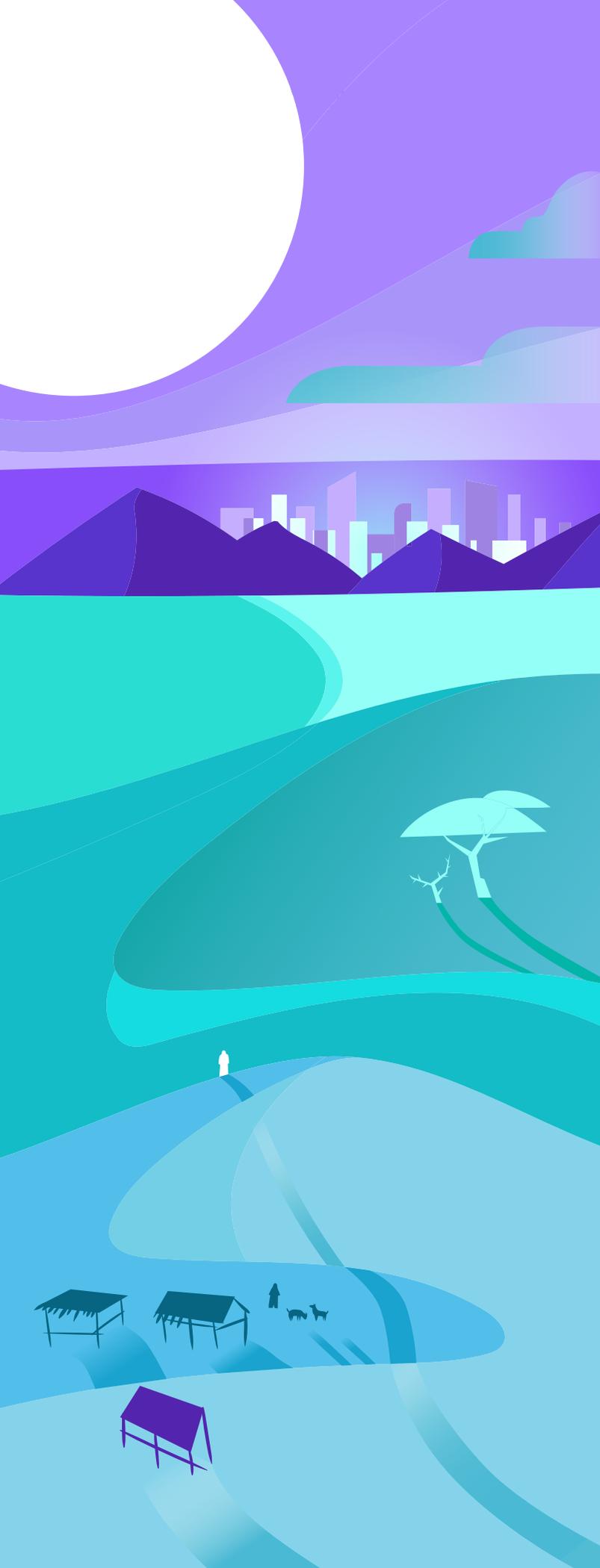
24_Dolutegravir, medicamento para VIH, tendrá licencia obligatoria: Resolución 881 de 2023: <https://consultorsalud.com/licencia-obligatoria-dolutegravir-881-2023/>

Periodo enero de 2022-2023



Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 2294 de 2023) establece medidas para transformar el sector farmacéutico y fortalecer la capacidad de producción y desarrollo tecnológico en salud.

Esto incluye la implementación de una nueva política farmacéutica, el impulso de proyectos de producción pública o mixta de tecnologías estratégicas, el fortalecimiento de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, la promoción de acuerdos de transferencia de tecnología, la reindustrialización del sector salud y la simplificación de trámites del INVIMA para potenciar la fabricación, venta e importación de medicamentos, vacunas, dispositivos y otras tecnologías en salud. Además, el Gobierno Nacional plantea regular las compras conjuntas o centralizadas para mejorar el acceso y reducir los precios por medio de la reforma a la salud. Por lo que, propone coordinar estas adquisiciones en colaboración con entidades como Colombia Compra Eficiente y el SIC, buscando lograr una mayor eficiencia en la compra de medicamentos y asegurar su disponibilidad a un costo más asequible para los pacientes. Finalmente, en el **Proyecto de Ley- PL 339** fortalece la política de medicamentos (artículo 96) mediante la simplificación de trámites, la priorización de vacunas producidas por entidades públicas y una planificación actualizada por parte del Gobierno Nacional.



A pesar de los avances en la visión de autonomía sanitaria y la incorporación de apartados sobre la investigación, ciencia y tecnología propuesta por el Gobierno Nacional, todavía existe una gran oportunidad para alinearlas con una perspectiva de salud pública en el ámbito de la propiedad intelectual²⁵ que garantice el acceso a medicamentos. En este sentido, la agenda del Gobierno podría ir mucho más allá. Por ejemplo, algunos académicos como José Gilberto Orozco Díaz y Esperanza Holguín Hernández invitan a (i) reevaluar la aceptación del alto costo de los medicamentos sin cuestionar los costos excesivos de investigación y desarrollo, (ii) enfatizar que el conocimiento acumulado es la verdadera base de los medicamentos y (iii) considerar los medicamentos como un Bien Común dentro del derecho a la salud, promoviendo un enfoque centrado en el bienestar colectivo y la construcción de soberanía sanitaria y farmacéutica.²⁶ Otros sectores como las Secretarías de Salud Municipales exigen la construcción de capacidades de producción farmacéutica con enfoque de autonomía sanitaria²⁷, en esta misma ruta, Bogotá ha emprendido el camino para dar vida a BogotáBio²⁸, el proyecto que permitirá la fabricación de vacunas en la ciudad capital y que responde a las lecciones aprendidas durante la pandemia por COVID-19, tiempo en el que fue evidente la vulnerabilidad que se produce cuando se depende de terceros que priorizan el mercado sobre la salud pública global.

25_Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder (2023): http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/Reforma_-_Politica_de_medicamentos__3_.pdf

26_José Gilberto Orozco Díaz y Esperanza Holguín Hernández. Los medicamentos en la propuesta de reforma a la salud: <https://www.desdeabajo.info/rotador-ncio/item/los-medicamentos-en-la-propuestade-reforma-a-la-salud.html>

27_Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder (2023): http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/imgs/botones/flores/Nuevo_2_Industrializacion_investigacion_cientifica_y_propiedad_intelectual_en_el_gobierno_del_cambio_alinear_la_voluntad_politica_con_el_enfoque_de_autonomia_sanitaria.pdf

28_Bogotá tendrá fábrica de vacunas que será manejada por la empresa China, Sinovac: <https://www.larepublica.co/empresas/bogota-tendra-fabrica-de-vacunas-que-sera-manejada-por-la-empresa-china-sinovac-3627373>

El Gobierno debería concentrar esfuerzos en implementar un sistema de patentes innovador y dinámico que tenga como objetivo principal salvaguardar el derecho a la salud de todos los habitantes del país.

Esto a través de medidas como la inclusión de la denominación común internacional (DCI) en todas las solicitudes de patentes de medicamentos como mecanismo de transparencia²⁹; la implementación del mandato del artículo 70 de la Ley 1753 de 2015, vinculando al MSPS en las solicitudes de patentes y garantizando una mayor libertad de operación en beneficio de la salud pública; y la revisión exhaustiva de la Guía para Examen de Solicitudes de Patente de Invención y de Modelo de Utilidad para establecer requisitos más estrictos de patentabilidad en invenciones asociadas a medicamentos y bioterapéuticos. Este tipo de medidas promueven la transparencia y el acceso equitativo a la información sobre medicamentos, lo que contribuye a una mejor toma de decisiones en salud. Además, aseguran que solo se otorguen patentes a innovaciones genuinas y contribuye a evitar la apropiación indebida de conocimiento en salud, mejorando la disponibilidad, asequibilidad y calidad de los medicamentos. A partir de las lecciones que dejó la pandemia del COVID-19, el Gobierno Nacional debería incorporar una modalidad de declaración expedita del interés público para las solicitudes o patentes concedidas de tecnologías médicas esenciales durante situaciones de emergencia³⁰. Además, establecer una agenda diplomática nacional para participar en la discusión sobre el tratado de pandemias liderado por la OMS, con una perspectiva de salud pública con relación a la

propiedad intelectual en contextos pandémicos³¹.

Lo anterior permitiría fortalecer la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias, facilitar el acceso a tecnologías médicas esenciales y promover la cooperación internacional en materia de propiedad intelectual y salud pública durante pandemias o situaciones de emergencia.

De otro lado, el Gobierno Nacional tiene la oportunidad de apostar por una estrategia de regulación de precios más focalizada y que garantice la aplicación plena del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, el cual establece que la concesión del registro sanitario de los medicamentos, las vacunas y los dispositivos médicos nuevos está condicionada a que previamente se fije su precio con base en su aporte terapéutico. Para ello, se requiere establecer una metodología rigurosa que especifique claramente su alcance y que se articule con la metodología actualmente establecida en el país para la regulación de precios de medicamentos, cumpliendo con los requisitos regulatorios de simplicidad y consistencia.

²⁹_Ver: Ponencia: Políticas públicas para la equidad en el acceso y el uso racional de bioterapéuticos.

³⁰_Ver: Industrialización, investigación científica y propiedad intelectual en el gobierno del cambio: alinear la voluntad política con el enfoque de autonomía sanitaria

³¹_Ver: Boletín DIME, 52.

03

PERSPECTIVA DE GÉNERO DESDE UNA VISIÓN TRANSVERSAL QUE PERMITA SANAR LA DEUDA QUE SE TIENE CON LAS MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ EN MATERIA DE SALUDPERO

En Colombia las mujeres y personas LGBTIQ+ aún no ejercen plenamente sus derechos a la salud, educación, generación de ingresos y ejercicio de su autonomía en sus hogares, trabajos y comunidades. En varios escenarios son víctimas de desigualdad y discriminación a causa de imaginarios sociales y culturales tradicionales que reproducen estereotipos y prácticas patriarcales.

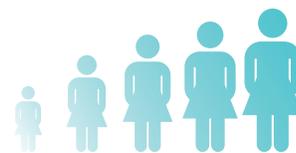
En el país la mitad de las mujeres en edad de trabajar están fuera de la fuerza laboral y cuando se incorporan lo hacen en condiciones de desventaja, segregación e informalidad. ³²

Las mujeres tienen una participación del 90 % en actividades asociadas a la economía del cuidado frente a un 62 % de los hombres, y destinan más del doble del tiempo que estos al cuidado de personas y oficios del hogar, afectando las posibilidades de las mujeres de insertarse al mercado laboral.³³ Además, las mujeres rurales son las que más tiempo dedican al trabajo doméstico

³² MUJERES Y HOMBRES: BRECHAS DE GÉNERO EN COLOMBIA (2020) https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres_y_hombres_brechas_de_genero.pdf

³³ Documento Conpes 4080 de 2022.

y de cuidado que no es remunerado.³⁴ En un contexto marcado por el conflicto, las mujeres y las niñas experimentan una violencia que refleja la desigualdad y la discriminación. Durante el periodo de 1995 a 2011, más de 2.7 millones de mujeres (6% de la población total) fueron desplazadas internamente en nuestro país y el 15.8% de ellas ha sufrido violencia sexual³⁵, solo en el 2022 se registraron 614 casos de feminicidio y 47.771 casos de violencia intrafamiliar con víctimas femeninas.³⁶



1995 → 2011
2.7 millones de mujeres desplazadas

³⁴ OXFAM (2021). <https://lac.oxfam.org/lo-%C3%BAltimo/blogs/influencia-para-la-creacion-de-sistemas-de-cuidado-en-colombia>

³⁵ ONU Mujeres. La situación de las mujeres en Colombia: <https://colombia.unwomen.org/es/onu-mujeres-en-colombia/las-mujeres-en-colombia>

³⁶ Procuraduría General de la Nación (2023). <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/3-mujeres-cada-hora-128-al-dia-y-47-mil-en-2022-fueron-victimas-de-violencia-intrafamiliar-procuraduria.aspx>

El escenario de violencia también afecta gravemente a las personas LGBTIQ+, muestra de ello es que, durante el año 2022, 145 personas fueron asesinadas, siendo las mujeres y hombres trans los más agredidos (49 fueron asesinados).³⁷

El enfoque de las políticas públicas nacionales en materia de equidad en salud para las mujeres ha estado históricamente centrado en el ámbito reproductivo³⁸, tanto así que los informes y documentos de política nacional se han concentrado en estudiar el porcentaje de mujeres que acceden a métodos anticonceptivos, los nacimientos en mujeres niñas y adolescentes³⁹, la mortalidad materna y la atención calificada de partos⁴⁰. Sin embargo, poco se ha estudiado y actuado frente a las enfermedades que tienen más prevalencia en mujeres, como las enfermedades cardio-cerebrovasculares y que afectan la salud mental⁴¹. Así las cosas, los esfuerzos en el país se han dirigido principalmente a facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, servicios de planificación familiar y atención para la interrupción voluntaria del embarazo, sin que se haya logrado eliminar las barreras, ni garantizado el acceso universal a estos servicios para las mujeres, especialmente para las más afectadas por la discriminación y la desigualdad, dejando de lado el estudio de otras condiciones e indicadores en salud que también garantizan una atención equitativa y efectiva para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+.

³⁷ La violencia contra la población LGBTI no cesa: 145 asesinatos en un año: <https://elpais.com/america-colombia/2023-03-15/la-violencia-contra-la-poblacion-lgbti-no-cesa-145-asesinatos-en-un-ano.html>

³⁸ Documento Conpes 4080 de 2022

³⁹ Presidencia de la República de Colombia. Observatorio Colombiano de las Mujeres: <https://observatoriomujeres.gov.co/es/Indicators>

⁴⁰ MUJERES Y HOMBRES: BRECHAS DE GÉNERO EN COLOMBIA (2020) https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres_y_hombres_brechas_de_genero.pdf

⁴¹ Documento Conpes 4080 de 2022

La perspectiva del actual Gobierno Nacional mantiene esta priorización y profundiza en temas importantes, como por ejemplo, – la expedición de la **Resolución 051 de 2023** en la que se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, a la actualización de la política integral de derechos sexuales, la prevención del embarazo en la adolescencia, la eliminación de embarazos en la infancia y el matrimonio infantil, la educación integral para la sexualidad, la gestión menstrual y el acceso a anticonceptivos.

Es evidente que aún existe una brecha en el análisis integral de los factores que impactan la salud y bienestar de las mujeres.

El enfoque predominante ha dejado de lado otras dimensiones cruciales que afectan la salud femenina en su totalidad. Es fundamental reconocer que la salud de las mujeres va más allá de la atención exclusiva a su sexualidad y reproducción. Es necesario ampliar el análisis de salud para abordar de manera diferenciada y completa los aspectos relacionados con enfermedades, mortalidad, condiciones socioeconómicas y bienestar de las mujeres, promoviendo una visión holística que atienda todas sus necesidades y garantice una atención integral y equitativa. Por lo anterior, el Gobierno nacional tiene la oportunidad de integrar y coordinar otros elementos de la perspectiva de género en el Sistema de Salud, los cuales son fundamentales para asegurar el pleno ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y las personas LGBTIQ+ en Colombia. Si bien se reconoce el esfuerzo del Gobierno Nacional de incluir:

(i) En el Plan Nacional de Desarrollo se incluyen disposiciones para abordar la perspectiva de género, reconocer la economía del cuidado no remunerado en el sector rural, establecer mecanismos para prevenir violencias y discriminación hacia las personas LGBTIQ+, **crea un sistema de registro**

y atención de violencias basadas en género, y desarrolla medidas para enfrentar la emergencia por violencia de género.

(ii) En el proyecto de reforma a la salud se propone la inclusión dentro de los determinantes sociales los enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género y la creación del Consejo Nacional de Salud, que incluirá representantes de diversos sectores, incluyendo organizaciones de mujeres y personas LGBTIQ+,

para garantizar la participación y la perspectiva de género en las políticas y programas de salud.

La agenda gubernamental desaprovecha la oportunidad de incorporar y articular otros elementos de la perspectiva de género al Sistema de Salud, que son esenciales para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y personas LGBTIQ+. Es crucial que el Gobierno Nacional amplíe su comprensión de la equidad de género en salud y se enfoque en garantizar el pleno desarrollo y bienestar de las mujeres y personas LGBTIQ+ desde una perspectiva diferencial y transversal. Para lograrlo, se sugiere examinar las implicaciones de las políticas y decisiones del Sistema de Salud en las mujeres y visibilizar a las personas LGBTIQ+ (especialmente a personas trans como lo sugiere Mutante⁴²) en el Sistema; diseñar herramientas que aborden sus intereses y necesidades; y adoptar medidas concretas para combatir la violencia y discriminación que enfrentan, especialmente en áreas rurales.

Además, es importante incorporar y articular aspecto como la economía del cuidado, la informalidad laboral y la brecha salarial, y utilizar indicadores de salud que consideren factores más allá de los derechos sexuales y reproductivos o la maternidad.

42_Mutante [2023]: https://twitter.com/MutanteOrg/status/1626359416982233089?t=7RMh3Qkqc_z9SgaA56uDIQ&s=19



Particularmente, es necesario implementar medidas y estrategias que aborden el cuidado no remunerado y la atención a personas dependientes, considerando la provisión de servicios y el tipo de atención requerido, adaptándose a diversos contextos.⁴³

El enfoque de género en salud también debe involucrar la dimensión socioeconómica y territorial, pues un análisis de las inequidades sociales en salud en Colombia evidencia el entrecruzamiento de categorías como la clase, el género y la etnia en la calidad de vida y acceso a condiciones de salud y bienestar de la población. Así lo ha reconocido la Red Nacional de Mujeres, que ha recomendado tomar acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales en salud desde una perspectiva de género. Esto implica analizar de manera continua y organizada los aspectos sociales y económicos que afectan la salud de las mujeres y que dan como resultado un acceso desigual a los servicios de salud.⁴⁴

Finalmente, el cambio social es esencial para lograr la equidad de género en salud, y el Sistema de Salud debe tomar medidas para promover la igualdad real.

Esto incluye educar sobre el valor de la igualdad, eliminar comportamientos y lenguaje sexista basados en estereotipos, y promover

oportunidades y salarios equitativos para el personal de salud⁴⁵. Así mismo, como lo sugiere La Mesa por la Vida, los procesos de atención primaria, territorial, y domiciliaria, y las capacidades del personal de salud deben fortalecerse con el fin de garantizar el ejercicio autónomo e informado de los derechos de las niñas y mujeres en los servicios de salud⁴⁶. Estas acciones contribuirán a la materialización de una sociedad más igualitaria en materia de salud.



⁴³_OXFAM [2021]. <https://lac.oxfam.org/lo-%C3%BAltimo/blogs/influencia-para-la-creacion-de-sistemas-de-cuidado-en-colombia>

⁴⁴_Red Nacional de Mujeres [2023]. <https://www.rednacionaldemujeres.org/documentacion/reforma-a-la-salud-con-las-mujeres-recomendaciones>

⁴⁵_OXFAM: <https://blog.oxfamintermon.org/el-cambio-social-necesario-para-la-igualdad-de-genero/>

⁴⁶_Mesa por la Vida [2023]. <https://twitter.com/mesaporlavida/status/1666963445521031168?t=GFcpjhT0E3CvrvQIPlsSIA&s=19>

04

PROMOVER LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y LA ECO-FARMACOVIGILANCIA PARA REDUCIR TANTO EL DESPERDICIO, COMO EL IMPACTO MEDIOAMBIENTAL DEL SOBRESUMO Y EL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS

El sobreconsumo y la medicalización de la vida han generado el crecimiento de la industria farmacéutica. En relación con el uso irracional de medicamentos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más del 50% de todos los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de manera inapropiada como consecuencia de los siguientes factores: i) el uso de demasiados fármacos por paciente, ii) el uso inapropiado de antimicrobianos - a menudo en dosis inadecuadas para infecciones no bacterianas-, iii) la falta de prescripción de acuerdo con evidencia clínica, y iv) la automedicación inapropiada⁴⁷. Además, desde hace unos años, la medicina moderna se ha expandido y ahora abarca muchos problemas que antes habían sido normales. Es decir, en la actualidad muchos problemas, que no son médicos, son considerados como cuadros patológicos y se pretenden resolver mediante la medicina⁴⁸.

La industria farmacéutica ha desempeñado un

47_OMS (2002). Promoting rational use of medicines: core components.

48_ Ramón Orueta Sánchez, Coral Santos Rodríguez, Enrique González Hidalgo, Eva Ma Fagundo Becerra, Gemma Alejandre Lázaro, Javier Carmona de la Morena, Javier Rodríguez Alcalá, José Ma del Campo del Campo, María Luisa Díez Andrés, Natalia Vallés Fernández, Teresa Butrón Gómez (2011). Medicalización de la vida (I). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

papel protagónico en la medicalización de la vida y en el sobreconsumo de medicamentos. Las compañías de este sector, buscando obtener beneficios económicos y generar su crecimiento, han implementado estrategias como ampliar el mercado de medicamentos mediante nuevas indicaciones o presentaciones, patrocinar investigación que puede ser sesgada y afectar la evidencia disponible para los profesionales de la salud, e invertir recursos significativos en la promoción de medicamentos tanto a profesionales como al público en general, influyendo en la prescripción y la demanda.⁴⁹

El uso irracional de medicamentos y la medicalización tienen efectos preocupantes sobre la salud, incluyendo: (i) aumento del riesgo de reacciones adversas a los medicamentos, especialmente en pacientes geriátricos o en personas con comorbilidades que pueden tener funciones fisiológicas comprometidas; (ii) el uso inapropiado de antibióticos, es uno de los factores clave en la aparición de la resistencia antimicrobiana; y (iii) exposición de los pacientes

49_ Ramón Orueta Sánchez, Coral Santos Rodríguez, Enrique González Hidalgo, Eva Ma Fagundo Becerra, Gemma Alejandre Lázaro, Javier Carmona de la Morena, Javier Rodríguez Alcalá, José Ma del Campo del Campo, María Luisa Díez Andrés, Natalia Vallés Fernández, Teresa Butrón Gómez (2011). Medicalización de la vida (I). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

a la posibilidad de desarrollar dependencia a ciertos medicamentos, como analgésicos y tranquilizantes.⁵⁰ Además, el sobreconsumo y la medicalización plantean un desafío a nivel global en términos de salud pública y medio ambiente, ya que el aumento en la venta y consumo de medicamentos también implica una mayor cantidad de productos químicos que se liberan al ecosistema.⁵¹ La presencia generalizada de contaminantes farmacológicos se ha vuelto preocupante, en un estudio realizado en 71 países de diferentes continentes se identificaron hasta 631 principios activos en el medio ambiente. Estos medicamentos se encuentran principalmente en ríos y lagos, pero también se han detectado en mares, suelos, aguas subterráneas e incluso en el suministro de agua potable.⁵² La contaminación causada por medicamentos es una preocupación significativa, se conoce que hasta el 90% de los fármacos consumidos son expulsados intactos a través de la orina. Además, existen otras fuentes de contaminación como los residuos de medicamentos vencidos o en desuso arrojados a la basura, tanto en los hogares como en las instituciones sanitarias⁵³, los vertidos de la industria y la exposición de animales de granja. Estos factores contribuyen a la contaminación del agua y resaltan la ineficacia de los métodos convencionales utilizados para eliminar los medicamentos y sus residuos.⁵⁴

Bajo este panorama, preocupa que ni el proyecto de la reforma a la salud ni el discurso del Gobierno aborde de forma coherente el sobreconsumo y

50_Richard Ofori-Asenso, Akosua Adom Agyeman (2016). Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts.

51_Impactos ambientales de los medicamentos:<https://transferencia.tec.mx/2022/07/12/impactos-ambientales-de-los-medicamentos/>

52_Así contaminan el medioambiente nuestros medicamentos:
<https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/medioambiente/medioambiente-y-medicamentos-contaminacion/>

53_Medicamentos vencidos amenazan el medioambiente:
<http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/medicamentos-vencidos-amenazan-el-medioambiente>

54_Así contaminan el medioambiente nuestros medicamentos:
<https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/medioambiente/medioambiente-y-medicamentos-contaminacion/>

medicalización de la vida y sus consecuencias negativas sobre la salud y el medio ambiente.

En este sentido, es indispensable que se desarrollen políticas enfocadas en la promoción del uso racional de medicamentos, que incluyan medidas de educación, monitoreo, supervisión y retroalimentación, como la utilización de listas restrictivas de medicamentos con baja efectividad y precios exagerados, promoción de la selección y uso de medicamentos esenciales o el uso de formularios de prescripción estructurados. Una lista de medicamentos esenciales con alta adherencia puede mejorar el conocimiento de los médicos sobre medicamentos de calidad y reducir costos para el sistema de salud.⁵⁵

Además, el fortalecimiento de la farmacovigilancia es indispensable para promover el uso racional de medicamentos, ya que incluye diversas actividades de salud pública que se enfocan en analizar y gestionar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos. Lo anterior implica identificar, cuantificar y evaluar los riesgos asociados a los medicamentos, con el fin de prevenir o minimizar el daño a los pacientes, así como garantizar que el uso de medicamentos esté de acuerdo con datos científicos sobre eficacia, seguridad y cumplimiento.⁵⁶

Alcanzar estos objetivos requiere una triada de compromisos entre el Ministerio de Salud, INVIMA y el IETS para armonizar las políticas ambientales con las políticas de acceso y uso de medicamentos y productos biomédicos, producir los medicamentos que se necesitan, generar estrategias para prescribir y usar los medicamentos con prudencia, transitar de la disposición adecuada de residuos de medicamentos al desperdicio cero y establecer una agenda de investigación que evalúe el impacto ecológico de la medicalización y del desperdicio.⁵⁷

55_Richard Ofori-Asenso, Akosua Adom Agyeman (2016). Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts.

56_OPS. Farmacovigilancia: <https://www.paho.org/es/temas/farmacovigilancia>

57_Ecofarmacovigilancia para cuidar el planeta. Propuestas de

Conclusiones

El trámite del proyecto de reforma a la salud del gobierno de Gustavo Petro ha suscitado amplio debate e involucrado a diversos sectores del país, que apoyan o rechazan total o parcialmente la propuesta legislativa. Este debate ha abierto la puerta para visibilizar ciertos problemas que repercuten negativamente en el sistema de salud y la garantía del derecho fundamental a la salud, que requieren la adopción de medidas por parte del Estado como: el cierre de brechas en la prestación de servicios de salud entre zonas rurales y urbanas; la necesidad de implementar un enfoque de género transversal que garantice el derecho a la salud de las mujeres y personas LGBTIQ+; la urgencia de aplicar un sistema de propiedad intelectual que priorice la salud pública y promueva el acceso a medicamentos y vacunas; y la importancia de impulsar una política de uso racional de medicamentos que mitigue los efectos de la medicalización en la salud pública y en el medio ambiente. Si bien se reconoce el esfuerzo del gobierno por fortalecer la atención primaria a través de mejoras en la prestación de servicios con un enfoque territorial, la inclusión de políticas de equidad de género y una postura más firme respecto al uso de flexibilidades en materia de propiedad intelectual, aún queda un largo camino por recorrer.

Más que una reforma legislativa, se requiere voluntad política para abordar las desigualdades históricas en la prestación de servicios de salud entre áreas rurales y urbanas, así como la inequidad de género en el acceso al derecho a la salud, a los medicamentos y a la protección de la salud pública y el medio ambiente.

El Gobierno Petro tiene a su disposición otras medidas propias del ejecutivo, como la facultad reglamentaria, que le permite reglamentar los artículos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo, y la emisión de instrumentos de política pública para establecer las directrices necesarias en materia social y ambiental.



CENTRO DE PENSAMIENTO
Medicamentos, Información y Poder



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

