



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - Nº 14

Bogotá, D. C., miércoles, 4 de febrero de 2015

EDICIÓN DE 52 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariasenado.gov.co	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co
-------------	---	---

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA  
**ACTA NÚMERO 22 DE 2014**

(noviembre 26)

Legislatura 2014-2015

**Control Político: Tema: Audiencia Pública: Efectos Fiscales de la Sentencia C-313 de 2014 sobre la ley estatutaria de la Salud, aprobada mediante Proposición número 25 del 11 de noviembre de 2014.**

Siendo las diez y veinte de la mañana (10:20 a. m.), del día miércoles veintiséis (26) de noviembre de dos mil catorce (2014), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, el honorable Senador *Luis Évelis Andrade Casamá*, en su calidad de Vicepresidente y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara*, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

#### ORDEN DEL DÍA

##### Miércoles 26 de noviembre de 2014

##### Acta número 22

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2014-2015  
Comisión Séptima Constitucional Permanente  
del Senado de la República

Fecha: Miércoles 26 de noviembre de 2014

Hora: 10:00 a. m.

**Lugar:** Recinto de sesiones de la **Comisión Séptima del Senado** – piso 3. Edificio nuevo del Congreso.

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (**honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza- Presidente y honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá-Vicepresidente**), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del **miércoles 26 de noviembre**, será el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

**Audiencia pública: efectos fiscales de la Sentencia C-313 de 2014 sobre la Ley Estatutaria de la Salud, aprobada mediante Proposición número 25 del 11 de noviembre de 2014**

#### CITADOS:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
1	DOCTOR MAURICIO CÁRDENAS SANTAMARÍA	MINISTRO DE HACIENDA
2	ALEJANDRO GAVIRIA URIBE	MINISTRO DE SALUD

#### INVITADOS:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
1	DOCTOR EDGARDO MAYA VILLAZÓN	CONTRALOR GENERAL
2	DOCTOR ALEJANDRO ORDÓÑEZ MALDONADO	PROCURADOR GENERAL
3	DOCTOR JORGE ARMANDO OTÁLORA GÓMEZ	DEFENSOR DEL PUEBLO
4	DOCTOR JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA	DIRECTOR DE LA ACHC
5	DOCTORA OLGA LUCÍA ZULUAGA	DIRECTORA EJECUTIVA DE ACESI
6	DOCTORA ELISA CAROLINA TORRENEGRA	DIRECTORA EJECUTIVA GESTARSALUD
7	DOCTOR JAIME CALDERÓN HERRERA	PRESIDENTE ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS (ACSC)
8	DOCTOR JUAN MENDOZA VEGA	PRESIDENTE ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA – (ANM)
9	DOCTOR JAIME ARIAS RAMÍREZ	PRESIDENTE DE ACEMI
10	DOCTOR SERGIO ISAZA VILLA	PRESIDENTE FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
11	DOCTOR NÉSTOR ÁLVAREZ	ASOCIACIÓN DE PACIENTES DE ALTO COSTO

12	DOCTORA MARÍA TERESA GAITÁN	PRESIDENTA AMESE - ASOCIACIÓN DE PACIENTES
13	DOCTORA ALICIA TAFUR	ASOC USUARIOS CANCEROLOGÍA ASOCIACIÓN DE PACIENTES
14	DOCTORA JOSEFINA BERNAT DE HURTADO	PRESIDENTE NACIONAL DE FUNDARE FUNDACIÓN COLOMBIANA DE APOYO AL REUMÁTICO - ASOCIACIÓN DE PACIENTES
15	DOCTORA LUZ VICTORIA SALAZAR	PRESIDENTA DE ACOPEL - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE DEPÓSITO LISOSOMÁTICOS - (HUÉRFANAS Y RARAS).
16	DOCTOR DENIS SILVA	COLOMBIA SALUDABLE
17	DOCTORA MARTHA HERRERA OLAYA	PACIENTES COLOMBIA
18	DOCTOR JOSÉ VICENTE VILLAMIL	VEEDOR NAL. DE SALUD

## IV

**Anuncio de discusión y votación de proyectos para primer debate en comisión séptima del Senado, en próxima sesión que fije la Mesa Directiva.**

## V

**Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores.**

El Secretario General, Comisión Séptima del honorable Senado de la República

*Jesús María España Vergara.*

Esta sesión contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:

**Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:**

Andrade Casamá Luis Évelis

Blel Scaff Nadia

Castañeda Serrano Orlando

Gaviria Correa Sofía

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Ospina Gómez Jorge Iván

Pestana Rojas Yamina del Carmen

Pulgar Daza Eduardo Enrique

Uribe Vélez Álvaro.

**En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:**

Castilla Salazar Jesús Alberto

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Martínez Mauricio

Delgado Ruiz Édinson

Soto Carlos Enrique.

Con excusa dejó de asistir el honorable Senador: Estas excusas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con quórum decisorio. A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente sesión ordinaria, Legislatura

2014-2015, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Siendo las diez y treinta (10:30 a. m.) de la mañana, de hoy miércoles veintiséis (26) de noviembre de 2014, por autorización del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, se procede por la Secretaría de la Comisión llamar a lista primero a los integrantes de la Comisión Séptima del Senado y en segundo lugar a los citados e invitados.

**Comisión Séptima del Senado de la República**

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	Presente
Honorable Senadora Blel Scaff Nadia Georgette	Presente
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	Presente
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	
Honorable Senador Gaviria Correa Sofía	Presente
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	Presente
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	Presente
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	Presente
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	Presente
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	Presente

Nueve (9) honorables Senadores y Senadoras señor Presidente contestan el llamado a lista.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario por favor lea el Orden del Día.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

El Orden del Día para el miércoles veintiséis (26) de noviembre de 2014, según Acta número 22, por instrucciones de la Mesa Directiva, de conformidad con el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, el Orden del Día propuesto para esta Sesión Ordinaria de Audiencia Pública, es el siguiente:

## I

**Llamado a lista y verificación del quórum.**

## II

**Informes de la Mesa Directiva.**

## III

**Audiencia pública: efectos fiscales de la Sentencia C-313 de 2014 sobre Ley Estatutaria de la Salud, aprobada mediante proposición número 25 del 11 de noviembre de 2014.**

**CITADOS:**

Señor Ministro de Hacienda y Crédito Público, doctor *Mauricio Cárdenas Santamaría*. No asiste, pero delega en el doctor *Jaime Eduardo Cardona*, Director de Regulación Económica y Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Doctor *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro de Salud, informaron a la Secretaría que estará llegando en diez (10) minutos, pero no está presente en el Recinto.

**INVITADOS:**

Doctor *Edgardo Maya Villazón*, Contralor General, no asiste, envió delegado de la Contraloría Delegada para el Sector Social.

Doctor *Alejandro Ordóñez Maldonado*, Procurador General, envió excusa y no efectuó delegación.

Doctor *Jorge Armando Otálora Gómez*, Defensor del Pueblo, asiste el Vicedefensor del Pueblo doctor *Manuel Esiquio Sánchez*, quien está encargado de la Defensoría y se encuentra presente.

Doctor *Juan Carlos Giraldo Valencia*, Director de la ACHC, Presente.

Doctora *Olga Lucía Zuluaga*, Directora Ejecutiva de ACESI, hay delegación de ACESI.

Doctora *Elisa Carolina Torrenegra*, Directora Ejecutiva Gestarsalud, ya está entrando la Doctora Elisa Carolina.

Doctor *Jaime Calderón Herrera*, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), no asiste, pero delegó en el doctor *César Burgos* de la Junta Directiva de la Asociación, quien se encuentra presente.

Doctor *Juan Mendoza Vega*, Presidente Academia Nacional de Medicina (ANM), gracias doctor Mendoza.

Doctor *Jaime Arias Ramírez*, Presidente de Acemi, está en un evento en estos momentos y telefónicamente informaron que hacia las once (11) de la mañana estará por acá en el Recinto.

Doctor *Sergio Isaza Villa*, Presidente Federación Médica Colombiana, no se encuentra presente.

Doctor *Néstor Álvarez*, Asociación de Pacientes de Alto Costo, está presente.

Doctora *María Teresa Gaitán*, Presidenta Amese - Asociación de Pacientes, la doctora María Teresa Gaitán no está.

Doctora *Alicia Tafur*, Asociación Usuarios Cancerología Asociación de Pacientes, no está.

Doctora *Joséfin Bernat de Hurtado*, Presidente Nacional de Fundare (Fundación Colombiana de Apoyo Al Reumático) - Asociación de Pacientes, No está.

Doctora *Luz Victoria Salazar* Presidenta de Acopel (Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomáticos) (Huérfanos y Raras), no se encuentra.

Doctor *Denis Silva*, Colombia Saludable, no se encuentra.

Doctor *José Vicente Villamil*, Veedor Nacional de Salud, no se encuentra el doctor Villamil.

Ese es el listado de invitados y citados señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

En consideración el Orden del Día leído, ¿lo aprueba la Comisión?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Por la mayoría de los nueve (9) honorables Senadores presentes en el Recinto, lo aprueban señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Iniciemos con el Orden del Día señor Secretario.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Audiencia Pública: efectos fiscales de la Sentencia C-313 de 2014 sobre Ley Estatutaria de la Salud, aprobada en la Comisión Séptima del Senado según proposición número 25 del 11 de noviembre de 2014.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el doctor Néstor Álvarez, Asociación de Pacientes de Alto Costo. Diez (10) minutos por favor.

**Asociación de Pacientes de Alto Costo, doctor Néstor Álvarez:**

Muy buenos días, muchas gracias a la Comisión Séptima por la invitación a los pacientes de estar presentes, el mensaje que nosotros queremos traer hoy a ustedes como Comisión Séptima es más que una opinión técnica, son aspectos muy importantes de cómo manejar este derecho fundamental en el país. Para nosotros no es bien visto que dos Ministros antes de que se sancione la ley, entren al país en un pánico, en este mismo escenario hacíamos un reclamo social a la Industria Farmacéutica en el decreto de Biotecnológicos sobre la responsabilidad y el pánico que estaba creando en la ciudadanía y en los enfermos en general.

El primer llamado de atención es que los Ministros, su función no es entrar en pánico para decir que una ley no se puede cumplir y que no debe entrar en ejercicio, creo que nosotros tenemos en nuestro poder Ejecutivo unos Ministros para que ejecuten las leyes, para que estén aquí presentes diciendo cuál es el plan para ejecutar las leyes, cómo las vamos a desarrollar, cómo vamos a hacer la campaña promoción y prevención en la obesidad, en el riesgo cardiovascular, en detener el VIH, no para que nos digan que la ley no se puede cumplir y nos empiecen a entrar en un pánico a todos los actores para que tengan el apoyo de decir, no es que este es un país pobre y no nos podemos dar el lujo y eso es insostenible y con el paradigma de que somos pobres y que van a dar la angosta y yo quería decirle al Ministro de Salud, que yo creo que debe haber un respeto para la ciudadanía y no referirse en esos términos al derecho de la salud, porque si bien es cierto, a los pacientes y a los ciudadanos sí nos ha tocado la angosta, porque toca pelear con el Sistema de Salud, porque el número de tutelas sí muestra que nos ha tocado la angosta y la ancha le ha tocado a otro sector, a otro sector que se ha rentado mucho del negocio en la salud en Colombia, entonces yo creo que el primer llamado es que el Ministro de Salud su función es implementar las leyes y desarrollar políticas para disminuir la carga de enfermedad y para mejorar el Sistema de Salud y el Ministro de Hacienda, un Ministro de Hacienda su función tiene que buscar el dinero para hacer desarrollar las leyes y cumplir las leyes. El Ministro de Hacienda no está llamado para decir el pánico de que la ley no se puede implementar en Colombia porque no hay plata, pero tampoco nos han demostrado ni cuánto vale, nosotros en nuestra intervención en la Corte Constitucional dijimos que el escenario más crítico del costo de salud de los colombianos puede ser que todos fueran hemofílicos y todos, todos los días tengamos una cirugía y se consumen 2 mil millones, ese sería el escenario más crítico para saber cuánto sería el gasto en salud con base al Producto Interno Bruto y que mal o bien hay unos datos de carga de enfermedad de promedio de consultas que nos presentarán cuál es la insostenibilidad que no se puede haber del sistema, pero yo creo que es irresponsable empezar un pánico para decir que no se puede, yo hubiera preferido que esta Audiencia hubiera sido para que el Ministro de Economía, de Hacienda hubiera dicho, mire, estamos trabajando para buscar los recursos de esta manera, tenemos cuantificado cuánto va a ser, tenemos que hacer esto y como país tenemos que hacer. Que un Ministro de Salud hubiera presentado un plan para disminuir la carga de enfermedad y que no estuviera pendiente de decirnos que solamente nos gusta la langosta a los pacientes, yo creo que el país está mal, porque el mensaje que le estamos mandando a una sociedad, es que no vale la pena cumplir la ley, que lo mejor que toca salir a decir de primeras es, no cumplamos la ley y busquemos formas de evadirla, de

esa manera el país no sale adelante, de esa manera no se mejora la salud de los colombianos.

Ese es el mensaje que nosotros queremos traer a la Comisión Séptima, que lo que deberíamos estarle pidiendo al Gobierno ya son los planes de implementación de si se llegara a ser ley, todavía no se ha firmado y pedirle al Presidente Santos cuál fue el compromiso con el país en el tema de salud y que firme la ley y que les diga a sus Ministros cuáles son los planes para implementar la ley. Eso es lo que estamos esperando los colombianos, no estamos esperando que como ya es Presidente y se acabó la campaña o los Ministros están con el Plan de Gobierno o el Presidente no quiere la ley, yo creo que el llamado también es al Presidente, él tiene dos Ministro que deben cumplir sus alineamientos.

Y referente al cumplimiento de la ley, quiero hacer un llamado acá, nosotros tenemos a las EPS no cumpliendo la Ley antitrámites, ley bandera del Gobierno Santos en autorización a los 5 días, la Supersalud sabe, el Ministro sabe y no ha dicho, nadie ha tomado medidas para que las EPS cumplan esta ley, entonces cuál es el mensaje si a las EPS no les hacemos cumplir la ley, los Ministros no quieren y están preparando un terreno para decir que la otra ley no se debe cumplir, qué futuro le espera a este país, qué queremos nosotros del país como colombianos, que cada que salga una ley los Ministros salgan a decir ¿la forma de no cumplirla?, ¿cómo le hacemos cumplir la ley a un ciudadano, cómo le decimos al ciudadano que se cuele en Transmilenio, cómo le decimos que pague impuestos? Si los Ministros ya están diciendo las leyes no son para cumplirlas, es para buscar debates para decir que no se deben de cumplir, yo creo que el Ejecutivo tiene una función y el Legislativo tiene una, la ley salió como salió, gústenos o no nos guste y es lo que tenemos que acatar o si no en qué marco nos vamos a mover como ciudadanos, a nosotros la ley nos la aplican, cuando el paciente no paga le cobran intereses y no lo atienden y a él no le gusta, pero es consecuente con la ley, tiene que ir a buscar trabajo a pagar la afiliación, lo que nosotros estaríamos esperando es que el Ministro presente ya de una vez cuáles son los decretos que son inconstitucionales con base una vez que se sancione la ley estatutaria, qué va a cambiar y cuáles son las instrucciones que van a tener las EPS una vez que entre a cumplir la ley estatutaria, es lo que nosotros estaríamos esperando de un Ministerio, ese es el mensaje que hoy queremos traerle al Ministro de Hacienda, al Ministro de Salud, a su gabinete y a ustedes señores legisladores, señores miembros de la Comisión Séptima de salud, nuestro deber es que la ley a unos les guste o no les haya gustado, se debe cumplir y que el Gobierno debe presentar un plan de cómo implementarla. El paradigma de que somos pobres, de que la plata no alcanza y por lo tanto tenemos que seguir siendo así, debe dejar de ser paradigma a pasar a uno de sí podemos, entiendo la preocupación del Ministro de Hacienda, totalmente válida, pero esa preocupación la debe pasar a pensar cómo buscar los recursos, no va a decir es muy sencillo, la forma más fácil de administrar es diciendo no alcanza, entonces no hagamos, la invitación es a pensar de una manera como país desarrollado a decir vamos a luchar porque se pueda, si como sociedad en 5 o 10 años vemos que fue una equivocación, también lo tendremos que aceptar como sociedad, pero no podemos empezar derrotados, con esa filosofía no se lleva un país y menos una ciudadanía y el Presidente Santos, tiene que ser responsable con su campaña política donde prometió la ley, él mismo la radicó, la tiene que sacar adelante y la

debe hacer cumplir. Es el mensaje que queríamos traer desde un grupo de pacientes. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el doctor Juan Mendoza Vega, Presidente de la Academia Nacional de Medicina (ANM).

**Presidente de la Academia Nacional de Medicina (ANM), doctor Juan Mendoza Vega:**

Señor Presidente de la Comisión Séptima, honorables miembros de esta distinguida Célula Congresional, señoras y señores. Adhiero en primer lugar a las palabras del Representante de los Pacientes de Alto Costo, porque también a mí me ha extrañado que una reacción oficial empiece por decir que no se puede cumplir una ley y lo diga desde antes de que la ley exista oficialmente, pero bueno, la gran Junta Médica y la Academia Nacional de Medicina (ANM), que ha coordinado a la gran Junta Médica, cree sinceramente que el Sistema de Salud de Colombia debe cambiarse y la ley estatutaria es precisamente el marco para ese cambio y ustedes Congresistas con muy buen criterio aprobaron esa ley y la Corte Constitucional le hizo lo que la Corte consideró mejor para este país y nos la entrega ahora, pero la reacción nuestra, la reacción del país no puede ser, decir ah, no, ahora tenemos un marco y no lo vamos a cumplir y no nos importa, la gran Junta Médica considera que la ley estatutaria en el mismo momento en que comience a regir, tiene que convertirse en una realidad actuante y para eso se deben dictar las leyes ordinarias y quizás los decretos, yo preferiría leyes que se cambian menos fácilmente, las leyes ordinarias digo, que desarrollen en la práctica diaria la ley estatutaria, es cierto que la ley estatutaria puede tener exigencias que el Ministro de Hacienda considera preocupantes, pero no es cierto que la ley estatutaria vaya a quebrar el sistema, entre otras cosas porque en el Sistema actual de salud no hay nada que quebrar, el sistema está quebrado y no por culpa de la ley estatutaria, sino por culpa del afán de lucro que se implantó en el área de la salud desde hace algunos años. Ese afán de lucro tiene que acabarse y la ley estatutaria lo acaba, lo prohíbe, lo hace nugatorio totalmente, no podemos pretender desconocer en ese aspecto la ley estatutaria, todo lo contrario.

Es cierto que se necesitarán cambios y algunos de ellos los iremos mostrando con detalle en la gran Junta Médica, entregándole al Congreso y entregándoles a las autoridades de salud los instrumentos, las propuestas de instrumentos necesarias, seguramente van a exigir debates y van a exigir profundos esfuerzos de diversos actores en el campo de la salud. Pero la gran Junta Médica por intermedio de la Academia Nacional de Medicina (ANM), quiere insistir también en que el cambio del Sistema de Salud urge que ese cambio tienen que volver a centrarse en las necesidades reales de los colombianos que es lo que estamos defendiendo, que esas necesidades reales de los colombianos incluyen el volver a la prevención, el volver a la promoción de la salud, el volver a la atención en el área de atención primaria, para que no sea indispensable estar pensando en tener más y más y más especialistas.

Nuestro país puede perfectamente volver al sistema de atención primaria con médicos bien preparados que no necesariamente son especialistas de los que son escasos y que van a resolver realmente problemas de todos los días que son los más abundantes en la salud, el niño con diarrea al que le comenzó la diarrea esta mañana no tiene por qué esperarse hasta que lo reciba el gastroenterólogo pediatra, que habrá uno o dos

en Bogotá y por consiguiente lo recibirá dentro de 6 meses, la persona que tiene dolor de cabeza no tiene por qué esperarse hasta que la vea el más ilustre de los neurólogos para que le diga, no pues era una migraña y se le habían podido atender desde el principio. Lo que necesitamos es el cambio fundamental en el esquema y ese cambio fundamental en el esquema señores, tiene en la ley estatutaria su marco, un marco bueno, un marco bien estudiado, un marco que ustedes en el Congreso, miraron por todos los aspectos imaginables, un marco que ustedes consideraron que era viable y que es viable, pero para eso hay que mirarlo con ánimo constructivo, no con el ánimo de decir que no se puede cumplir, hay que mirar la parte económica, la parte financiera de esa ley y de los cambios que ella exige, con ánimo de encontrar los recursos, empezando por recuperar los recursos que se han desviado indebidamente del sistema y por acabar con la corrupción que hace que esos desvíos se produzcan con suma facilidad y vayan a bolsillos non santus como ha ocurrido.

Queremos entonces señor Presidente de la Comisión, honorables Senadores, honorables Senadoras, dejar claro que nuestro interés es en favor de la salud de los colombianos y especialmente de los colombianos menos favorecidos, de esos que nunca se podrán pagar su Sistema de Salud y que sí hay manera, si se busca, de que esa ley se pueda implementar y se pueda poner en marcha, inmediatamente yendo por supuesto, luego a la reglamentación por pasos contados con mucha seriedad, pero no empezando por decir que la ley no se va a cumplir. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien doctor, tiene el uso de la palabra el delegado de Acemi, Acesi, perdón.

**Doctor Luis Alberto Martínez Saldarriaga, Vicepresidente de Acesi:**

Muy buenos días a todos, un agradecimiento muy especial a la Comisión Séptima del Senado por esta invitación, la invitación inicial planteaba hablar sobre algunos efectos y alcances de la Sentencia C-613 de 2014, planteamos en estos 10 minutos, hablar sobre qué plantea la Sentencia sobre lo que es el núcleo esencial del derecho, la obligatoriedad que tiene el Estado para cumplir con esta garantía, algunos principios relevantes, también hablaremos algo de lo que es el modelo de atención o lo que debería ser el modelo de atención e igual hablaremos de la sostenibilidad financiera.

Como núcleo esencial del derecho, la Corte plantea que este debe incluir, debe hacerse extensivo al control de los determinantes sociales y económicos y plantea también que la asistencia incluye en principio todos los servicios y tecnologías, dice la Corte por ejemplo que la salud no ha de ser comprendida de manera exclusiva como la facultad del goce de un determinado conjunto de condiciones biológicas que permita la existencia humana. También hace parte de ese derecho extensivo, los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia, potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas en un medio ambiente sano y continúa la Corte también planteando en cuanto a lo que se refiere a la disponibilidad como dice la Corte que no solo se debe garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones, sino también las facilidades, establecimientos, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud y la Corte también plantea que como punto de partida de la garantía del goce efectivo del derecho, está la inclusión de todos los servicios y tecnologías y

que las limitaciones al derecho, deben estar plenamente determinadas, de lo contrario se hace nugatorio la realización del mismo.

En cuanto a la obligatoriedad que tiene el Estado como ente rector en cabeza de la autoridad sanitaria, plantea en varios artículos por ejemplo que el Estado debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y demás. Igualmente que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del Estado del derecho fundamental a la salud y ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control y continúa planteando que es necesario hacer intervenciones en el mercado de la salud y se centra por ejemplo en el tema de los medicamentos, los dispositivos médicos y los insumos, de hecho pues el Gobierno nacional ha avanzado de manera importante en este punto, con el fin de optimizar la utilización, evitar inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse de una grave afectación de la prestación de servicios y también plantea la Corte específicamente hablando del artículo 23 de la ley estatutaria, que este control de precios debe entenderse en que comprende todas las fases del proceso de producción y comercialización de los medicamentos hasta su consumo final y aquí se impone al Gobierno nacional una tarea muy importante y es revisar los tratados de libre comercio que hacen extensas patentes, que hacen oneroso la garantía del suministro de los medicamentos.

Hablando de algunos principios relevantes, solamente estos, universalidad, continuidad, oportunidad, integralidad. Aquí el reto principal debe ser el que primero el derecho, por ser un derecho fundamental debe cubrirse, garantizarse a todas las personas del territorio nacional sin distinciones de raza, de color político y muchísimo menos de capacidad económica, como lo hace nuestro Sistema de Salud al segmentar la población, dependiendo de su capacidad de pago en los regímenes conocidos.

Igualmente la continuidad está, debe darse, no podrá ser interrumpido por razones administrativas y económicas y en la oportunidad se plantea que cuando un servicio haya sido iniciado, debe proveerse sin dilaciones y hace un énfasis en el tema de la integralidad. Muy bien, hablando de que la Corte sin querer queriendo va esbozando cómo podría ser un modelo de atención garante o que contribuya a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y entonces se explayan a hablar de la territorialidad de conocer efectivamente de qué se enferma, de qué se muere, cuáles son esos determinantes sociales y económicos de la población y por allá en el artículo 20 pues el honorable Congreso de la República planteó algo para recuperar la planificación de los servicios de salud, cosa que se perdió en nuestro sistema y es que el Gobierno deberá implementar una política social de Estado, que permita la articulación intersectorial, con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes y esto tendrá que cubrir desde la promoción hasta la rehabilitación. Igualmente plantea el cuestionamiento que tenemos un sistema morbicéntrico, un sistema orientado simplemente a atender enfermos y esto lo hace mucho más costoso, y entonces plantea la Corte que el derecho a la salud desborda el exiguo parámetro que sugiere la adopción del criterio de derecho a estar sano, con lo cual la vocación de la medicina y del Sistema General de Seguridad Social en Salud no puede ser orientado bajo un parámetro exclusivamente

curativo, pues la restricción del derecho a la salud a dicho modelo, anula por completo el principio de la dignidad humana, toda vez que somete al individuo al padecimiento de enfermedades y dolencias, las cuales bajo este modelo que tenemos, solo pueden ser atendidos una vez se han manifestado de manera efectiva y han ocasionado el deterioro del estado en la salud, con la consecuente limitación de las posibilidades vitales de los ciudadanos.

Entonces tenemos que virar a un sistema que no se centre en curar al enfermo sino ahí nos vamos a morir toda la vida y obviamente va a ser insostenible y rescata la Corte también en la Sentencia los postulados de recuperar la atención primaria, desde el cuidado esencial, desde el cuidado integral de la población. Igualmente retoma como poder incluir la salud en todas las políticas, es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas, principalmente por sectores distintos al sanitario y hace también énfasis en la colaboración intersectorial intensiva que conceda la debida importancia a la salud en todas las políticas, cuando se tiene en cuenta los determinantes sociales de la enfermedad, las mejoras dependen de una colaboración fructífera entre el sector de la salud y otros sectores, no podemos arrogarnos el sector salud, el único garante o que contribuye a la garantía del goce efectivo del derecho, por lo general recibimos son los enfermos, pero tenemos que hacer la abogacía y la articulación con los demás sectores y eso se llama atención primaria en salud y plantea también cómo organizar las redes de servicios y esto es reiterativo de la Ley 1438, unas tareas que tiene pendiente el Gobierno nacional por reglamentar, la Ley 1438 plantea las redes integradas de servicios de salud, un modelo de atención que nos ayudaría a mejorar la integralidad, disminuir la fragmentación y la ineficiencia del sistema, tratando de articular el componente de salud pública, colectiva, individual con la atención integral de la población y dice la Corte que este modelo garantiza el acceso eficaz, oportuno y de calidad para los usuarios del sistema y también avanza en plantear que tenemos un país muy heterogéneo y que tenemos unas zonas marginadas, donde también debe llegar la prestación de servicios de salud a través de la Red Pública Hospitalaria, la cual debe calificarse dependiendo de su rentabilidad social, no de su rentabilidad financiera y obviamente hay que trabajar con eficiencia y con transparencia con los recursos que se tienen.

Además la Corte plantea en lo que tiene que ver con sostenibilidad financiera, plantea cosas muy importantes, por ejemplo, se aproxima una definición dentro del diseño del Sistema de Seguridad Social, el equilibrio financiero tiene como objetivo garantizar la viabilidad del sistema y por tanto, su permanencia en el tiempo, igual avanza en plantear que la responsabilidad fiscal y el criterio de sostenibilidad tienen un carácter instrumental respecto de los fines y principios del Estado social de derecho, en particular son herramientas útiles para la realización progresiva de los contenidos prestacionales de las garantías constitucionales, sin embargo se ha resaltado que la disciplina fiscal y la sostenibilidad financiera no pueden tomarse como fines últimos del Estado, ni justificar limitaciones a los derechos fundamentales, desde que la utilidad financiera es un medio, es una herramienta, no es un fin.

Igualmente se plantea que se debe revisar el diseño del sistema para mejorar la sostenibilidad y dice que el Gobierno ha reconocido el agravamiento de la situación financiera que se viene presentando de tiempo atrás y de manera progresiva, se acepta que se está frente a una problemática propia del diseño del sistema denominado

Ley General de Seguridad Social en Salud, pero que además las medidas que se han adoptado han sido insuficientes y tardías. Igualmente plantea por ejemplo, que para tales efectos en los planes y presupuestos de la nación, recordando el artículo 366 de la Constitución Nacional, el gasto público social tendrá como prioridad sobre cualquier otra asignación y que es deber del Estado, adoptar la regulación y las políticas indispensables para el financiamiento de los servicios de salud y también la misma ley plantea por ejemplo, que para avanzar en el control de los determinantes se pueden utilizar recursos de otros sectores para no afectar los propios del Sistema y también da pistas de cómo utilizar en ese artículo 25 la destinación e inembargabilidad de los recursos y como esta destinación específica de los recursos del sistema deben aplicarse a lo que están orientados y no a otros fines como ya se ha esbozado por ejemplo por el doctor Mendoza, mi antecesor y quisiéramos terminar recordando algunas frases del doctor Jorge Iván Palacio, Magistrado actual de la Corte Constitucional, en recientes foros él ha planteado que ahora bien, la Legislación Estatutaria tiene un ámbito específico como es garantizar los contenidos esenciales del derecho, si bien la ley expedida se ocupa de ello, no se aprecia que haya agotado todos y cada uno de los elementos que comprometen la existencia del derecho, incluso algunas de sus disposiciones, replican la Constitución, otras se encuentran recogidas en la Legislación, hacen parte de instrumentos internacionales o fueron prescritos por el Tribunal Constitucional y sigue diciendo el honorable Magistrado, también existen otras materias que son reserva de Ley Orgánica y Ordinaria y esta es la invitación a la Comisión Séptima, como las que conciernen al modelo del Sistema de Salud, a la buena gobernanza, a la erradicación de la intermediación, a la sostenibilidad financiera, a la proscripción de la corrupción y a la superación de la ineficiencia administrativa, asuntos que de una u otra manera campean en el Sistema de Salud y ameritan su seria atención. Y termina diciendo el Magistrado que cuando se está ante la aprobación de una Legislación Estatutaria como esta, que establece nuevos parámetros normativos, la consecuencia es en principio, ajustar el ordenamiento actual y de aquí en adelante servirá para iluminar lo que se haga.

Algunas conclusiones básicas; el sistema que tenemos basado en la comercialización, en la compraventa, pues no garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud como lo han demostrado las diferentes investigaciones, los informes de la Superintendencia, de la misma Defensoría del Pueblo, etc., aquí hay un gran reto, como garantizar la universalidad, tratar a todo el mundo por igual, sabiendo que ese es el corazón de nuestro sistema, segmentar a la población según su capacidad de pago, cómo disminuir también la fragmentación, la atomización, más de 6.000 actores en el Sistema, se abre un gran debate, cómo hacerlo sostenible, se permite o no el ánimo de lucro, se permite o no la intermediación financiera y hay que recuperar el Estado y el Estado en los territorios se llama Entidades Territoriales, sin recuperar las Entidades Territoriales, departamentos, municipios y distritos, las capacidades que han perdido en funciones esenciales de salud pública y demás, será muy difícil implementar esta reforma y aquí tenemos una gran oportunidad con la Reforma a la Ley 715 que se debe emprender el próximo año, necesitamos más rectoría, más Estado y menos mercado.

Y unas reflexiones finales recordando lo que dice la Corte en las Audiencias de la Sentencia T-760, decía la Corte en mayo pasado, la salud no puede ser un negocio para lucrar a unos pocos, la actividad de los mercaderes

de la salud va en detrimento del derecho fundamental de niños y niñas, de mujeres embarazadas, de personas de la tercera edad, de discapacitados, de indígenas, de negritudes y en últimas de la sociedad en general. Por tal razón el Estado debe reflexionar seriamente sobre la necesidad de que entidades privadas en su calidad de intermediarios, hagan parte del Sistema de Salud. La corrupción, la malversación de los recursos, el desgreño administrativo y la falta de control, desdican en gran manera del Estado social de derecho como principio fundante. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el delegado de Gestarsalud, (no están). Doctor César Burgos de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

**Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, doctor César Burgos:**

Buenos días, agradezco a la Comisión Séptima la invitación que nos hace y para poderles plantear algunas inquietudes que nacen a partir del dictamen que hace la Corte considerando exequible la ley estatutaria, entre otras cosas porque nosotros fuimos inspiradores de ella a partir de la propuesta de 12 puntos que se hizo en la Junta Médica al Ministro y al Presidente y los 12 puntos llegaron al Congreso tal cual. Sin embargo, hemos visto con preocupación las manifestaciones que también mostraba el doctor Mendoza respecto de cómo se va a manejar la ley estatutaria, de cómo se está interpretando de manera laxa la ley estatutaria, nos preocupa porque pareciera como estarse entrando al debate anterior, privilegiando el tema de la sostenibilidad fiscal cuando eso está totalmente solucionado, se prevalece el derecho fundamental a la salud al tema de la sostenibilidad, eso no implica que para nosotros esto no tenga importancia, para nosotros tiene importancia porque es un valor inherente, como lo dice la Sentencia de la Corte, del Estado social de derecho, es orientador, aquí se ha dicho ya, eso es un mecanismo, un medio, pero no es un fin y no puede estar a nivel del derecho fundamental.

Se nos han planteado varios esquemas de análisis, pero yo pienso que el planteamiento no es que unos pocos se sacrifiquen por la mayoría o lo contrario, que la mayoría se sacrifique por unos pocos, habría enormes situaciones de injusticia, inequidad, de inhumanidad y de desigualdad en ambos planteamientos. Para nosotros simplemente el planteamiento es disponer todos los recursos bajo ciertos parámetros que están inmersos en la Sentencia como son: 1. El atacar la corrupción, como lo decía el doctor Mendoza, el atacar la mala utilización de los recursos de la salud, el modificar el esquema de atención privilegiando la atención primaria en salud, ahí habrá disminución de costos. Pero hay otros aspectos que se desdican o no se consideran, nosotros no tenemos un universo infinito de posibilidades de elección de tratamientos, tenemos un universo limitado por el costo-eficiencia y que lo estarán dictando instituciones como el Instituto de Evaluación Tecnológica, con la aprobación del Invima, con la participación de la Academia, con la participación de Sociedades Científicas, ahí se está generando una reducción de costos, pero eso lo hace con un criterio de costo-eficiencia, pero para producir buenos resultados en salud, para producir resultados de calidad, no simplemente para dar menos costos.

El otro aspecto que no se ha tocado suficientemente es el tema de la autonomía que nosotros admitimos con una autorregulación fuerte, somos convencidos de que tenemos que autorregularnos y estamos proponiendo la

reactivación de las Juntas Médicas Nacionales en los Hospitales, en las IPS, en las ESE, como el mecanismo para realizar o para dar conceptos basados en la evidencia. Estamos proponiendo una actualización de la Ley de Ética Médica, estamos en ese trayecto, nos parece importante, como un aporte a la racionalización del costo y del gasto y a la eficiencia con calidad.

Otro aspecto, el tema de las exclusiones, el tema de las exclusiones da un marco para poder disminuir costos sustantivos, muy a pesar de que hay aspectos que ya los estamos viendo que se tienen que moderar o que se tienen que ajustar, como el tema de los tratamientos experimentales, como el caso de la paciente de marras que ocurrió en estos días, qué tal si esa paciente no se le pudiera ofrecer sino esa alternativa de tratamiento experimental y en el país solo existiera, ¿la dejamos morir? yo creo que el planteamiento se ha hecho de una manera sesgada, si pensáramos desde lo financiero, estrictamente lo financiero, si tuviéramos esa capacidad y esa poca sensibilidad para pensar en otros aspectos y solo en lo financiero, yo pensaría que aún desde lo financiero la ley estatutaria, la aplicación correcta de la ley estatutaria nos traería hasta beneficios económicos, quién ha hecho un estudio si disponer o pagar los tratamientos, los medicamentos con la plata que exista, es mejor o es pero si se hace con tratamientos que ya han sido evaluados como costo-efectivos y se solucionan los problemas excepcionales de alto costo de algunos pacientes, yo creo que no se ha pensado en una cosa muy importante que es el costo social y humano, si a esos pacientes, a esos pocos pacientes no se les trata en forma adecuada, estos pacientes se mueren, eso es costo social y si a esos pacientes no se les trata y no se mueren, pues se va a diferir el costo más adelante porque ese paciente se complica.

Esta apreciación, queremos que se tenga en cuenta para evaluar las incidencias del costo-financiero bajo el marco de la ley estatutaria, para nosotros esta ley tiene rostro humano, pero no olvida la parte fiscal, simplemente le da prioridad al tema de la salud, al tema de la vida y al tema humano del bienestar. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el doctor José Vicente Villamil, Veedor Nacional de Salud, diez (10) minutos.

**Veedor Nacional de Salud, doctor José Vicente Villamil:**

Buenos días, señores miembros de la Junta Directiva de la Comisión Séptima y todos los presentes. Nuestra participación aquí se hizo acorde a unas reuniones que hicimos nosotros, previas, hicimos una reunión en el Valle, una reunión en Cauca que la hicimos el viernes pasado, donde traemos situaciones concretas de los departamentos sobre la Sentencia y sobre la ley estatutaria. Uno de los principales puntos que analizamos allí y que estuve en la reunión de Rendición de Cuentas de hospitales del departamento del Cauca, es que los hospitales que están en zonas indígenas, en este momento comienzan a perder su capacidad de venta de servicios, es decir no son sostenibles porque hay EPS indígenas, las cuales también tienen contratación y con ellos se están capitando los primeros niveles, entonces son hospitales de primer nivel que entran a competir con las mismas IPS indígenas, no son sostenibles, la IPS atiende el sector indígena, más no atiende el sector no indígena y están analizando qué propuesta hay que hacerle a la Corte para que en realidad se dé una obligación del sostenimiento de estos Hospitales en las zonas donde está la población indígena, hablo de

Toribio, hablo de Caloto, hablo de todas las zonas de Páez, Belalcázar, donde un documento lo vamos a hacer llegar aquí a la Mesa Directiva, desgraciadamente no alcancé a bajarlo, donde se le solicita el análisis de esa situación en este departamento, pero también allá hay convenios de desempeño para la mayoría de hospitales y cómo cumplen ese convenio de desempeño, si ahoritica con la modificación de la Circular Única de la Superintendencia, con la 005, se le dio facilidad inclusive a que las EPS compraran clínicas, entonces ahoritica se está volviendo un buen negocio comprar la clínica y correrle el butaco a los hospitales Públicos que tienen convenios de desempeño y les decíamos nosotros en la reunión a los directores o gerentes de los hospitales, señores si ustedes no pueden pagar, díganlo, pero díganlo ahora, no esperen a que estén ahogándose para que se manifiesten. Ya tenemos experiencias en todo el país y en Territorios Nacionales con la "Superintendencia Nacional de Salud" que disque vigila el sistema, con esas intervenciones que se han tenido en Vichada, en Guainía, en varios departamentos donde no ha sido fructífera la intervención, pero ya lleva 5 años, 6 años con los señores interventores unos buenos sueldos, claro que gracias a Dios los bajaron un poquito, pero no se ve la efectividad, porque ya no hay a quién cobrarles, porque se desaparecieron las EPS que estaban en esa zona y fueron liquidadas y nadie pagó. Es decir, hay una situación en el sistema que hay que analizar respecto a esa posición de la obligatoriedad que tiene esa entidad con la atención del usuario, nosotros a los usuarios les estamos diciendo, ustedes tienen todo el derecho de pedir su atención, esté en la condición que esté el hospital, porque la situación del hospital no es del usuario, es del sistema, es del manejo de la salud en Colombia. Entonces pedimos una situación de ese tipo.

Lo otro es que con los paros judiciales hemos tenido el freno de las tutelas, entonces ni siquiera los descatos se han podido colocar, entonces hoy en día estamos en un paraíso de discordia entre el usuario y su IPS y más claramente traigo las resoluciones de suspensión de las Gerencias de Caprecom en 7 departamentos, les quitaron la autonomía para contratar, para administrar los recursos y para todo, entonces hay un gerente monigote ahí que no hace nada, pero hay que llevar las cuentas de los hospitales del Cauca a Cali, hay que llevar las cuentas de los hospitales del Tolima a Neiva, eso depara costos y fuera de eso cuando se embolatan, porque allá se embolatan entonces no aparece. Queremos que se analice la situación en este sentido, porque esto perjudica al usuario, el usuario no tiene cómo trasladarse, inclusive muchas veces, a otro departamento porque los señores de Caprecom no tienen contrato. El día viernes hay una reunión en Cali con todos los hospitales del Cauca, donde sentaron la posición en esa reunión de suspenderle totalmente los servicios a Caprecom, si no se hace contratación, les están pagando \$9.200 per cápita en el Cauca y entonces ellos tomaron la determinación, el viernes van a estar en Cali, están solicitando la presencia de la Presidencia de la Gerencia General de Caprecom.

Por último decirles que nosotros como usuarios, hemos encontrado sí, algunas fallas de procedimiento, en cuanto a los funcionarios en la interpretación de la norma y el fallo de la Corte es claro, de modo que nosotros sí queremos que cuando se vaya a dar una aplicabilidad, se analice primero cómo está el sistema, porque el sistema no puede responder por la aplicación que no está incluida dentro del mismo, yo dejo allí, creo que he completado el tiempo. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el doctor Esiquio Sánchez, Defensor Nacional del Pueblo.

**Vicedefensor del Pueblo, doctor Esiquio Manuel Sánchez Herrera:**

Muy buenos días para todas y todos, un saludo muy especial al señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado el doctor Eduardo Enrique Pulgar Daza, al señor Ministro de Salud el doctor Alejandro Gaviria, a todas y todos. La percepción que nosotros tenemos desde la Defensoría del Pueblo en el marco de la puesta en el escenario de los efectos de la Sentencia C-313 de 2014, parte de algunas situaciones en el ámbito jurídico que es preciso demarcar para comprender los verdaderos límites de la forma como iría a operar por una parte la ley estatutaria y por otra parte las leyes ordinarias que surgirían con ocasión de la entrada en vigencia de la misma.

El primer concepto es entender que en el marco de lo que es un Proceso de Paz como el que tenemos hoy, se puede decir que la situación de la salud también ocupa un nivel de equilibrio, en el entendido de que si el problema de la guerra y del conflicto tienen 50 años en Colombia, el problema de la salud también tiene 50 años y por eso no le cargamos la cuenta simplemente al actual Ministro de Salud para que como arte de magia se pueda solventar toda la problemática. El mensaje de la realidad, partía de la base de un ejemplo sencillo y era que la Reforma a la Salud en Colombia, tenía que acabar por ejemplo con el famoso paseo de la muerte y entonces señores Senadores y Senadoras, ustedes dirán a partir de la entrada en vigencia de esta Sentencia en Colombia, ¿se acabará con el paseo de la muerte?, sí, nosotros llegamos a esa conclusión, esta Reforma va a surtir efecto, porque es que el problema de la salud en Colombia es un problema integral, no es un problema que se pueda solucionar únicamente con la entrada en vigencia de una ley, pero los efectos que genera la Sentencia sí son de trascendental importancia, primero, el efecto que parece una abstracción, que parece una simple mención teórica de que el derecho a la salud en Colombia ahora es un derecho fundamental. Eso trae una repercusión en la realidad, que es determinante, ¿cuál es el efecto? Normalmente el derecho a la salud entraba como un derecho fundamental por tercera generación y entonces se le consideraba derecho fundamental cuando estaba en conexidad o en conexión con otro derecho fundamental. Eso daba lugar que en cierta medida las tutelas que se instauraban no se declararan procedentes, en el solo 2013 tuvimos en el tema de salud 115.000 tutelas, es decir el 28% de las tutelas que se instauran en el país, están referidas al tema de la salud, al consagrarse el derecho a la salud como derecho fundamental autónomo e independiente, da lugar a que las tutelas ahora procedan de mejor forma, es decir, no habrían tantas discusiones en el plano jurídico.

La Corte ha dicho este es un derecho autónomo e irrenunciable tanto en lo individual y en lo colectivo, si se pensó por una parte que ahora se disminuirían las acciones de tutela con las especificidades que está diciendo la Corte, se van a aumentar y le impuso una limitación muy importante al Congreso de la República, cuando expidan las leyes ordinarias, desde ningún punto de vista el Congreso de la República puede expedir leyes que menoscaben la acción de tutela en materia de salud, ese es un límite que tiene el Congreso muy fijo ahí. Estableció los efectos de ese derecho fundamental en todo el plano de la generalidad, no se

pueden expedir normas que menoscaben las medidas de protección de los derechos fundamentales, entonces también toda la relación de los otros derechos que están íntimamente vinculados a la salud.

En el plano de la sostenibilidad fiscal, puso un límite fundamental y ese es el llamado de atención que nosotros desde la Defensoría del Pueblo le hacemos al Ministerio de Hacienda, ojo, con la mención expresa que hace la Corte Constitucional le está diciendo a la ciudadanía, si bien el paciente y nosotros como Defensoría del Pueblo tenemos que ponderar entre los derechos que asisten al paciente, los deberes que corresponden al Sistema de Salud, también ponderamos en los deberes que tienen los pacientes, es decir, hay un equilibrio en la exigencia de garantía de los derechos, frente al cumplimiento también de los deberes de los pacientes, bajo el entendido, ojo, que la ley estatutaria está diciendo también, ojo, que esos valores y esos principios no están en una lista cerrada, sino que tienen una regulación a través de un sistema abierto, es decir, no son solamente los derechos que están aquí, sino que todos los derechos habría que validarlos de acuerdo a la situación específica, pero en el punto de la sostenibilidad fiscal dijo, las limitaciones presupuestales no pueden ser una carga que se traslade a las personas para restringir el acceso y el ejercicio efectivo del derecho a la salud, sino que debe ser una variable a tener en cuenta por la administración cuando regula y organiza la prestación del servicio, de modo que se optimice el uso de los recursos, eliminando costos de transacción originados en problemas que en principio son evitables. Es decir, ahí está diciendo, dando apertura también a la posibilidad de que el ciudadano de a pie, que el ciudadano en una situación de desigualdad material, manifiesta tenga la posibilidad de reclamarle al Estado la garantía del ejercicio del derecho a la salud. En fin estos puntos determinan que nosotros desde la Defensoría del Pueblo, no con un criterio de demagogia, sino con un criterio de garantía del restablecimiento de los derechos fundamentales incluido muy especialmente el derecho a la salud, estaremos prestos para la asistencia judicial, para la asesoría jurídica de los pacientes en Colombia y vamos a estar como órganos de control, verificando y evaluando las políticas públicas del Estado colombiano. Muchas gracias y Dios los bendiga.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien Defensor, tiene el uso de la palabra la doctora Elisa Carolina Torrenegra, de Gestarsalud.

**Directora Ejecutiva Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:**

Muy buenos días a todos, doctor Eduardo Pulgar, Presidente de la Comisión, Vicepresidente, Senadores, Ministro, demás representantes de los diferentes actores del Sistema que tenemos la gran responsabilidad de garantizar el servicio fundamental, creo el más importante para la vida y el bienestar de los colombianos.

Hay un aspecto que quiero relevar primero, es el crecimiento y cobertura que ha tenido nuestro Sistema General de Seguridad Social, es importante revisar la evolución que se ha tenido durante todos estos 20 años hasta llegar al logro de una cobertura de un 95%, no por algo improvisado sino porque los actores que respondemos por la garantía de ese derecho fundamental hemos debido prepararnos para poder garantizar su cobertura de manera adecuada y ahora adicionalmente al número de personas que ya acceden, tenemos que prepararnos para un enfoque más amplio de lo que fue definido el Sistema.

Desde el año 1993 el país ha venido en un crecimiento en el cual se ha venido incorporando no solamente población que trabaja, sino población con necesidades más mínimas en el país, las necesidades mínimas que trascienden al Sector Salud, que se van mucho más allá de una atención médica, que se van mucho más allá de un listado de medicamentos, que se van mucho más allá de una necesidad de una autorización y trasciende hacia tener que revisar la salud desde el concepto más amplio de contar desde una necesidad de una nutrición adecuada, de unos servicios públicos adecuados.

En la ley estatutaria y en la posterior sentencia, se lograron no solamente involucrar lo que es el Sistema General de Seguridad Social ya unificando y quitando la diferencia entre personas con capacidad de pago y los que no, sino que también se reconoció y se basó la honorable Corte Constitucional para hacer los análisis en tratados internacionales que contemplaban ese concepto un poco más amplio de lo que era la salud, basándonos en lo que son los derechos humanos, los derechos de la infancia, los derechos de la mujer, si nosotros revisamos las Sentencias, son precisamente un recorrido muy juicioso que hace la Corte en ese sentido, entonces, primera reflexión, nuestro Sistema de Salud para garantizar el derecho a la salud en el contexto de la ley estatutaria, tiene que estar articulado con los otros sectores, porque tiene que pensar en que la población más pobre y vulnerable del país, no tiene resueltas unas necesidades como alimentación de forma adecuada, servicios públicos y demás. Eso es importante y yo ahí relevo el logro de la conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, pero necesitamos operativizarla y operativizarla de manera real y estoy tomando la vocería en este momento de las personas más pobres y vulnerables, en donde la mayoría de ellos, estamos hablando de que nuestras poblaciones rurales tienen escasamente un 35% de cobertura de agua potable en este país, cómo vamos a garantizar una salud adecuada, cuando nos tenemos que remontar esas cifras de decadencia y de diferencia.

En lo que tiene que ver ya con el componente de prestación de servicios, es importante la aclaración que hace no solamente la ley sino la sentencia, en que nos desprendamos de lo que es el concepto de un Plan Obligatorio de Salud y nos remitamos a lo que es el concepto de los beneficios del sistema. Aquí tenemos unas claridades, para poder garantizar ese acceso debemos definir claramente competencias y nosotros estamos obteniendo tutelas, sanciones judiciales que están cubriendo no solamente prestaciones que deben estar dándose a los usuarios por un mandamiento médico, sino conceptos que no son solamente de prestación de servicios de salud que se han denominado elementos diferenciales de otros sectores, estamos hablando de gafas, estamos hablando de una marca específica de sillas de ruedas, eso estamos teniendo que darlo las EPS a los cuales los jueces han fallado hacia nuestros usuarios y está medrando la capacidad financiera del sistema.

Entonces en ese aspecto para poder cumplir la ley estatutaria tenemos que avanzar en tener no unos límites de salud, no unos límites de prestación, tenemos que definir claramente quién es el competente para dar qué tema y poder garantizar un acceso de una manera que sea satisfactoria para todos. Ojo, porque en esto tenemos que ser muy cuidadosos, una persona a la cual la Rama Judicial ya le hubiera aceptado un requerimiento que hizo su médico, no puede ser retrógrada la medida en el sentido de quitarle un derecho ya ganado, la ley es muy clara diciendo que esto tiene que ser un derecho que vaya avanzando progresivamente en el tiempo,

en ninguna parte se contempla entonces que se vaya a perder un derecho a la salud, yo creo que en eso tenemos que ser muy cuidadosos porque en muchas ocasiones se entra en ese pánico que los pacientes van a perder tales y tales derechos ganados, lo que ya está ganado ya está, pero a partir de ahora se debe ser muy cuidadoso en decir qué se le da al usuario con los recursos que específicamente vayan a ser los que financien el Sistema, como tal, de Salud, porque hay unos aspectos que no son necesariamente de atenciones y de prestaciones de salud que no pueden deteriorar las finanzas que son para todos, eso como un aspecto fundamental de definir roles, fuentes de financiación y que realmente se cumplan. Paralelo y complementario a lo que se tiene que dar a los usuarios por parte de otros sectores como necesidad de intervención de determinantes que son necesarios para la salud.

Ya en lo que tiene que ver con el rol de la EPS que tiene una responsabilidad clara en garantizar las prestaciones de servicio de salud que sus usuarios requieran, nosotros hoy estamos enfrentándonos a una realidad financiera que necesita revisarse. Primero el cálculo de la unidad de pago por capitación que se asigna a las EPS del subsidiado por las personas afiliadas que no tienen capacidad de pago, todavía sigue siendo menor a las personas que tienen capacidad de pago, eso ya es inconcebible dentro del país, hay unos planes de homologación, pero mientras tanto nosotros nos tenemos que enfrentar a los usuarios, a tenerles que dar unos servicios con un valor que es menor, primero que todo.

Segundo tema, dentro del financiamiento de la UPC del Régimen Subsidiado hay un componente que corresponde al 8% que debe ser dado por los Alcaldes con su esfuerzo propio, no se está cumpliendo ese aporte, por ende además de que el valor es diferente, es menor que al del contributivo, además de eso el 8% todavía sigue en cabeza de los Alcaldes y no se nos está cumpliendo. Adicionalmente a eso y vamos en quitar de los \$100, \$8, adicionalmente a eso con esos \$92 que nos quedan para el ejemplo, tenemos que todavía estar financiando un mecanismo de compensación que nosotros nunca hemos estado de acuerdo, lo que es la cuenta de alto costo que es un dinero que nos descuentan después de habernos asignado las UPC para recoger un dinero para mandar a otras EPS que supuestamente tienen mayor siniestralidad, eso nos medra la capacidad de liquidez para poder cumplir con ese derecho a la salud y ese es un valor que adicionalmente a las del Régimen Subsidiado se nos está descontando. Adicionalmente y afortunadamente espero que eso se resuelva en muy corto tiempo, todavía tenemos que estar asumiendo los servicios que se denominan hoy NO POS, porque los Entes Territoriales no tienen asignado la suficiencia de recursos para garantizarlo. Entonces aquí hay que pensar en soluciones prácticas y reales, económicas, financieras que garanticen ese acceso, el problema de la garantía del acceso, no es de que un actor lo haga, no lo haga, lo garantice o no lo quiera garantizar, el tema aquí es definir los instrumentos necesarios para lograrlo y que las entidades de control asuman su función de manera completa y el que no lo garantice obviamente que tiene que ser investigado, sancionado y cerrado bajo las estrictas condiciones de que está violando un derecho fundamental, pero se tienen que dar las condiciones para que todos los actores así lo cumplan.

Cuando hablamos adicionalmente del valor de esa UPC y tocamos el tema metodológico en el cual nosotros hemos insistido tanto, encontramos que el cálculo de la UPC en este país, se planea, se organiza

para un año siguiente, con base en la información de dos años anteriores mediante una metodología de reembolso, eso no tiene sentido, eso no tiene sentido porque adicionalmente y de una manera inadecuada para nuestro concepto, está teniendo tres variables en cuentas para su cálculo, la edad, el sexo y la ubicación geográfica, Gestarsalud con una muy grande preocupación en todo este tiempo, porque además al Régimen Subsidiado siempre se le dice, es que no hay información suficiente, hemos desarrollado un estudio panel con la Universidad Javeriana que lleva un seguimiento de tres años e incluimos en una metodología, una multiplicidad de variables posibles a revisar, de cuáles eran las variables que están incidiendo realmente en el costo de la prestación del servicio, obviamente están incluidas las que el Gobierno tiene incluidas, está la edad, el sexo y la ubicación geográfica, son las que menos inciden en el costo Ministro, son las que menos, ¿qué es lo que más incide en el costo real de la prestación?, el número de eventos que tenga un usuario, el ámbito de prestación y el tipo de patología que el usuario tiene. Qué significa esto y le voy a dar un ejemplo muy concreto, un usuario con tres eventos de salud, o sea un usuario que tenga problemas de diabetes, además de eso que sea hipertenso y tenga un problema renal, o sea tres eventos de salud, cuando se trate en un ámbito hospitalario puede estar en el orden de 5 millones de pesos el costo. Si se trata en un ámbito ambulatorio tiene un costo de \$350.000 y así son las diferencias que las tenemos documentadas. ¿Qué es lo que está pasando entonces en el tema de prestación?, nuestros prestadores tienen que estar entonces preparados para poder tener un modelo de prestación que nos resuelva no solamente la atención que necesita nuestro usuario en su ámbito de necesidad en su vivienda, en su entorno, con su patología, sino también que pueda garantizarnos además de la efectividad de atención, una eficiencia en la atención y nosotros en el Régimen Subsidiado, estamos condicionados a tenerlo que prestar con la Red Pública que no siempre tiene el modelo de prestación de servicios extra hospitalario que nuestros usuarios requieren y que nosotros necesitamos adicionalmente, para poder ser más eficientes y tener un mejor manejo de los costos.

Con eso qué es lo que quiero decir doctor Pulgar y demás Senadores, la garantía del derecho a la salud mediante la ley estatutaria, sus autos y demás reglamentaciones que se den, no es un tema conceptual, es un tema práctico, es un tema que amerita revisión de una cantidad de variables que van desde los actores y su capacidad para garantizarlo, estamos hablando de modelos de prestación, capacidad resolutoria de los prestadores, que la EPS tenga unos sistemas de información en línea en lo posible, en línea en lo posible para que no tenga después el Gobierno que enrostrarnos es que ustedes no tienen información, que podamos tener información en línea de todos los prestadores de este país, para poder tener realmente una información completa de la siniestralidad de una manera oportuna, pero adicionalmente el Gobierno tiene que avanzar en tener, primero un trato igualitario para todos los usuarios, como así lo establece la ley y estamos hablando también de costos de asignación de recursos de UPC, pero también una metodología que sea pensada, craneada y documentada específicamente para garantizar el acceso al derecho fundamental de la salud y no al financiamiento de instituciones porque históricamente así se ha dado.

Muchas gracias, ese era el recuento que queríamos hacerlo desde la prestación de un servicio de salud que estamos haciendo en Gestarsalud a más de 10 millones

de afiliados, distribuidos en 27 departamentos del país y más de 800 municipios que necesitan una parte más práctica allá afuera, una parte más real, una parte que no sea solamente conceptual, que no sea solamente emisión de una norma y de una Sentencia, sino que eso se plasme en verdaderos elementos de ajuste para que todo esto pueda ser una gran realidad. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien doctora, tiene el uso de la palabra la doctora Ana Cecilia Santos, Vicepresidenta Jurídica de Acemi.

**Vicepresidenta Jurídica de Acemi, doctora Ana Cecilia Santos:**

Muy buenos días, un agradecimiento muy especial a la Mesa Directiva, a los honorables Senadores, al Ministro de Salud y Protección Social y a los demás asistentes al evento. Creemos que este tipo de iniciativas son fundamentales en la construcción y en la búsqueda de herramientas e instrumentos que nos permitan realmente hacer efectivo el derecho a la salud, realmente en relación con la ley estatutaria y el eventual impacto fiscal que esta tiene, consideramos que en unos primeros años en un muy corto plazo el impacto o el gran reto sería para la nación en la búsqueda no solamente de recursos financieros, sino también en la búsqueda de todos los recursos humanos, de infraestructura requeridos para poder hacer efectivo el derecho a la salud en los términos en que ha venido siendo planteado por la Corte Constitucional, la Sentencia C-313 digamos, no nos llama a sorpresas realmente, está reiterando la jurisprudencia que ha venido señalando desde hace varios años, 5, 6 años en donde ha venido desarrollando el concepto de la salud como un derecho fundamental y no solamente la salud referido a todo el tema de prestaciones individuales o desde el punto meramente curativo, sino también con todos los elementos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y un elemento que es bien interesante en esta ley estatutaria es que también las acciones colectivas toman una gran preponderancia y aquí hay un gran reto para la nación y para las Entidades Territoriales en todo lo que es la implementación en los planes de salud plan pública o el Plan Nacional de Salud Pública, mirando de qué manera podemos ir fomentando cada vez más la salud de la población colombiana.

En materia de las bases jurisprudenciales del derecho fundamental, realmente nosotros en Acemi decíamos que era la importancia de las cuatro P, por qué, porque en la importancia se ratifica el papel del Estado en el servicio público, se ratifica la prioridad del gasto público social, la progresividad en el acceso a bienes y servicios y la prohibición de invocar la sostenibilidad fiscal para efectos de restringir la protección del derecho. Aquí hay un elemento que es importante, porque si bien la Corte dice que no se puede invocar con efectos restrictivos, sí reconoce que los recursos son fundamentales para poder hacer efectivo el derecho, si yo no cuento con el recurso humano suficiente, si no tengo profesionales de la salud pues por más que tenga recursos financieros, yo no voy a poder hacer efectivo el derecho de la población, entonces, aquí hay un reto muy importante y la Corte lo señala y dice, no se puede argumentar como un límite, pero reconoce que todo ese conjunto de bienes y de servicios deben existir para garantizar la efectividad del derecho y por eso también se habla de la progresividad en el mismo.

Que elementos interesantes creemos que deberíamos señalar en este momento aquí, ahí en materia ya de

beneficios individuales, desaparece el concepto que traíamos de plan de salud, donde se hablaba de listados positivos y negativos y se señala la definición del plan en función de un listado de exclusiones, si desde este punto de vista el Ministerio de Salud tendrá una gran tarea y es que en dos años tendrá que haber elaborado este listado con base en los criterios señalados por la Corte Constitucional.

También se habla del principio de progresividad y se resalta a lo largo de la Sentencia, toda vez y que como lo señalaron aquí algunas personas que me presidieron en el uso de la palabra, el derecho no puede retroceder, o sea lo que se ha venido alcanzando a la fecha es el punto de partida para seguir caminando hacia adelante y los recursos de los cuales se dispone actualmente por parte del Estado para la garantía del derecho, no podrán disminuir, sino que deberán irse ampliando de manera progresiva. Algunas cosas que pueden llegar a preocupar digamos de la Sentencia, es que se elimina todo el tema de algunos criterios que había señalado el Legislador, entre otros el tema de la razonabilidad, la efectividad y la necesidad, criterios estos que deberán ser revisados y cuando el Legislador Ordinario desarrolle toda la ley estatutaria, pues tendrá que tener en cuenta cuál es el marco que le ha dejado la Corte Constitucional en este sentido.

Otro aspecto que creemos que debe ser relevante, es que la Corte dice que las exclusiones no son absolutas, al no ser absolutas sino a camino para llegar a la verdad, como ella misma lo dice, tendrá que ponderarse en cada caso, si es pertinente o no la exclusión, esto implica que la nación y todos nosotros como ciudadanos tendremos que hacer un mayor esfuerzo para lograr alcanzar estos beneficios. Se hace digamos, en materia de controles al gasto, se hacen una serie de eliminaciones por parte de la Corte Constitucional que finalmente tendrán un impacto fiscal que el Gobierno tendrá que evaluar, por ejemplo en el artículo 6° se señala que jamás podrá interrumpirse el servicio, si bien esto digamos, desde el punto de vista teórico es incontrastable, deberán crearse las herramientas que permitan que todo individuo independientemente de su capacidad de pago que momentáneamente, por ejemplo una persona que sea del Régimen Contributivo, que sea nivel superior a nivel 3 de Sisbén, que pierda momentáneamente su capacidad de pago, tendrá que haber mecanismos de cobertura para garantizar la continuidad en la prestación de esos servicios.

También pues digamos que en el artículo 10 se elimina el concepto de tratamientos no razonables y efectivos, en el 11 se elimina el concepto de necesidad, en el 14 se elimina el tema de la autorización para efectos de acceso a los servicios de salud cuando se requiera en situaciones de urgencia, aquí hay una diferencia importante porque lo que se había digamos, ido avanzando en materia de garantía de atención en cualquier centro hospitalario para cualquier persona que lo necesitara, estaba circunscrita a la atención inicial de urgencia, al eliminar la palabra inicial, se amplía la garantía de atención inmediata y sin que se requiera ni acreditar su capacidad de pago, ni estar asegurado, para poder acceder a lo que requiera.

Igualmente en el artículo 15 cuando decimos que se eliminó el tema del listado positivo, pues, ahí es clarísimo porque señala que no será competente el Gobierno para definir las prestaciones que cubre el sistema, sin embargo en la medida en que establece una gradualidad, entendemos que habrá que jugar dentro de ese proceso gradual con una combinación para ir ampliando el plan que se tiene, sino en la práctica sería

imposible de entender hasta dónde se va a cubrir hasta dónde hay capacidad y cuál sería el esquema gradual propuesto por el Gobierno.

En materia específica del impacto fiscal y ya lo dijeron quienes me presidieron efectivamente se dice que la sostenibilidad tiene un mero carácter instrumental que no es un principio, que es una herramienta, que esa herramienta es necesaria e indispensable para la garantía del derecho y aquí viene un gran reto para los legisladores y dice la Corte, efectivamente hay que buscar nuevas fuentes de ingreso, ya verá el Congreso si incrementa la cotización, si grava, por ejemplo hay países como México, en donde hay unos impuestos especiales a todo tipo de alimentos que tengan determinado contenido de azúcar o determinado contenido de grasas, todo lo que llaman allá las botanas, que serían acá los paquetitos, el tema de gaseosas, el tema de los té azucarados, digamos podrían buscar como experiencias de otros países para revisar de dónde se van a obtener los recursos que se requieran para que efectivamente sea efectivo el derecho.

Cálculos iniciales que nosotros hemos hecho, nos dan una exigencia aproximadamente de 11 billones de pesos adicionales a los recursos que ya se tienen en algunos eventos que se han realizado alrededor del tema, ANIF calculaba que implicaba un incremento de 7.11 puntos del PIB en 5 años, Fedesarrollo hablaba de 7 billones de pesos adicionales a los actuales, entonces digamos que ahí el reto es enorme. Realmente un poco para revisar los posibles escenarios, pues un esquema o un sistema de salud que no tenga ningún tipo de restricciones financieras, realmente sería una situación ideal para todos los pacientes y para todos los actores del sistema. La probabilidad en donde exista un país en donde no exista ningún tipo de límites, realmente es poco probable, o por lo menos hasta ahora no lo hemos visto en el mundo, habría que mirar cuáles serían las restricciones o hasta dónde puede ponerse algún tipo de restricciones a la luz de lo que ha venido diciendo la Corte Constitucional y nosotros realmente consideramos que durante estos 2 años en donde existe un tema de gradualidad, pues el impacto sería menor, sin embargo, de no interponerse digamos unos límites financieros o unos criterios de racionalidad, podríamos llegar a unas grandes expectativas de la población con grandes frustraciones sino contamos no solamente con los recursos financieros, sino con los recursos físicos y humanos adecuados, para garantizar lo que el país se ha venido propuesto.

De no lograr entonces una ley ordinaria que nos oriente un poco más y que logre desarrollar la ley estatutaria, pues quedamos en una incertidumbre realmente muy grande, pues la ley estatutaria dijo hacia dónde vamos y lo que necesitamos es el cómo, con qué, cuáles herramientas, cuáles son las capacidades reales del país en materia, ya les dije, de infraestructura y recursos y tendremos que ser muy imaginativos y muy innovadores en el tema de consecución de nuevos recursos, en ser todos muy disciplinados, en aportar cada vez más para el Sistema de Salud, en ser muy disciplinados en los temas de autocuidado y adicionalmente le queda el gran reto al Gobierno y al Congreso para la búsqueda de recursos que nos permitan hacer efectivo este derecho. Muchísimas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá:**

Le vamos a dar la palabra al doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

**Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), doctor Juan Carlos Giraldo Valencia:**

Señor Presidente, muy buenos días, muchas gracias a usted, a los integrantes de la Comisión Séptima del Senado, quiero saludar a los colegas sectoriales, al señor Ministro y quiero compartir con ustedes algunas reflexiones a raíz de esta Audiencia Pública, lo primero es que nosotros consideramos desde el gremio de los hospitales y las clínicas de este país, que es valioso este espacio para conversar nuevamente sobre la ley estatutaria, nos parece eso sí inusual que se dé en este momento cuando ya está es una ley que ha sido sometida a todos los debates reglamentarios, que fue sometida inclusive al examen de la Corte Constitucional, que ha sufrido un proceso de modulación y que solo espera la sanción presidencial, quisiéramos preguntarnos o preguntar de forma asertiva a los competentes para dar esa respuesta, ¿será acaso que se puede dar un escenario de no sanción por parte del alto Gobierno, de esta ley? Pues la respuesta nosotros por supuesto desde el gremio no la tenemos, pero en cualquier caso sea afirmativo o negativo, que se apruebe o no esta ley que se sanciona, no esta ley estatutaria, la decisión que se tome allí no quedará perfeccionada hasta que no se llene ese marco vacío de la ley estatutaria con los componentes propios de una Reforma profunda a través de una ley ordinaria.

Nosotros creemos que la ley ordinaria es un imperativo, porque si la decisión del alto Gobierno es sancionar la ley estatutaria, inmediatamente se debe armonizar esa nueva realidad jurídica, con la realidad que estamos viviendo de disfunción administrativa del actual Sistema de Salud y por lo tanto, se debería en consecuencia crear un cuerpo nuevo de normas que sustente el funcionamiento de un Sistema evolucionado o diferente.

Ahora, si la decisión del alto Gobierno es no sancionar esta ley estatutaria, de igual manera el país entonces se quedaría sin lo único de Reforma que se había hecho durante este período y por lo tanto ante esa misma realidad operacional, disfuncional del sistema, se tiene que crear esa nueva realidad jurídica, porque al final del día esta ley estatutaria aprobada o no, sí ha creado una o ha desnudado unas grandes necesidades que tienen que ser suplidas o resueltas en el corto plazo, al menos cito dos, la primera de ellas, creemos nosotros que sí se necesita avanzar en la búsqueda de nuevas fuentes de financiación y nuevas formas de financiar el actual sistema, porque al leer leyes como la que estamos comentando, cuando hay una serie de servicios sociales y una serie de servicios que se consideran como adicionales a lo que ya se está concediendo, nosotros creemos que esto no se va a poder sufragar con la mezcla que tenemos actual de unos impuestos a la nómina y unos componentes de solidaridad, por eso, ese proceso que efectivamente sí, ya se ha iniciado de recambio hacia impuestos generales, va a tener que ser profundizado o va a tener que ser analizado con mayor detenimiento.

Lo segundo y ya es respecto al modelo de atención, este sistema es un sistema hoy, netamente asistencial con una congestión importante, con una represa de servicios que se está acumulando, con un incremento de la demanda y con una población que tiene unas grandes expectativas de resarcimiento, de servicios y deudas sociales atrasadas en el corto plazo, ese sistema requiere necesariamente, con o sin ley estatutaria, un rediseño del modelo de atención y del modelo institucional dominante. Quiero mencionarles, además, que hay una serie de mecanismos internos como es la

Auditoría y como es el funcionamiento de las redes integradas de Servicios de Salud, que va a tener también que ser rediseñado en el inmediato futuro.

Una cuarta reflexión que quiero compartir con ustedes es la siguiente, evidentemente la Corte Constitucional desactivó algunos de los mecanismos que los proponentes de la iniciativa habían generado como mecanismos de priorización y restricción, pero es que eso es lógico y guarda coherencia con el avance que se venía dando desde la Sentencia T-760 y la reiterada jurisprudencia, previa y posterior a ese fallo, es decir y esto lo hemos advertido en muchas ocasiones, no debe sorprender a nadie este resultado, por lo tanto, las organizaciones que promovieron la ley estatutaria y los funcionarios que gestionaron esta ley, yo creo que debían tener claridad absoluta sobre los escenarios y por lo tanto esa pregunta que es la pregunta seminal de esta citación a Audiencia Pública sobre el impacto fiscal, es una respuesta que tiene que tener el Gobierno Nacional, porque no podremos nosotros y es más, no creo que solamente se haya contemplado el escenario donde efectivamente se iba a aprobar el texto como se presentó y que la Corte Constitucional no iba a tener unos escenarios alternativos como el que al final del día fue el que se impuso, entonces, esas cifras yo creo que el Gobierno en sus escenarios optimista, mediano y pesimista, tenía que tener esa claridad, esas cifras de cuánto iba a ser el impacto fiscal y por eso creemos que incurrió en esta aventura de la ley estatutaria.

Ahora, gran controversia genera el hecho de la aparente creación de un sistema sin límites, este es un hecho que a nosotros nos parece que no es cierto, porque los grandes criterios de exclusión sí están siendo explícitamente mencionados en el texto de la ley estatutaria, pero esto nos lleva a un debate, que es un debate, nos devuelve al punto original que inclusive ese fue el debate que no se dio en el desarrollo general de la Ley 100 y es, cómo hacer que todo el aparato institucional y sectorial funcione para garantizar el sí, para garantizar el sí recibo, el sí trámite, el sí autorizo, el sí resuelvo, el sí prevengo, estamos haciendo un gran énfasis en tratar de legitimar el NO, nosotros como gremio hospitalario de este país hemos dicho, se debe garantizar el SÍ antes de entrar a legitimar el NO. La política derivada entonces de esta ley estatutaria y de la ley ordinaria, debería ser encaminada toda y aquí es donde necesitamos nosotros que haya un cambio de la mentalidad de todo el Sistema de Salud, todo debería ser encaminado a conceder efectivamente lo que se requiere, haciendo énfasis en un concepto que es el óptimo, el óptimo no es ni más ni menos, el óptimo es darle a la gente lo que efectivamente necesita, con la oportunidad debida, con el acceso oportuno, con la continuidad en la prestación del servicio y con la coordinación de todo el aparato institucional para que eso consiga resultados.

Es decir, abordar el debate solamente para hablar de las exclusiones, es un debate desde nuestro punto de vista es un debate simplista, aquí lo que se tiene que imponer es el concepto del óptimo, con toda seguridad la gente no va a pedir más de lo que necesita y esa es una de las falacias que se van generando alrededor de este debate. Es decir, con la Estatutaria y con la Ordinaria o sin ellas, la cruzada que nosotros deberíamos tener en el nuevo Sistema de Salud, es un compromiso de todos nosotros como actores e intervinientes del Sistema, para respetar el nuevo marco que se dé, evitando las interpretaciones y yo creo que esto es algo que se le debe pedir al Gobierno Nacional, hay que tener claridad absoluta en las redacciones de los reglamentos que se vengán posteriormente, para que aquí no haya lugar a

la libre interpretación que fue la que nos llevó a los puntos en los que estamos el día de hoy.

Quiero concluir con lo siguiente, miren, creemos nosotros que las Entidades que tienen la cifra con la presunción de legalidad para decir cuál es el valor del impacto fiscal de esta ley estatutaria, son las entidades gubernamentales, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ellos son los que nos tienen que responder esa pregunta. Lo segundo, en un escenario con o sin Estatutaria, nosotros creemos que se requiere una Reforma de fondo a través de una ley ordinaria y este es un llamado ingente que hace el sector hospitalario a esta Comisión Séptima del Senado. Esta ley nosotros creemos que sí genera criterios, la mayoría, estoy diciendo la mayoría, no todos, razonables, criterios razonables de exclusión, el esfuerzo debe ser encaminado de todos los actores a conceder los óptimos dentro de las prestaciones y primero se debía garantizar el SÍ antes de legitimar el NO.

Ahora, nosotros sí queremos insistir que este gremio hospitalario planteó que la secuencia lógica era diferente, la secuencia lógica era primero generar una serie de contenidos de un nuevo sistema, probar ese sistema para mirar que sí pudiera garantizar el SÍ y después de eso, ahí sí acudir con la ciudadanía liderando el proceso, a crear las restricciones razonables adicionales que se necesitaran. Sin embargo, ante el hecho cumplido es perentorio armonizar lo jurídico con lo fáctico.

Para terminar, debo decir que no sobra recordar que el derecho a la salud es un derecho de segunda generación y eso implica que es un derecho positivo y por lo tanto, su naturaleza implica la intervención decidida siempre del Estado o del Gobierno para hacer que eso funcione, que se cumpla, que se financie, que sea exigible y que dé resultados, yo creo que fue un sueño o una ilusión de algunos, pensar que el derecho fundamental se podía tercerizar y que así podría funcionar satisfactoriamente, este país ya ha probado durante 21 años este modelo, yo creo como gremio hospitalario responsable, que es necesario gerenciar nuevamente un cambio de modelo que construya y hago énfasis en eso, que construya sobre lo logrado y elimine todo lo que es disfuncional. Muchas gracias señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien, tiene el uso de la palabra el doctor Jaime Cardona, Delegado del Ministerio de Hacienda.

**Doctor Jaime Eduardo Cardona, Director de Regulación Económica y Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público:**

Bueno, muy buenos días, ya casi buenas tardes, creo, a todos los presentes, un saludo especial a los honorables Congresistas de la Comisión Séptima, al Ministro de Salud, al Presidente que está actualmente en la Mesa. En esta presentación que voy a hacer, voy a hacer unas reflexiones alrededor de tres temas: primero cómo es la estructura de financiamiento del Sistema de Salud, en segundo tema, algunos avances y resultados que se han logrado hasta la fecha y el tercero, cuáles son las implicaciones prácticas sobre el tema fiscal que tiene la aprobación de la ley estatutaria, según salió de la Sentencia que fue conocida por todos de la Corte Constitucional recientemente. Podemos pasar, gracias, sigamos.

Con respecto al primer tema, algunos elementos alrededor de la estructura de financiamiento, en esta primera gráfica simplemente quiero mostrar cuál es la estructura de financiamiento del Régimen Contributivo,

el Régimen Contributivo se basa fundamentalmente en las cotizaciones para lograr su financiamiento, las cotizaciones son deducciones de la nómina que se hacen para poder financiar el Sistema de Salud, el 8.5% es correspondiente al empleador, el 4.0% correspondiente al empleado, esta parte fue sujeta a un cambio estructural que se hizo en la Reforma de la tributación hace dos años y se reemplazó por un impuesto que se llama el CREE, que reemplazó el 8.5% del empleador y para todos los salarios inferiores a 10 salarios mínimos. En cuanto a los pensionados e independientes, ellos asumen el 100% de esta cotización, los pensionados asumen el 12%, esta estructura de financiamiento básicamente se traslada al Gobierno a través del Fosyga y es utilizada para poder financiar tanto los gastos de administración, como los servicios que están contenidos en el plan de beneficios y los servicios que están contenidos por fuera del plan de beneficios que sería lo que conocen como el NO POS. (Sigamos).

Básicamente a través de este esquema de recaudo, tenemos aquí el crecimiento desde el año 2003 hasta el año 2013, de las cotizaciones, actualmente estamos alrededor de los 15, 15.5 billones de pesos, que está previsto en total de recaudo durante el año 2014, de los cuales el 36% está en este momento en el recaudo del CREE que equivale a más o menos a 5.5 billones de pesos y el 64% aproximadamente 10 billones de pesos corresponde a las cotizaciones que realizan directamente los empleados, los pensionados, los independientes y aquellos que no están cobijados por el CREE, es decir, los que ganan más de 10 salarios mínimos. Este es el punto que es importante analizar de esos 10 billones de pesos, alrededor de 4 billones de pesos corresponden en los aportes de los actuales pensionados y aquí es importante hacer la anotación que digamos, se está aprobando un proyecto de ley que en el día de ayer se aprobó en Primer Debate de la Comisión Séptima del Senado, mediante la cual se reduce esta cotización de los pensionados, del 12% al 4% para todos los pensionados que ganan por debajo de 6 salarios mínimos mensuales, eso hace que esta cotización se reduzca en 2.2 billones de pesos, lo cual pues obviamente va a tener un impacto muy fuerte sobre la estructura de financiamiento de Régimen Contributivo. (Sigamos).

En cuanto al Régimen Subsidiado, básicamente se financia a través de una serie de fuentes como el Sistema General de Participaciones, los aportes de solidaridad del Fosyga que equivalen al 1.5% de aquel 12.5 que vimos en las anteriores diapositivas, que se trasladan al Régimen Subsidiado cuando se requiera para su financiamiento, las rentas cedidas de los departamentos y municipios, recursos de Cajas de Compensación, aportes del Gobierno Nacional que sirven para cerrar lo necesario para el financiamiento del Régimen Subsidiado, esfuerzos propios de las Entidades Territoriales, de esto básicamente el 92% es para servicios de salud, el 8% es para gastos de administración. (Sigamos).

En cuanto a la evolución del financiamiento del Régimen Subsidiado, vemos que las dos fuentes, digamos, que han tenido una dinámica constante y creciente, han sido el Sistema General de Participaciones que equivale más o menos a 4.3, 4.4 billones de pesos actualmente, los aportes de recursos de la nación que vemos que es la línea anaranjada, que es la que más ha crecido desde el año 2011 en esta gráfica y desde un poco antes, desde el año 2010, se han venido realizando esfuerzos muy importantes desde la nación para garantizar la equiparación de la unidad de pago per cápita dentro del Régimen Contributivo y Régimen

Subsidiado que actualmente se encuentra más o menos en el 92, 93% de la unidad de pago per cápita básica, para llegar obviamente a la equiparación total se planteó un esquema de gradualidad que debe realizarse en los próximos años y que tenemos que tener en cuenta para efectos de las necesidades de financiamiento en los próximos años, es decir, no solamente la ley estatutaria genera unas necesidades de financiamiento sino también los compromisos que hemos venido adquiriendo a lo largo de los años para poder cumplir con los mandatos de la Corte Constitucional y como políticas de Gobierno. Otras fuentes de financiamiento han tenido un comportamiento un poco más estable, pero de todas formas son bastante importantes, para poder financiar el Régimen Subsidiado, por ejemplo la parte de cotizaciones del Régimen Contributivo que se va a Régimen Subsidiado es una parte muy importante, los recursos de rentas cedidas, los recursos que se han conseguido a través de la expedición de la Ley 1393 cuando se expidió el IVA, por ejemplo, para los juegos de suerte y azar y así sucesivamente, han sido muy importantes para poder garantizar el financiamiento del sistema hasta ahora. (Sigamos).

Algunos avances importantes en los últimos años, como les mencioné se ha cerrado bastante la brecha de financiamiento entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado con respecto a la unidad de pago per cápita, anteriormente esa brecha estaba tendiendo a ampliarse y vemos que en los últimos años y a raíz de la implementación de las políticas de Gobierno y de las Sentencias de la Corte Constitucional, se ha invertido esa tendencia y tendemos actualmente hacia la convergencia de la UPC de Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, en este momento vemos que esa diferencia ya se encuentra del orden del 8% con respecto al valor total de la UPC de Régimen Contributivo. Hemos visto que además de eso hemos incrementado la UPC del Régimen Contributivo en cerca del 17% en los últimos 4 años y se ha incrementado la UPC del Régimen Subsidiado en cerca del 60% en los últimos 4 años en este mismo período. (Sigamos).

Otro importante resultado que es relacionado con esto, es el desmonte de ese 8.5% del aporte de los empleadores han generado una dinámica de empleo muy interesante, creando empleo y además buena parte de este empleo ha sido empleo formal, eso tiende en el mediano plazo a poder incrementar el recaudo por efecto de cotizaciones para Régimen Contributivo y a través de la parte de solidaridad también una parte pequeña, pero no es la parte más importante que también financia el Régimen Subsidiado, pero como vamos a ver más adelante, eso es importante que se mantenga y que se fortalezca pero no necesariamente alcanza a cubrir todas las necesidades que se derivan de la ley estatutaria. (Continuemos).

Bueno, entonces ahora entremos un poco a analizar algunas de las implicaciones que tiene la ley estatutaria, empecemos por recordar que uno de los principales antecedentes que tuvo la ley estatutaria es el entendimiento y el diagnóstico que hubo alrededor del problema del acceso a la salud y el derecho a la salud, cuyo, digamos, principal indicador se mencionaba el número importante de tutelas que había para poder acceder a servicios tanto en el Plan Obligatorio de Salud, como servicios que estaban por fuera del Plan Obligatorio de Salud. Todos los servicios por fuera del Plan Obligatorio de Salud estaban siendo otorgados a través de otro tipo de mecanismos, no directamente por autorizaciones de las EPS sino por medio de autorizaciones a través de Comités Técnico-Científicos o a través de mandatos de las tutelas. Las tutelas

tuvieron un comportamiento creciente digamos, más o menos hasta el año 2010, empezó a bajar un poco en el año 2011, 2012 y otra vez repuntaron en los últimos años, un poco el número más importante fue creo que en el año 2010, que llegaron a ser 140.000 tutelas y en este año y el año pasado estamos rondando cerca de las 115.000 tutelas, aunque la composición de las tutelas ha cambiado radicalmente, antes eran más orientadas a los servicios NO POS, hoy en día están más orientadas a garantizar oportunidad del servicio, con lo cual uno pensaría que hay unas personas que pasan por un proceso digamos de las autorizaciones normales del sistema, otras que ven mayor necesidad, mayor urgencia, acuden a este mecanismo y de alguna manera, logran tener una priorización mayor, digamos, que vamos a ver más adelante en la siguiente gráfica, como muchas de estas tutelas están orientadas a personas que tienen ingresos mayores, lo cual generaría algún tipo de desequilibrio e inequidad en el Sistema.

Todo este asunto del NO POS se puede ver reflejado en esta gráfica en donde vemos el gasto en servicios NO POS desde el año 2003 hasta el año 2013, vemos cómo hasta el año 2010 fueron incrementando los valores de los recobros, estos solamente son los recobros efectivamente pagados, los recobros hechos y que no fueron pagados, que fueron glosados, serían un porcentaje más o menos del 30% adicional a cada una de estas barras, estos son los valores solamente pagados y desde el año 2010 hasta el año 2013 más o menos ha venido, bueno, incluyendo este año, ha venido reduciéndose este valor por cuenta de las políticas de control de precios, de precios máximos para los recobros, luego la política de control de precios y también a través de otro tipo de acciones que se han establecido para poder morigerar estos valores.

De todas formas vemos que en el año 2013 estamos alrededor de 1.8 billones de pesos, solamente de los recobros corrientes del año y se ha realizado un importante esfuerzo para poder reconocer recobros que venían estando, digamos, glosados por algunos mecanismos que no son estrictamente por el servicio médico, sino por un tema más administrativo, entonces esa es la parte roja de la curva en donde se ve cuál es el esfuerzo del pago de glosas antiguas. (Sigamos).

En todo caso, todos estos valores que han sido pagados de recobros, digamos que han sido financiados con excedentes del Régimen Contributivo, básicamente esa es la fuente principal de los pagos, son excedentes de Régimen Contributivo, es decir, el financiamiento del Régimen Contributivo alcanzaba para la UPC y los excedentes alcanzaban para la UPC y los excedentes alcanzan básicamente para cubrir el NO POS, pero hasta cierto límite, esto como que ya está llegando a un límite el próximo año ya está mucho más ajustada esta proyección.

Como les comentaba anteriormente, el esquema de los recobros es un esquema altamente inequitativo, digamos, las personas que tienen mayor educación, mayor ingreso, tienen mayor acceso a los recursos del NO POS, esta es una de las debilidades de este esquema, es una de las debilidades que presenta tener que acudir a estos mecanismos de CTCS y tutelas vs. tener incorporados los mecanismos o los servicios dentro de un plan de beneficios y la ley estatutaria va a ayudar a mejorar esta situación, digamos que más gente de otros ingresos va a tener mucho mejor acceso a los servicios que no estaban incluidos en el plan de beneficios. (Sigamos).

Algunos de los elementos que surgen a raíz de la ley estatutaria es que la estructura del plan de beneficios

necesariamente está cambiando y va a cambiar radicalmente a raíz de la expedición de la ley estatutaria, teníamos un plan de beneficios que era una lista explícita de lo que estaba incluido, algunas exclusiones pero que no estaban de alguna manera blindadas, porque eran exclusiones que digamos, estaban sujetas al criterio del médico tratante o sujetas al criterio de los Comités Técnicos Científicos o al criterio de las tutelas, eso va a cambiar en algo pero no completamente porque a raíz de las digamos que las modulaciones que expidió la Ley, la Corte Constitucional entonces, muchas de esas excepciones van a quedar digamos, vigentes en el momento de que se expidan o que se otorguen servicios que están oficialmente excluidos. También digamos que se respetan las exclusiones explícitas de la ley estatutaria, con las excepciones que les acabo de mencionar, digamos que la Corte Constitucional lo que dijo fue, se respeta que la exclusión es válida, pero hay que tener en cuenta la jurisprudencia emitida hasta ahora y la futura jurisprudencia, entonces en el momento de plantear las exclusiones se van a tener que tener en cuenta necesariamente digamos, que las excepciones planteadas por la Corte Constitucional, para poder hacer exclusiones que tengan condicionales, por ejemplo, se excluyen los tratamientos estéticos, excepto cuando esto pueda afectar de manera grave el tema de dignidad humana, etc., etc., entonces en el momento en que se hagan las exclusiones vamos a tener que incluir este tipo de criterios y dejarlos explícitos para poder digamos que tener unas exclusiones que se puedan aplicar en la práctica.

El otro tema importante es que sean dos años de transición para poder implementar el proceso de exclusiones que van a empezar a regir digamos que oficialmente a partir, dentro de dos años, ya quedaría ya casi que lo que no está excluido quedaría incluido, pero esto tenemos que hacerlo básicamente en el entendido de que lo que está incluido debería tener ciertas reglas para poder implementarse de una manera organizada, vamos a hablar ahorita sobre ese tema. En este momento quiero referirme a cuáles son los costos fiscales que puede tener ese plan implícito. (Sigamos).

Para poder en el trámite de la ley estatutaria se hicieron algunos escenarios, se hicieron algunos estudios para poder analizar el costo del plan integral de beneficios que estaba planteado en la ley estatutaria, se hicieron básicamente 3 estudios, me voy a referir a uno de ellos en este momento, los primeros dos, uno de ellos fue elaborado a través de un modelo que tiene Planeación Nacional, ese estudio arrojaba más o menos un costo total de 8 billones de pesos, otro estudio que lo realizó Álvaro Riascos que tiene un costo estimado entre 5 y 6 billones de pesos, ambos estudios digamos que son muy válidos como insumo, hay que tenerlos en cuenta para los escenarios más ácidos, sin embargo teniendo unos supuestos que me parecen que pueden ser controvertibles y es que asumían unas frecuencias de uso bastante elevadas en la población y probablemente esas frecuencias de uso no necesariamente se pueden dar, dado que existe restricción de recursos como muchos de los asistentes han planteado, existe restricción de recursos humanos, existe restricción de recursos físicos, no necesariamente estoy hablando de restricciones financieras, pero solamente con las restricciones físicas y de recurso humano, digamos que uno no puede esperar unas frecuencias de uso elevadísimas en toda la población, entonces, ese escenario hay que tenerlo en cuenta, pero en el siguiente estudio que voy a presentarles digamos, se tiene en cuenta un poco la historia de cómo han funcionado los procesos de inclusiones en el plan de beneficios

de paquetes amplios de medicamentos, lo que se hizo en este estudio que les voy a mencionar es tomar las inclusiones que se realizaban entre el año 2011 y el año 2012, en ese momento se realizaron inclusiones de cerca de 55 principios activos, los principios activos son grupos de medicamentos, digamos un principio activo puede contener 10 o 15 distintos tipos de medicamentos, pero entonces se analizaron de los 55 principios activos, cerca de 38 principios activos representativos entre que los que eran de alto valor, de mediano valor, de más bajo valor. También se analizaron aquellos que tenían algún tipo de reemplazo en el plan de beneficios y aquellos que eran digamos que monopolísticos, decían, es el único principio activo válido para un tratamiento específico y se encontró que de las inclusiones, luego de tener unos principios activos por fuera del plan de beneficios y luego de incluirlas en el plan de beneficios, esa muestra de inclusiones aumenta la frecuencia de uso y el costo en un 23%, las muestras de esas mismas inclusiones analizamos qué pasaba con aquellos principios activos que ya estaban en el plan de beneficios y que cumplían una misma labor, que tenían digamos, digamos que un uso idéntico a lo que fue incluido en el plan de beneficios, entonces, aquellos principios activos que ya estaban en el plan de beneficios presentaron un incremento también en el valor y en la frecuencia, equivalente al 14% y las muestras que estaban por fuera del plan de beneficios, presentaron una reducción de 1.9%. Entonces, con estos tres grupos se trató de estimar cuál era el impacto total de incluir un paquete grande de tecnologías en el plan de beneficios. (Sigamos).

El impacto total desde el punto de vista digamos fiscal que se estimaría luego de hacer como una especie de extrapolación entre eso que vimos en el 2011-2012 y lo que implicaría incluir lo que está por fuera del plan de beneficios al plan de beneficios y podríamos tener una estimación cercana a los 2 billones de pesos, esa es la penúltima cifra (a mano derecha), que sería la proyección 2 que sería como la proyección más ácida dentro de ese estudio, entonces se estimaría 2 billones de pesos al año por encima de lo que costaría meter todo el NO POS al plan de beneficios, entonces, calculemos si el NO POS actualmente es de 1.8, serían 2 billones adicionales por encima del gasto del NO POS y hay que sumarle a eso el gasto del NO POS que tendría el Régimen Subsidiado, que es un poco difícil de estimar porque no hay valores claros sobre ese tema, pero podría ser un valor digamos, cercano a los 500 mil millones, 1 billón de pesos, entonces, sería un costo estimado total de unos 4 billones, pero de los cuales no están costeados 2 billones, dado que el otro ya está pagándose del NO POS. (Sigamos).

La reflexión que quería hacer en este momento ya como puntos finales, es que además de esos 2 billones adicionales que se requeriría como efectos de la implementación de la ley estatutaria, sí, también estamos en proceso de equiparar el Régimen Contributivo a Régimen Subsidiado en cuanto a la UPC, ese también tiene un costo estimado de 1.7, 1.8 billones de pesos, entonces tengamos unas cifras redondas en mente, más o menos unos 4 billones de pesos en el corto plazo, es decir a partir de la implementación de la ley estatutaria, se tienen que dar ambas cosas, tanto una ampliación de ese plan de beneficios, como una equiparación total de la unidad de pago per cápita, ese es un costo estimado de unos 4 billones de pesos, a partir del segundo, tercer, cuarto año de la implementación de esta ley estatutaria y solamente me estoy refiriendo a los impactos relacionados con el plan de beneficios, digamos que otro tipo de impactos por ejemplo, financiar los

determinantes de la salud, pues esos van por el lado del Presupuesto del Ministerio de Ambiente, por el lado del Ministerio de Educación, etc., etc., y pues ellos tendrán que hacer el esfuerzo correspondiente. Eso implica como vimos en la primera parte, que tendríamos que analizar muy bien la estructura de financiamiento tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, en el Régimen Contributivo como les digo se financia a través de cotizaciones, entonces tendríamos que analizar si es que esas cotizaciones vamos a tener que hacerles un ajuste a las cotizaciones y por lo tanto, mal haríamos en este momento en reducir las cotizaciones como por ejemplo está pasando con el proyecto de ley que propone reducir las cotizaciones de los pensionados que son la fuente muy importante de recursos en el sistema, es decir, cuando vamos a necesitar más recursos en este momento los proyectos de ley en el Congreso están encaminados en la vía contraria, lo cual generaría un impacto fiscal todavía mayor y es muy preocupante. En cuanto al componente del Régimen Subsidiado, la forma de cerrar el Régimen Subsidiado son recursos del Presupuesto General de la Nación, que como vimos anteriormente ya tenían una tendencia muy importante de incremento y que a raíz de la unificación de los planes de beneficios, se tiene que ir continuando en esa misma tendencia, sí, esto genera una necesidad mayor de recursos del Presupuesto General de la Nación, que se podrían conseguir a través de dos vías, incrementando el ingreso y ahí tenemos que ser muy precavidos en la Reforma, por ejemplo, Tributaria o en próximos proyectos, de ver cómo hacemos una asignación de recursos específicos para poder financiar estas necesidades, entonces, podemos hacerlo por esa vía o por el lado de redistribuir gasto entre los sectores que ustedes todos conocen, es bastante complicado sobre todo cuando vemos que hay necesidades muy importantes en los demás sectores, este cuatrienio por ejemplo hay una prioridad muy importante en el sector educación, hay una prioridad muy importante en recursos necesarios para implementar el Proceso de Paz, etc., etc., entonces ahí hay retos muy importantes en materia fiscal que se tienen que incorporar en este análisis.

Finalmente una reflexión en cuanto a cuáles son los retos para poder llevar esto a cabo, aparte de los retos en materia fiscal, hay mucho que se puede hacer para garantizar que el gasto sea mucho más eficiente y cuando yo digo eficiente no me refiero solamente al tema fiscal, me refiero también a los temas de salud, sí, uno de los temas complicados de manejar en temas de salud, es la variabilidad en la forma como los médicos tratan a los pacientes, la reducción de la variabilidad en la forma como tratan a los pacientes, es un objetivo importante tanto desde el punto de vista médico y que puede tener impactos positivos desde el punto de vista fiscal, me refiero a que si los médicos de alguna manera dentro de su autonomía, generan esquemas de autorregulación, alrededor de consensos de implementación de guías y de protocolos que no serían obligatorios, pero sí serían muy, digamos, referenciales y digamos una guía muy importante para seguir eso generaría impactos positivos por ejemplo en la prescripción de medicamentos de costos que son razonables, por ejemplo en las rutas de atención que sean razonables desde el punto de vista tanto médico como eventualmente fiscal.

Segundo punto, se debe desarrollar una metodología de exclusiones, esto va a ser un tema muy urgente y creo a raíz de la Sentencia, que esa metodología de exclusiones va a tener que incorporar el componente del análisis de la jurisprudencia, para ver en qué casos aplica y en qué casos no aplica una exclusión,

entonces las exclusiones que se generen van a tener que tener unas condicionalidades que tienen que ser muy claras a la hora de que los jueces apliquen ese proceso de exclusión, ese proceso de exclusión según la ley estatutaria tiene que ser un proceso técnico, participativo, con un alto componente de aporte de las comunidades científicas, entonces vamos a tener que arrancar ese proceso cuanto antes y vamos a tener dos años de arduo trabajo para poder llegar a tener unas exclusiones que sean legítimas, válidas, pero además que incorporen mecanismos que puedan hacerlas aplicables a la luz de la jurisprudencia.

Segundo punto muy importante, vamos a tener que hacer un cambio en el esquema del costeo del plan de beneficios y cómo se calcula la unidad de pago per cápita, antes como lo explicó Elisa Torrenegra, hoy en día se hace básicamente a raíz de la lista de todos los servicios prestados por parte de las EPS durante todo el año, dos años antes y se analiza si fue suficiente, si no fue suficiente y se proyectan las nuevas frecuencias y se proyectan los nuevos costos con base en unos criterios técnicos, eso implica que pagamos de alguna manera tanto los procedimientos caros, como los procedimientos baratos, como los medicamentos costosísimos, como los medicamentos no tan costosos y los pagamos a cuánto, pues a lo que costaron como efectivamente lo tasaron y lo prestaron en su momento los prestadores, vamos a tener que en el mundo de un plan más implícito, generar esquemas de costeo muy distintos a través de familias de medicamentos, familias de procedimientos y establecer un procedimiento digamos de un tratamiento completo debe costar alrededor de tanto a través de un mecanismo de costeo y no tanto uno por uno medicamentos y medicamentos, entonces ahí ya hay que cambiar la metodología de costeo y cambiar la relación que va a haber entre EPS y prestadores y entre el Gobierno y la EPS.

Un tercer punto muy importante, la ley estatutaria establece que tienen que haber solamente se pueden, mejor dicho, que puede haber una exclusión a raíz de lo que el Invima no ha aprobado como un medicamento o una tecnología que ingresa al país, si no ha pasado por un proceso de aprobación es porque no ha surtido un proceso de verificación de su seguridad, de su eficacia y de su efectividad. Entonces, este proceso de control de entrada va a ser muy importante que ahora incorpore algunos mecanismos de comparación de la efectividad de esos medicamentos y de esas tecnologías con respecto a otras que ya están dentro del país y que ya están siendo brindadas en el sistema, entonces si quiere entrar nueva tecnología mucho más costosa y que no ofrece ningún beneficio adicional o que es menos segura que una que ya está dentro del plan de beneficios, ahí tendremos que en la puerta de entrada, generarle una condicionalidad para la entrada, eso es una cosa muy importante que se puede hacer a partir de la expedición de la ley estatutaria. Vamos a tener que trabajar con los médicos, con las comunidades científicas para generar un marco de autonomía y autorregulación, que convierten la autonomía con la autorregulación, que sea de una manera efectiva para que se reduzca la variabilidad en la práctica clínica y para que se genere conciencia alrededor de que todo lo que el médico en efecto vaya a prescribir va a generar un gasto muy importante y que en efecto eso va a estar costado, pero se tiene que hacer con un criterio de sostenibilidad, eso no va a ser sujeto a que alguien diga que eso no se puede dar, pero sí el médico va a tener que tener en cuenta que eso va a tener un efecto directo sobre la sostenibilidad de todo el sistema.

Quinto, ya mencioné la revisión de las fuentes de financiamiento, y sexto, vamos a tener que trabajar en mecanismos para hacer una efectiva transferencia de riesgos entre los actores, eso implica lo que les hablaba anteriormente, por ejemplo, una definición de cómo se costea el plan de beneficios de una manera distinta, a través de grupos y familias de medicamentos, grupos y familias de tecnologías, grupos y familias de formas de prestar servicios que se van a costear como un paquete, ya no necesariamente una a una, medicamento por medicamento. También que las EPS y los prestadores organicen mecanismos distintos de prestación de servicios, por ejemplo, a través de grupos relacionados de diagnóstico, sí.

Por último, digamos que en esta gráfica lo que estoy tratando de plantear un poco son esas líneas de trabajo, pero la idea de que alrededor de todo esto debe existir necesariamente un pacto social entre todos los actores del sistema, de alguna manera es importante bajarle el tono de confrontación y sentarnos en la mesa y ser conscientes todos de que para poder implementar la ley estatutaria como fue aprobada por el Congreso y luego fue modificada por la Corte Constitucional, se requiere el compromiso de todos los actores alrededor de mejores mecanismos de promoción, de prevención, a través de mejores mecanismos de evaluación de tecnologías, a través de continuar y fortalecer los mecanismos de control de precios, el uso racional de las tecnologías y de la evidencia de salud y la autonomía en el marco de la autorregulación por parte del gremio de médicos y de científicos. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Ministro Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Bueno, muy buenas tardes a todos, gracias por esta invitación a compartir con ustedes unas ideas sobre las consecuencias o implicaciones que estamos previendo de la ley estatutaria, voy a ser breve ya por la hora avanzada.

Primero una reflexión general sobre la ley estatutaria que es lo que efectivamente se dice, porque yo creo que aquí se han dicho cosas que no son, desde un comienzo planteamos que debería existir una especie de diferenciación entre la ley estatutaria y una ley que definiera el modelo y dijimos, una se ocupaba del qué, esto es de acotar las responsabilidades del Estado y la otra se acotaba de la forma de hacerlo, esto es del cómo. La ley estatutaria por definición por ejemplo no se encarga del tema del financiamiento, el financiamiento del Sistema de Salud de Colombia es un financiamiento que se basa en impuestos fiscales o en impuestos generales y en recursos parafiscales, vale la pena decirlo porque aquí se han hecho críticas que a veces desconocen lo que se ha dicho internacionalmente. En el año 2000-2001 cuando la Organización Mundial de la Salud hizo un análisis de todos los esquemas de financiamiento de los Sistemas de Salud, el del Sistema colombiano quedó como el Sistema más solidario en el financiamiento de todos los sistemas del mundo, a pesar de las críticas que se hacen, a pesar de lo que se dice repetidamente, que entonces como hay un derecho fundamental, qué pasa con ese vínculo que tiene que existir entre capacidad de pago y el acceso al derecho, ya lo presentó aquí el Ministerio de Hacienda, si no queremos ese vínculo, necesitamos una Reforma Tributaria que recaude 14 billones de pesos y esa es una decisión difícil. Existen Sistemas de Salud que combinan esas

formas de financiamiento y donde tenemos derechos fundamentales a la salud consolidados, el sistema alemán por ejemplo, combina de un lado un sistema bismarckiano basado en contribuciones a la nómina, con también un esquema para aquellos que no tienen capacidad de pago con impuestos generales, pero aquí se cae una y otra vez en esa crítica maximalista y es porque todavía tenemos, porque tenemos una sociedad donde una porción de la gente tiene capacidad de pago, de contribuir y la otra no, entonces se dice, eso no es compatible con el derecho fundamental, es una opinión equivocada completamente, eso no lo dice la ley estatutaria y la Corte jamás ha aceptado ese argumento, que se sigue repitiendo una y otra vez, vuelvo y repito, nosotros tenemos a pesar de los problemas, un esquema de financiamiento de nuestro Sistema de Salud que ha sido considerado en el mundo como el más solidario. Por el mismo plan de beneficios, una persona que gane un salario mínimo, cotiza 10, 20 veces menos que aquel que gana 10, 20 salarios mínimos. Tenemos solidaridad en el financiamiento entre los dos sistemas, un punto y medio del contributivo va a financiar el Régimen Subsidiado, estamos promoviendo eso sí un decreto de afiliación que corrige y trata en el margen, de ir resolviendo los problemas que surgen necesariamente, problemas muchas veces inevitables, porque aquí muchas veces se la hacen a los Sistemas de Salud, demandas contradictorias, queremos todo, pero no queremos pagar por ese todo, la salud la pagamos del bolsillo de los ciudadanos, de muchas maneras, colectiva o individualmente, tampoco tiene que decir nada la ley estatutaria sobre el modelo de atención, esa no es materia de la ley estatutaria, el modelo de atención en sus lineamientos generales podrían ser materia de una ley ordinaria, pero en el fondo un modelo de atención óptimo requiere de un asunto más complejo que es la construcción de capacidades de la sociedad, por ejemplo un modelo de atención basado en médicos familiares, requiere que nuestras Facultades de Medicina capaciten, entrenen no cientos, sino miles de médicos familiares, eso seguramente va a tomar un tiempo, las leyes no resuelven los problemas inmediatamente.

Tampoco la ley estatutaria define si existe o no lucro en el Sistema de Salud, tampoco define si debe existir participación privada, es más, cualquier lectura de la Constitución nos llevaría al artículo 48, que es bastante explícito y claro en la materia cuando dice, la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas y privadas, si un Magistrado dijo lo contrario no conoce la Constitución, aquí pueden participar entidades públicas y privadas y eso lo dice de manera explícita y clara la Constitución y no es materia de la ley estatutaria. Qué hace la ley estatutaria, define algunos principios generales, hace una definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y hace una cosa que es compleja en todos los Sistemas de Salud, porque el Estado no puede ser un justiciero cósmico y es acota la responsabilidad del Estado o para decirlo más claramente, acota qué es lo que puede ser pagado o debe ser pagado mejor con recursos públicos y qué es lo que no debe ser pagado con recursos públicos. Y voy a referirme en un minuto a esa que es una decisión difícil y que creo que debemos entenderla como lo que es, una especie de contrato social complejo, porque definir la responsabilidad del Estado, nunca es fácil, pero como lo ha dicho la Corte Constitucional una y otra vez y así lo dijo por ejemplo de manera explícita muchas veces la Sentencia T-760 del año 2008, la salud es un derecho fundamental, pero tiene límites.

Hay una innovación normativa interesante en la ley estatutaria y es que hasta la ley estatutaria la jurisprudencia iba por un lado y las normas o las leyes de la seguridad y la salud iban por otros, aquí se hizo un esfuerzo por recoger esa jurisprudencia y plasmarla en la ley estatutaria para hacer compatibles las leyes con lo que había dicho la Corte, yo creo que ese es un esfuerzo importante, sin embargo no es un esfuerzo completo y en el margen, en algunos temas a los que voy a hacer referencia en un minuto, siguen existiendo diferencias, porque hay diferencias en la jurisprudencia que ha venido cambiando en el tiempo, una cosa por ejemplo es la Sentencia T-760 y otra muy distinta esta última Sentencia que le dio el aval a la ley estatutaria, allí hay cambios importantes y creo yo sustanciales en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Yo quiero que entre todos hagamos una reflexión sobre las dificultades de financiamiento de los sistemas de salud, este es un debate que no está teniendo lugar en Colombia, este es un debate global y a veces pareciera que en Colombia queremos abstraernos de una discusión global que es compleja, ustedes van a todos los países del mundo y todos están teniendo discusiones similares, parecidas a la que estamos teniendo en Colombia, todos los Sistemas de Salud tienen que lidiar de una u otra manera con la presión tecnológica, miren el debate que está teniendo el mundo con esta última droga para la Hepatitis C, Sovaldi, apenas está siendo aprobada por algunos de los sistemas de salud del mundo desarrollado, el tratamiento cuesta mucho más de 100 mil dólares al año, 1.500 dólares por pastilla, cómo incorporar estas innovaciones tecnológicas que muchas veces tienen apenas un efecto marginal en los sistemas de salud, es un debate global. Un tratamiento típico para el cáncer de colon, en el año 1998, 1999 valía 1.000 dólares al año, hoy un tratamiento típico vale 100.000 dólares al año.

Y a veces hay verdades incómodas, pero tapar los ojos a estas verdades incómodas no nos va a resolver los problemas y cómo los sistemas de salud tienen que lidiar con este divorcio entre valor y precio, con estas estas innovaciones tecnológicas que muchas veces no tienen un retorno en términos por ejemplo de años de vida saludable, es una pregunta abierta que tienen que resolver todos los sistemas de salud y no es diciendo vamos a dar lo óptimo, ¿qué es lo óptimo?, esa es una pregunta muy difícil de resolver y es muy difícil de resolver no solamente como Gobierno, yo diría no solamente como Estado sino también como sociedad y en la ley estatutaria tratamos de abordar esa pregunta, planteando yo creo que una discusión honesta y abordando, como están haciendo todas las sociedades, una especie de contrato social que siempre va a ser difícil porque en los límites de esa responsabilidad del Estado hay cuestiones éticas muchas veces insalvables o difícil de resolver de manera general, muchas veces es más fácil decir lo vamos a resolver de manera particular. Entonces tenemos la presión tecnológica de un lado, está creciendo, hay nuevas medicinas, nuevas innovaciones y muchas veces vuelvo y repito, nuevas innovaciones que cuestan mucho, 10, 20, 30 veces más que lo nuevo, pero no aportan lo suficiente.

Tenemos el debate de la presión demográfica, Colombia, y lo he dicho varias veces en escenarios parecidos, tuvo una transición demográfica, recuerdo a mi profesora en la Universidad de Los Andes, Carmen Elisa Flórez, decía fue espectacular, más rápida que casi todos los países de América Latina, creo que estuvimos a la par con Costa Rica, eso ocurrió una generación y media atrás, eso significa que en buena parte de nuestro país, sobre todo en el centro de nuestro

país, en la Región Cafetera, tenemos un envejecimiento acelerado de la población, que es básicamente un reflejo de lo que ocurrió 30, 35 años atrás y eso nos impone presiones adicionales. Tenemos presiones que uno podría catalogar como socioeconómicas, nuestras clases medias se han duplicado, escribí un artículo, el último que escribí como académico que catalogaba el período del año 2003, al período del año 2003, 2011, 2012 como la década ganada, en este país la clase media se duplicó en los últimos 10 años y las clases medias urbanas demandan cada vez más de los Sistemas de Salud, cada vez quieren tener un acceso con mayor calidad, mayor oportunidad y mayor acceso a las nuevas tecnologías. Ustedes saben que como sector hemos venido acumulando un déficit también en la formalización laboral, que tenemos que hacerlo con cuidado, el sector hospitalario nos ha dicho una y otra vez, nosotros tenemos una aspiración a que las tarifas aumenten, entonces uno va sumando presiones de gasto, tecnológicas, demográficas, socioeconómicas y aspiraciones legítimas de los diferentes gremios de este sector. Y nos movemos al otro lado y decimos cómo vamos a cubrir estas presiones de gasto y uno encuentra una realidad que es difícil, primero es una realidad que también es sociológica y es la disponibilidad a pagar de los colombianos, de su bolsillo en salud, ha disminuido y ha disminuido como un éxito del Sistema de Salud hoy en día es muy baja, hoy en día por ejemplo uno podría plantear de manera razonable, yo creo que sería sensato hacerlo pero es difícil desde un punto de vista político, que deberían existir copagos para medicamentos NO POS, para aquellos ciudadanos que tienen un ingreso base de cotización, por ejemplo superiores a los 5, 6 millones de pesos, un copago pequeño de 2 o 3%, pero no es fácil, ustedes lo saben bien, plantear esa discusión ante los ojos de la gente, porque esa disponibilidad a pagar ha venido disminuyendo y también ya lo dijo aquí Jaime Cardona del Ministerio de Hacienda, tampoco es fácil seguir presionando los presupuestos públicos porque ha existido en nuestro país un aumento sustancial del gasto público en salud. Entonces uno encuentra cuando hace esta aritmética una especie de contradicción, el gasto va a seguir aumentando, pero uno no encuentra un aumento concomitante o por lo menos uno no lo puede proveer tan fácil de sus ingresos. Por lo tanto yo creo que nos corresponde como Ministerio de Salud y como Ministerio de Hacienda y como miembros del Gobierno, plantear esta inquietud, porque la sostenibilidad, estoy de acuerdo con todo lo que se ha dicho aquí, no puede ser un objetivo de los Sistemas de Salud, no es un objetivo intrínseco, pero sí es un objetivo instrumental, yo quiero aventurar una hipótesis, hemos discutido mucho sobre la crisis financiera del Sistema de Salud, se habla de muchas causas y seguramente las causas son multivariadas y el reduccionismo no nos va ayudar mucho, pero para mí detrás de la crisis financiera que todavía no hemos resuelto, en el fondo, el problema de fondo que tenemos, es un acuerdo social incoherente, donde hemos tenido una contradicción entre los recursos y los beneficios y eso ocurrió sobre todo después de la Sentencia T-760, cuando empezamos a gastar más de los recursos que teníamos asignados al sector. Por eso hemos planteado que con la ley estatutaria, este problema que es un problema que existe independientemente de las normas, tenemos que tener cuidado y podríamos exacerbar este problema y tenemos que propender entonces por un acuerdo social donde tengamos por lo menos cierta coherencia, yo ni siquiera quiero hablar de sostenibilidad, sino coherencia entre una cosa y la otra y yo creo que nos corresponde como funcionarios

públicos, llamar a la sociedad a tener coherencia entre las demandas que se hacen del Sistema de Salud y los recursos que estamos dispuestos a apropiarnos, todos como ciudadanos con las diferentes formas teniendo un esquema de financiamiento solidario como el que tenemos.

Quiero plantearles rápidamente cuál fue la concepción que se tuvo de la ley estatutaria con respecto a tres puntos importantes. Uno los determinantes sociales, otro, los servicios sociales complementarios y el tercero los servicios y tecnologías de salud y que planteo allí, qué aprobó la Corte y qué no aprobó la Corte.

Empecemos con el primero, los determinantes sociales lo que tiene que ver con acueducto y alcantarillado, los temas de nutrición, yo creo que en eso tuvimos un debate interesante con los diferentes agentes del Sistema y yo creo que la forma como quedó plasmado el tema de los determinantes sociales en la ley estatutaria es conveniente, lo que se dijo fue, eso es una responsabilidad del Estado, hace parte del derecho fundamental a la salud, pero no puede ser pagado con los recursos del Sistema de Salud, yo creo en eso todos estaríamos de acuerdo y yo creo que llegamos a un acuerdo más o menos coherente. Tenemos entonces que seguir promoviendo las políticas intersectoriales, tenemos en el Plan Decenal de Salud Pública, una ruta para actuar como sociedad, eso implica entre otras cosas construir capacidades en las Entidades Territoriales, en las Secretarías de Salud, pero yo creo que ahí se llegó a un acuerdo más o menos sensato, los determinantes sociales son importantes, en buena parte determinan la salud de la población, pero no pueden ser cubiertos con los mismos recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ese tema quedó saldado.

Viene otro tema que es una preocupación de todos los Sistemas de Salud del mundo sobre todo en contextos de envejecimiento, que son los servicios sociales complementarios, los cuidadores, los pañales, los temas donde ya se comienza a mezclar la salud y educación, por ejemplo los programas para niños que tienen discapacidad cognitiva, cómo vamos a pagar por esto. Si ustedes van a un país como Alemania o como en España, en esos países ya han tenido ley de cuidadores y generalmente con recursos adicionales o distintos a los sistemas de salud, se van cubriendo este tipo de intervenciones. Qué planteó la ley estatutaria, la ley dijo, para algunos de esos servicios sociales complementarios, deben separarse de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y debe crearse un fondo que por lo menos financie subsidiariamente o complementariamente, buena parte de esas intervenciones, yo creo que también eso era razonable. Qué dijo la Corte, que no aceptaba ese artículo, por qué lo dijo la Corte, yo creo que también es importante decir por qué la Corte no lo aceptó, porque dijo que la ley estatutaria no era suficientemente clara sobre cuál era la fuente de financiamiento de los servicios sociales complementarios, esto es, yo creo que la Corte no dijo que no se puede separar el financiamiento de los servicios sociales complementarios y lo otro sino que tenemos que ser un poco más explícitos o claros de cómo hacerse. Qué pensamos hacer, de pronto en la ley del Plan de Desarrollo ser mucho más explícitos, tener unas fuentes de financiamiento claras e ir resolviendo ese problema también. Ya lo dijo Jaime Cardona, ustedes conocen de aquí la Defensoría las cifras y se dan cuenta que en el margen las tutelas que más están creciendo tienen que ver con estos servicios sociales complementarios, están los temas de transporte por ejemplo, también. Y lo que estamos propendiendo una

y otra vez entonces, es por tener un financiamiento ordenado de estos servicios sociales complementarios.

Después vino el tema más prestacional, de los servicios y tecnologías en salud, muchos no lo alcanzarán a ver, pude haber traído una diapositiva, pero lo que tratamos de hacer es esta especie de ameba que nosotros vemos aquí, ustedes ven que existe como una doble frontera, una afuera donde por fuera de esta estaban las exclusiones y las exclusiones eran ese tipo de servicios que no deben pagarse de ninguna manera con recursos públicos, lo experimental, lo que no puede prestarse en el país, lo que no tiene registro sanitario o lo que tiene un fin eminentemente cosmético o estético, esos fueron los criterios que hizo la Corte y eso quedó por fuera, esto es tratamientos experimentales no deberían cubrirse con recursos públicos de la salud, alguien podría decir, de eso depende la vida de una persona, pero ahí es donde está la dificultad de estos contratos sociales, ustedes son médicos y lo saben mucho mejor que yo, muchos son médicos, que los tratamientos experimentales tienen una probabilidad de éxito que es muy baja y en el fondo impera lo que un autor, hace poco me leí el libro se llamaba "La tiranía de la esperanza", y esa tiranía de la esperanza se utiliza muchas veces para que se usen recursos públicos para pagar por tratamientos experimentales con probabilidades de éxito bajísimas.

Qué decía también la ley estatutaria, decía, miren vamos a tener que seguir viviendo con una contradicción y es que vamos a tener al interior una protección colectiva que se parece al Plan Obligatorio de Salud actual y esto, por eso pongo estas flechas aquí iba a seguir expandiéndose, pero vamos a tener en todo caso una protección individual de los derechos, por qué, supongamos que hay un medicamento, ya tiene registro sanitario, por cuestiones de costo-beneficio o epidemiológicas, no ha sido incorporado inmediatamente a los planes de beneficios, en ese caso sí depende la vida de esa persona de ese medicamento que ya está autorizado para comercializarse en el país, pues puede pagarse, como una protección individual del derecho, pero en el fondo por lo que tenemos que propender es porque la protección colectiva sea cada vez más definitiva.

Qué nos preocupa de la ley estatutaria y es que la Corte borró esta frontera entre lo colectivo e individual y dijo que las exclusiones no son definitivas, esto es, las exclusiones dependen del criterio muchas veces de cada juez, entonces nos quedó toda la página, porque esta frontera quedó más o menos suelta y esta desapareció y si eso ocurre en un contexto, ya lo dije, de presión tecnológica, de presión demográfica, de presión socioeconómica, eso puede traernos problemas de sostenibilidad. Aquí se dijo ahora y por qué está el Ministro de Salud tan preocupado por los problemas de sostenibilidad, por qué no le deja ese problemita al Ministro de Hacienda y se dedica él más bien a lo que le toca. La respuesta clara es la siguiente, cuando uno tiene sistemas de salud sostenibles, los sistemas de salud no se quiebran inmediatamente, eso lleva a lo que se conoce en la literatura como racionamiento implícito y el racionamiento implícito lo que hace es pagarle todo a unos pocos y excluir a la mayoría de la población, o sea el racionamiento implícito lleva a grandes inequidades y eso tiene que ser materia de preocupación del Ministerio de Salud. Aquí ya se mostró, lo colectivo en nuestro Sistema de Salud es muy progresivo, qué más progresivo que la expansión del Régimen Subsidiado, hay una frase que a mí me produce un poco de rabia, digámoslo así, cuando se dice, el aumento de la cobertura del Régimen Subsidiado es simplemente

una carnetización vacía, ese aumento de la cobertura del Régimen Subsidiado es tal vez el programa social más importante de Colombia en la última generación y yo invito a quien diga que es una carnetización vacía a que nos vamos aquí a Ciudad Bolívar, reunamos un grupo de gente, le digamos preste para acá el carné de la EPS del Subsidiado porque a usted eso no le sirve para nada, la gente valora esa afiliación y ustedes van a, lo he dicho muchas veces en estos escenarios y no me cansaré de repetirlo, vayan hoy a la Fundación Santa Fe, entren a urgencias y van a encontrar un ámbito donde se han igualado las clases sociales, ahí está la persona de estrato 2 y la persona de estrato 6 esperando servicios médicos. La democratización tiene costos a veces y los costos son las colas, muchos aspirarían al sistema anterior, donde unos poquitos tenían acceso a casi todo y la gran mayoría no hacía colas, pero bueno, yo creo que lo peor que nos puede pasar es venderle a nuestra sociedad que tenemos acceso a todo, con un gasto a la salud que es de 600 dólares por habitante, cuando Estados Unidos o Noruega o Suecia que tienen gastos por habitante que superan los 4.000, 5.000 dólares, ni siquiera han dicho que tienen acceso a todo. Entonces nosotros prometerle a los colombianos, a nuestros ciudadanos, aquí está todo, eso lleva, vuelvo y repito, a racionamiento implícito y a una situación de inequidad que reversaría uno de los logros sociales más importantes de nuestro país en la última generación y eso lo digo con vehemencia si se quiere, tiene que ser materia de preocupación del Ministerio de Salud.

Hay algunos aspecto puntuales, particulares de la Sentencia de la Corte que me preocupan en particular en lo atinente a esta grafiquita, por ejemplo la Corte dice que no es constitucional, que es inconstitucional definir las prestaciones cubiertas por el Sistema, esto es, es inconstitucional definir inclusiones, que todo debe ser exclusiones, así lo dice la Sentencia en sus 534 páginas, pero después dice que sí es constitucional la ampliación progresiva de los beneficios, que ahí, en mi opinión hay una contradicción, porque uno no puede hablar que las inclusiones o una suerte de contradicción, digámoslo de esa manera, uno no puede decir que definir inclusiones es inconstitucional, pero hablar de ampliación progresiva de los beneficios sí lo es, porque tal vez la única forma o no la única, pero tal vez la forma más efectiva de hacer esa ampliación progresiva es decir, esto es lo que está incluido hoy y estas inclusiones las vamos a ir creciendo con el tiempo, poco a poco.

Ya lo dijo aquí el doctor Cardona del Ministerio de Hacienda, yo creo que tenemos un reto grande y el reto grande es hacer compatible esa Sentencia, hacer compatible la ley estatutaria con esta ampliación progresiva de los beneficios que la Corte acepta como constitucional y ese es un reto como Gobierno y un reto como sociedad y ese reto implica para el Ministerio, seguir afianzando la rectoría, yo creo que tenemos que seguir insistiendo en nuestra política farmacéutica que ha sido efectiva en controlar los precios de los medicamentos, vamos a anunciar en cuestión de días por ejemplo, los primeros controles a los dispositivos médicos, tenemos que seguir fortaleciendo el Instituto de Evaluación de Tecnologías, tenemos que seguir promoviendo y en eso las Sociedades Científicas son fundamentales, nuestras guías de práctica clínica, la adherencia a las guías de práctica clínica, para eliminar como ya se dijo, algunas variaciones o variabilidades innecesarias, ineficientes, tenemos que seguir promoviendo la transparencia en el Sistema de Salud como lo están haciendo todos los sistemas a lo largo y ancho del mundo y tenemos una gran obligación

regulatoria y es un mecanismo que regule de manera efectiva las exclusiones, tal cual como lo manda la ley estatutaria y como lo reafirma la Sentencia de la Corte Constitucional. Y yo creo que en eso tenemos que trabajar todos como sociedad, pero en el fondo yo creo que también entre todos tenemos que pensar en una ética compartida, de en el fondo trabajar con lo que toca de irnos moviendo dijéramos, como sociedad, saber que los recursos son finitos y que nosotros tenemos y sobre todo los médicos tienen una situación muy compleja, muy complicada, hace poco había un bioeticista de la Universidad del Bosque que creo que estuvo en la reunión, se acuerda que él hablaba que tenemos una doble responsabilidad ética, la primera la que mencionaba Gerard Beatleman, es deontológica, es hacer lo que toca con el paciente, la segunda va un poco más allá, es teleológica, es hacer lo que toca no solo con el paciente, sino con la sociedad, de cuidar estos recursos y ahí se crean tensiones para todos, créanme que para nosotros son tan grandes como para ustedes, yo en esto resuelvo casos individuales también y siempre me asalta la misma duda ética, cuando a mí alguien me llama y me dice esto está pasando con este paciente, yo digo sí yo voy a actuar, yo debería actuar bajo un imperativo categórico, lo que yo estoy haciendo con esta persona, debería hacerlo con cada uno de los ciudadanos, pero sé que no puedo hacerlo, pero tengo al mismo tiempo una tragedia individual y yo tengo el poder para remediarla y cómo no hacerlo y ustedes como médicos, como pacientes, como agentes del Sistema, tienen esa contradicción ética todos los días.

Pero la invitación que yo hago es eso, un llamado dijéramos a asumir esa doble responsabilidad, entender que estos no son temas fáciles y de alguna manera seguir avanzando, por lo menos en esos resquicios donde nos hemos encontrado unos y otros y yo creo que hemos encontrado varios, donde ya existe un consenso entre los diferentes agentes, entre el Gobierno y la sociedad para ir moviéndonos, el decreto de afiliación, por mencionar cualquier cosa, nos va a permitir avanzar en fortalecer el derecho fundamental a la salud, el decreto sobre el modelo de zonas dispersas, nos va a permitir llevar al Sistema donde efectivamente nunca estuvo, el decreto de habilitación financiera, nos va a permitir tener un mejor uso de los recursos y es en este sentido donde quiero hacer un llamado adicional de atención. Varias personas estuvieron trabajando en los últimos meses, normas que nos permiten seguir avanzando en resolver las tensiones financieras del sector, en traer recursos nuevos al sector y en propiciar un saneamiento fiscal y financiero que se necesita, porque aquí tenemos todavía problemas financieros que no se han resuelto, nosotros vamos a tratar de terminar bien el año, así se lo he dicho por ejemplo al gremio hospitalario una y otra vez, vamos a hacer una compra de cartera incluyendo la solución de glosas del Fosyga que va a superar los 400 mil millones de pesos, yo creo que eso le va a dar un alivio, un respiro que es necesariamente transitorio a muchas de las instituciones prestadoras de salud, pero hemos trabajado con un acuerdo que propiciamos al interior de la Comisión Séptima, en un Proyecto que yo creo que es importante, que avanza en ese saneamiento fiscal, que nos permite por ejemplo en Antioquia, decir qué va a pasar con las deudas que dejó Confenalco Antioquia con la Red Prestadora, que nos permite traer recursos de las Entidades Territoriales, de Rentas cedidas, de regalías, que nos permite recuperar 250 mil millones de pesos de aportes patronales para el sistema, que le da instrumentos para el saneamiento fiscal a la Red Pública Hospitalaria, queremos incluso

hacer algunas correcciones, en el tema de aportes patronales, en el tema de lo que yo llamé el ajuste fiscal a machetazos, doctor Jaime, ahí ese artículo de la 1508, que yo creo que tenemos que repensar y hay unas proposiciones que podríamos utilizar ese contexto de este proyecto financiero para hacerlo.

Eso lo necesita el país y esto yo creo que hay un sentido de oportunidad de hacerlo rápido y yo quiero como Ministro, plantear la inquietud de que la discusión de ese Proyecto se ha dilatado más de la cuenta en el seno de la Comisión Séptima, entonces yo quiero expresar de manera respetuosa por supuesto, este es un proyecto de iniciativa legislativa, pero es un proyecto que el Gobierno respalda y respalda con vehemencia, porque lo digo de manera sincera, le estamos quedando mal al país, porque hicimos una declaración conjunta, ahí estuvo dijéramos el Presidente Uribe, planteamos que había un acuerdo de fondo para avanzar en estos temas y esta discusión se ha dilatado más de la cuenta y, repito, aquí hay un sentido de oportunidad, estas son normas que el país necesita, que está reclamando, que nosotros en las diferentes instancias hemos prometido en un buen sentido y yo creo que el país no entendería que existiendo un acuerdo entre el Gobierno y buena parte de la Comisión Séptima, nosotros no aboquemos la discusión de este proyecto, entonces yo quiero hacer ese llamado respetuoso a la Comisión, que nos pongamos a trabajar y que cuenten con el apoyo decidido del Gobierno y yo creo que podemos mandarle un mensaje de unidad y de grandeza al país. Muchas gracias a todos.

**Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá:**

Me ha solicitado la palabra el Senador Iván Ospina, tiene cinco (5) minutos.

**Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez:**

Bueno, buenas tardes a todos y a todas. Básico, lo singular y lo universal, para una persona enferma, para una persona que demanda la mayor y más importante esmerada atención en salud, ella es todo y por tanto ella es el universo, para los economistas el tema universal niega estas circunstancias individuales, estas circunstancias diferenciadas, singulares y que demandan la mayor de las atenciones, si hay una contradicción que resolver en términos de nuestro modelo, es cómo conciliamos lo singular y lo universal y si no resolvemos esa contradicción entre lo singular y lo universal, vamos a seguir teniendo problemas. Segunda consideración, hace referencia de lo simple a lo complejo, claramente hoy tenemos unas tecnologías que nos posibilitan superar grandes complejidades en términos de salud y hoy en muchas de las instituciones hospitalarias públicas y privadas que existen en todo el territorio nacional, hay tecnología de punta que nos posibilita resolver grandes complejidades en materia de salud, sin embargo, mucho de lo simple no ha sido resuelto y en la medida en que mucho de lo simple no ha sido resuelto, se nos va a convertir entonces en temas de gravedad y complejidad; otra categoría dialéctica no resuelta en el maremágnum de circunstancias de salud por el cual nosotros atravesamos, es así de sencillo, para tratar a un paciente con diarrea se utilizan sales de rehidratación oral que valen a 1.5 dólar el sobre, nadie debiese morir por diarrea, pero aún mueren niños por diarrea en nuestro país, de tal forma que lo simple no se resuelve y estamos en la solución de complejidades, resolver esa categoría dialéctica es otro de los retos que tenemos que afrontar. Tres, estamos frente a una situación de una negación de la negación, hemos avanzado sin duda en nuestro modelo de

salud, pasamos de tener coberturas del 14.5% en los 90, a tener coberturas del 95.5% hacia el año 2013, hemos entonces avanzado en términos de cobertura y somos quizás uno de los países que más ha avanzado en términos de cobertura y que más gastos en salud adelantan en términos de Latinoamérica, pero el hecho de que tengamos tal nivel de gasto en salud, nos está colocando en otras circunstancias, es en un nuevo hecho a resolver y es dialéctico en la medida en que hemos avanzado, pero nos enfrentamos a nuevos retos y en la negación de la negación existe que bajo la transición demográfica por la cual estamos adelantando, que aumentamos nuestra esperanza de vida al nacer, cambiamos nuestra pirámide poblacional, es cada vez menos ancha en su base y más personas están en edad madura, por tanto mayor demanda de servicios de salud vamos a tener y por tanto mayor cantidad de personas debemos atender, eso no significa que bajo el actual modelo vamos a duplicar la participación en el Producto Interno Bruto en un período muy corto de tiempo y no vamos a poder solventar esos gastos de salud.

En términos dialécticos hablando estamos en el momento de rediseñar totalmente nuestro sistema y estamos en el momento de romper el esquema, porque el esquema que hoy tenemos es un esquema que no va a poder ser satisfecho a plenitud como lo demandan nuestros usuarios y nuestra gente. Todas las medidas así nos lo definen y todos los días estamos buscando nuevos recursos, solamente para paliar la crisis, una nueva norma más que nos posibilita orientar recursos a los hospitales o a las clínicas de rentas cedidas, quizás colocar nuevos tributos, pero ahí no está la respuesta ni está la solución, está en pensar dialécticamente y entender que estamos en el momento de la negación de la negación, a partir de lo desarrollado, necesitamos romper el esquema, posible solamente si somos realmente atrevidos.

Pero, además, nos encontramos frente a otra situación que me parece a mí clave participarles, la realidad y la posibilidad, la realidad es lo que objetivamente ocurre, independientemente de nuestro pensamiento, la realidad es que hemos venido bajando sustancialmente las muertes violentas, la morbilidad violenta y por tanto comienzan a ser protagónicos en nuestro perfil epidemiológico las enfermedades de carácter cardiovascular, las enfermedades cancerígenas u otro tipo de enfermedades, para lo cual hoy la realidad nos dice que tenemos ciertas tecnologías que posibilitarían intervenir esas complejidades médicas. No hay un desarrollo más bello en la medicina moderna que la terapia endovascular por ejemplo, tenemos hoy nuevas posibilidades para poder intervenir los diferentes tipos de cáncer en la medida en que podemos diagnosticar oportunamente, pero la posibilidad es la que no estamos viendo y la posibilidad es cómo nosotros intervenimos esa realidad para poder efectivamente ser exitosos en nuestras posibilidades tecnológicas y lo que hoy tenemos en el país es una hipertrofia de las redes de servicios no planificadas, no calculadas, no funcionando en red, porque nos metemos entonces en otra ley económica, una ley de oferta y mercado, si tenemos tal cantidad de afiliados 95% de afiliados, por qué no tener mercado para proveer a esa cantidad de afiliados, por qué no tener entonces una oferta tecnológica para ello y eso nos significó nuevas instituciones en Colombia, unas nuevas instituciones con cargo a IPS, con cargo a EPS, con cargo a entidades que adelantan auditorías y control, no es malo que tengamos esa institucionalidad presente,

lo que no debemos de perder, es que si caemos en la tentación de no entender esta ley en ley económica de oferta y demanda nos vamos a romper en el futuro inmediato, por eso aumentaron en 400 y 500% la base instalada en ciudades como Cali, Medellín y Bogotá, de Clínicas y Hospitales, bajo el supuesto mercado que daría la cobertura en salud, pero veo eso va a ser agua en la medida en que no va a haber poder humano, ni sector económico que pueda satisfacer y cubrir las necesidades o los recursos de esta población.

Pero además, hay un tema que a mí me parece fundamental desarrollar y tiene que ver con el tema de la tasa de fecundidad y de la manera como nuestros indicadores médicos están cambiando, les voy a dar un dato, la tasa general de fecundidad de nuestro país, está reduciéndose y se está reduciendo y en algunos departamentos y ciudades como Bogotá, el Valle o Antioquia, está por debajo de 2.25, si no avizoramos ya, que la composición demográfica de este país nos va a meter en grandes retos, nosotros no vamos a ser capaces de resolver las problemáticas que tenemos en el Sistema de Salud y observen, no estoy haciendo referencia a lo que nos ha dicho la Corte, tampoco estoy haciendo referencia a los elementos por todos conocidos entre prestadores o aseguradores, estoy tratando de leer la situación desde una posición distinta para ver si le encontramos respuestas.

Quiero cerrar diciéndoles lo siguiente: nuestro modelo de salud es un modelo de salud interesante, con altas coberturas, con gran gasto público, pero no es un modelo de salud que haya construido capital social, no hay detrás del Régimen Subsidiado en Salud, construcción de colectivos, construcción de asociaciones, construcción de solidaridad, construcción de autocuidado, construcción de autoprotección, no lo hay, pero tampoco lo hay en el Régimen Contributivo y por tanto dejamos pasar una muy bella oportunidad para constituir capital social a partir de tener a tal cantidad de colombianos afiliados a uno u otro sistema. Uno no puede tener a tal cantidad de colombianos asociados a uno u otro sistema, solamente con su calidad de pago o en su calidad de demandante de servicios, lo tiene que tener asociado en términos de construir colectivos, porque en la medida en que construimos colectivos somos capaces de recuperar los elementos fundamentales de la salud pública, la intersectorialidad de la que hablaba el Ministro, la participación ciudadana de la que hablaba el Ministro, la incorporación de nuevas tecnologías sociales, es lo que nos podría permitir intervenir los determinantes de salud hoy existentes y lo hemos relegado y no lo estamos aprovechando, que sea esta una oportunidad para entender que con tal cantidad de gente asociada no es solamente bueno conocerle cuánto de capacidad de pago tiene, cuáles son sus estados financieros o llamarlo para cobrarle, es importante tenerlo como un sujeto activo dentro de una sociedad y ese es una de las grandes dificultades que nosotros identificamos. Señor Ministro, de verdad el reto, el reto inmediato, el reto indelegable, el reto impostergable, el reto que le va a agradecer la sociedad colombiana es atrevernos a rediseñar el sistema, atrevernos a rediseñar el sistema, porque el sistema tarde o temprano va a colapsar, va a colapsar, porque las presiones que vamos a tener en términos de demandas de servicio con las presiones de la tecnología, con la estructura hoy existente, va a significarle una capacidad de deuda demasiado grande al Estado que no va a poder resolver y por eso nosotros tenemos que repensarnos el modelo, todo lo que yo he leído y lo que he escuchado hoy, es en la misma

tendencia de modelo, hoy llegó el momento entonces de la negación de la negación, entender que hemos crecido, pero atrevemos a rediseñar un modelo distinto. Muchísimas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Honorables miembros de la Comisión, quiero darles las gracias a todos los intervinientes, a todos los invitados, señor Ministro, señor Secretario dé lectura para el día miércoles a las nueve y media (9:30 a. m.) de la mañana, vamos a empezar el estudio de siete (7) proyectos, el octavo va a ser el de salud que lo vamos a empezar a estudiar ese día y lo terminamos en Barranquilla como quedamos con el señor Ministro, entonces, señor Secretario anuncie los proyectos.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Por autorización del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza, se anuncian de conformidad con el artículo 8° inciso último del artículo 160 de la Constitución Política, para discusión y votación en próxima Sesión que ha sido convocada para el miércoles tres (3) de diciembre a las nueve y treinta (09:30 a. m.) de la mañana, los siguientes proyectos de ley:

**Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado, por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.** Acumulado con el **Proyecto de ley número 41 de 2014 Senado, por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones.**

**Proyecto de ley número 12 de 2014 Senado, por la cual se dictan normas para suprimir y prohibir la contratación laboral, mediante cooperativas de trabajo asociado y demás formas de tercerización laboral.**

**Proyecto de ley número 62 de 2014 Senado, por medio de la cual se implementan medidas de estabilidad reforzada para personas que tengan a su cargo el cuidado y/o manutención de personas en condición de discapacidad.**

**Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado, por la cual se reforma el término de prescripción de acciones de los derechos laborales y se dictan otras disposiciones.**

**Proyecto de ley número 57 de 2014 Senado, 70 de 2013 Cámara, por medio de la cual se reglamenta la naturaleza y la destinación de las propinas.**

**Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado, por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como hospitales y clínicas”** acumulado con el **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.**

**Proyecto de ley número 54 de 2014 Senado, por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinsan), se crea la agencia nacional de seguridad alimentaria, y se establecen otras disposiciones.**

**Proyecto de ley número 107 de 2014 Senado, por medio de la cual se establece el derecho a vacaciones al Presidente de la República de Colombia”.**

Quedan así anunciados para discusión y votación en la próxima Sesión que el señor Presidente ha convocado para el miércoles tres (3) de diciembre a las diez (10:00 a. m.) de la mañana.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Honorables Senadores, vamos a llegar puntuales el miércoles para evacuar una agenda que tenemos de ocho (8) Proyectos para ese día, Senador Honorio procure llegar temprano por favor. Se levanta la comisión y se convoca para el miércoles a las diez (10:00 a. m.)

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

La Comisión Séptima del Senado de la República agradece a todas las personas que aceptaron la invitación para llevar a cabo esta Audiencia Pública, sobre los efectos y alcances fiscales de la Sentencia C-313 de 2014, sobre ley estatutaria de la Salud, muchas gracias a todos y muy buenas tardes.

H. S. EDUARDO ENRIQUE PULGAR DAZA  
PRESIDENTE  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

H. S. LUIS EVELIS ANDRADE CASAMÁ  
VICEPRESIDENTE  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
SECRETARIO GENERAL  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO



La Secretaría deja constancia que a esta Audiencia Pública, sobre los Efectos Fiscales de la Sentencia C-313 de 2014 sobre la Ley Estatutaria de la Salud, fueron citados e invitados los siguientes altos funcionarios.

**CITADOS:**

No.	NOMBRES DE FUNCIONARIOS	CARGOS	ASISTIÓ
01	Doctor MAURICIO CÁRDENAS SANTAMARÍA	MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO	<b>NO</b> ENVIÓ EXCUSA Y DELEGÓ AL DOCTOR JAIME EDUARDO CARDONA RIVADENEIRA (DIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN ECONÓMICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL) DOCTORA MARÍA CRISTINA MULLER S, QUIENES ESTUVIERON PRESENTES
02	Doctor ALEJANDRO GAVIRIA URIBE	MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	<b>SÍ</b> ASISTIERON TAMBIÉN: HEMIRO RUIZ S. CARMEN E. DÁVILA

**INVITADOS:**

No.	NOMBRES DE FUNCIONARIOS	CARGOS	ASISTIÓ
01	Doctor EDGARDO MAYA VILLAZÓN	CONTRALOR GENERAL DE LA NACIÓN	<b>NO</b> ENVIÓ EXCUSA Y DELEGÓ A: DOCTORA DIANA DEL PILAR LEIVA BISBICUTH (DIRECTORA DE ESTUDIOS SECTORIALES DE LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA EL SECTOR SOCIAL), QUIEN SI SE HIZO PRESENTE

No.	NOMBRES DE FUNCIONARIOS	CARGOS	ASISTIÓ
02	Doctor ALEJANDRO RODRÍGUEZ MALDONADO	PROCURADOR GENERAL DE LA NACIÓN	NO ENVIÓ EXCUSA Y NO DELEGÓ
03	Doctor. JORGE ARMANDO OTÁLORA GÓMEZ	DEFENSOR DEL PUEBLO	NO ASISTIÓ EL DOCTOR MANUEL SÁNCHEZ (VICEDEFENSOR ENCARGADO DE LA DEFENSORÍA)
04	Doctor JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA	DIRECTOR DE LA ACHC	SÍ
05	Doctora OLGA LUCÍA ZULUAGA	DIRECTORA DE ACESI	NO DELEGÓ EN EL DOCTOR LUIS ALBERTO MARTÍNEZ, QUIEN SE HIZO PRESENTE
06	Doctora ELISA CAROLINA TORRENEGRA	DIRECTORA EJECUTIVA GESTARSALUD	SÍ TAMBIÉN ASISTIERON: KATERINE CABRERA DONADO, PATRICIA GUZMÁN Y ARLETH MERCADO
07	Doctor JAIME CALDERÓN HERRERA	PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS (ACSC)	NO ENVIÓ EXCUSA Y DELEGÓ AL DOCTOR CÉSAR A. BURGOS, DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN, QUIEN SÍ ESTUVO PRESENTE
08	Doctor JUAN MENDOZA VEGA	PRESIDENTE ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM)	SÍ
09	Doctor JAIME ARIAS RAMÍREZ	PRESIDENTE ACEMI	SÍ
10	Doctor SERGIO ISAZA VILLA	PRESIDENTE FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA	SÍ
11	Doctor NÉSTOR ÁLVAREZ	ASOCIACIÓN DE PACIENTES DE ALTO COSTO	SÍ
12	Doctora MARÍA TERESA GAITÁN	PRESIDENTA AMESE - ASOCIACIÓN DE PACIENTES	
13	Doctora ALICIA TAFUR	ASOCIACIÓN DE USUARIOS CANCEROLOGÍA ASOCIACIÓN DE PACIENTES	
14	Doctora JOSEFINA BERNAT DE HURTADO	PRESIDENTE NACIONAL DE FUNDARE FUNDACIÓN COLOMBIANA DE APOYO AL REUMÁTICO - ASOCIACIÓN DE PACIENTES	
15	Doctora LUZ VICTORIA SALAZAR	PRESIDENTE ACOPEL (ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE DEPÓSITOS LISOSOMÁTICOS) (HUÉRFANAS Y RARAS)	NO SE HICIERON PRESENTES: DOCTORA ÁNGELA CHÁVEZ Y YULI RAMÍREZ SAAVEDRA (FEDERACIÓN NACIONAL ENFERMEDADES RARAS)
16	Doctora DENIS SILVA	COLOMBIA SALUDABLE	
17	Doctora MARTHA HERRERA OLAYA	PACIENTES COLOMBIA	NO
18	Doctor JOSÉ VICENTE VILLAMIL	VEEDOR NACIONAL DE SALUD	SÍ
19	Doctor JOSÉ PEÑA PATARROYO	ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR	SÍ

**OTROS ASISTENTES**

No.	NOMBRES DE FUNCIONARIOS	CARGOS	ASISTIÓ
01	Señor WILLIAN MANRIQUE H.	PROFESOR UTRADEL - CGT	SÍ
02	Doctora LAURA RAMÍREZ	SECRETARIA DE SALUD, DIRECTORA SERVICIO A LA CIUDADANÍA.	SÍ
03	Doctora NANCY WILCHES	C.T.C	SÍ
04	Doctora CAROLINA RODRÍGUEZ	C.T.C	SÍ
05	Doctor CARLOS E. JURADO	DIRECTOR CÁMARA SALUD AUDY	SÍ
06	Señora CAROLAY MORALES	PERIODISTA RCN RADIO	SÍ
07	Doctor JOSÉ PEÑA PATARROYO	ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR	SÍ
08	Doctora ADRIANA M. GARZÓN	FUNDACIÓN SIMMON	SÍ
09	Doctora LAURA COLMENARES	REPRESENTACIÓN DE COMISIÓN SEXTA DE CÁMARA	SÍ
10	Señora NATALIA PÉREZ MOLINA	REVISTA OPINIÓN Y SALUD	SÍ

**Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República-** Bogotá, D. C., a los tres (3) días del mes de febrero del año dos mil quince (2015).- Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del **Acta número 22 de fecha miércoles veintiséis (26) de noviembre de dos mil catorce (2014)**, correspondiente a la **Vigésima Segunda Sesión** de la Legislatura 2014-2015.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

\*\*\*

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA ACTA NÚMERO 23 DE 2014**

(diciembre 3)

Legislatura 2014-2015

**Consideración y aprobación de Actas números 20 (19-nov.-14) y 21 (25-nov.-14). Consideración, discusión y votación en primer debate Senado, a los Proyectos de leyes: pl 54/2014 Sen.; pl 71/2014 Sen.; pl 32/2014 Sen.- acumulado pl 41/2014 Sen.; pl 12/2014 Sen.; pl 24/2014 Sen.-acumulado pl 77/2014 Sen.; pl 57/2014 Sen.; pl 107/2014 Sen.**

Siendo las once y diez de la mañana (11:10 a. m.), del día miércoles tres (3) de diciembre de dos mil catorce (2014), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, el honorable Senador *Luis Évelis Andrade Casamá*, en su calidad de Vicepresidente y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara*, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

**ORDEN DEL DÍA****Miércoles 3 de diciembre de 2014****Acta número 23****Sesión ordinaria de la legislatura 2014-2015****Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República**

Fecha: Miércoles 3 de diciembre de 2014

Hora: 10:00 a. m.

**Lugar:** Recinto de sesiones de la **Comisión Séptima del Senado** - piso 3. Edificio nuevo del Congreso.

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (**honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza - Presidente y honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá - Vicepresidente**), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del **miércoles 3 de diciembre de 2014**, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, será el siguiente:

**I****Llamado a lista y verificación del quórum.****II****Informes de la Mesa Directiva.****III**

**Consideración y Aprobación de Actas números 20** (del miércoles 19 de noviembre de 2014) y **21** (martes 25 de noviembre de 2014). Se enviará texto digital de las respectivas actas, con cuadro de asistencias. Las observaciones que se formulen a dichas actas, si las hubieren, se presentarán por escrito ante la Secretaría de la Comisión y se insertarán en el Acta número 23 (del miércoles 3 de diciembre de 2014), según el inciso cuarto del artículo 35 del Reglamento Interno del Congreso.

**IV**

**Consideración, discusión y votación en primer debate Senado, a los proyectos de leyes anunciados** (artículo 8° del Acto Legislativo 01 de 2003) **en la sesión del miércoles 26 de noviembre de dos mil catorce (2014), según consta en el Acta número 22 de esa fecha, así:**

**4.1. Proyecto de ley número 54 de 2014 Senado, por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinsan), se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria, y se establecen otras disposiciones.**

**Iniciativa:** honorable Senadora Sofía Gaviria Correa. Bancada Partido Liberal

<b>Radicado en Senado:</b> 05-08-2014	<b>Radicado en Comisión:</b> 13-08-2014
---------------------------------------	---

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	Pon1d se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon 1d ca	Pon2d ca	Tex pl ca
42 Art. <u>400/2014</u>	42 Art. <u>XXX/2014</u>						

HONORABLES SENADORES PONENTES (26-08-2014) (11-11-2014)	ASIGNADO(A)	PARTIDO
SOFÍA GAVIRIA CORREA	Coordinadora	Liberal
CARLOS ENRIQUE SOTO JARAMILLO	Coordinador	PARTIDO DE LA "U"
JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR	Ponente	Polo Democrático

**PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 21-11-2014 (HONORABLE SENADORA GAVIRIA)****ANUNCIOS**

Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.

**Informe de ponencia para Primer Debate Senado:**

Reproducción mecánica (**vía e-mail**), autorizada por el señor Presidente de la Comisión, conforme al inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, sin detrimento de su posterior publicación en la *Gaceta del Congreso* (artículo 2° de la Ley 1431 de 2011).

**4.2. Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado, por la cual se reforma el término de prescripción de acciones de los derechos laborales y se dictan otras disposiciones.**

**Iniciativa:** honorable Senador Musa Besaile Fayad

<b>Radicado en Senado:</b> 20-08-2014	<b>Radicado en Comisión:</b> 26-08-2014
---------------------------------------	---

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	Pon1d se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon 1d ca	Pon2d ca	Tex pl ca
04 Art. <u>433/2014</u>	04 Art. <u>630/2014</u>						

HONORABLE SENADOR PONENTE (28-08-2014)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	Ponente Único	Opción Ciudadana

**COMENTARIOS ANDI**

**FECHA:** 28-10-2014 **GAC:** 666/2014

**LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 16-10-2014****ANUNCIOS**

Martes 21 de octubre de 2014, Según Acta número 14. Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16. Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17. Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18. Martes 18 de noviembre de 2014 según Acta número 19. Miércoles 19 de noviembre de 2014, según Acta número 20. Martes 25 de noviembre de 2014, según Acta número 21. Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.

**4.3. Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado, por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios. Acumulado con el Proyecto de ley número 41 de 2014 Senado: por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones.**

**Iniciativa:** honorables Senadores: *Jimmy Chamorro Cruz, Maritza Martínez, Carlos Soto, Manuel Enríquez, Mauricio Lizcano, Milton Rodríguez.*

**Iniciativa:** honorable Senador *Mauricio Aguilar Hurtado*, honorable Representante *María Eugenia Triana Vargas*

<b>Radicado en Senado:</b> 30-07-2014	<b>Radicado en Comisión:</b> 06-08-2014
---------------------------------------	---

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	Pon1d se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon 1d ca	Pon2d ca	Tex pl ca
07, 03 Art. <u>393/2014</u> <u>396/2014</u>	07 Art. <u>519/2014</u>						

HONORABLES SENADORES PONENTES (26-08-2014)	ASIGNADO(A)	PARTIDO
CARLOS ENRIQUE SOTO JARAMILLO	Coordinador	Partido de la "U"
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	Ponente	Opción Ciudadana

**COMENTARIOS ANDI**

**FECHA:** 08-10-2014 **GAC:** 606/2014

**NUEVO CONCEPTO MINISTERIO DE HACIENDA**  
**FECHA: 21-10-2014 GAC: 661/2014**  
**LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 17-09-2014**

ANUNCIOS
Martes 23 de septiembre de 2014, según Acta número 11.
Martes 30 de septiembre de 2014, según Acta número 13.
Martes 21 de octubre de 2014, según Acta número 14.
Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16.
Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17.
Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18.
Martes 18 de noviembre de 2014, según Acta número 19.
Miércoles 19 de noviembre de 2014, según Acta número 20.
Martes 25 de noviembre de 2014, según Acta número 21.
Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.

**4.4. Proyecto de ley número 12 de 2014 Senado:** por la cual se dictan normas para suprimir y prohibir la contratación laboral, mediante cooperativas de trabajo asociado y demás formas de tercerización laboral.

**Iniciativa:** honorable Senador: *Alexander López Maya.*

<b>Radicado en Senado:</b> 20-07-2014	<b>Radicado en Comisión:</b> 30-07-2014
---------------------------------------	---

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	PonId se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon Id ca	Pon2d ca	Tex pl ca
06 Art. 372/2014	06 Art. 606/2014						

HONORABLE SENADORES PONENTES (26-08-2014)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	Coordinador	Opción Ciudadana
LUIS ÉVELIS ANDRADE CASAMÁ	Ponente	Movimiento Alternativo Indígena Social (MAIS)
JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR	Ponente	Polo Democrático

**COMENTARIOS ANDI**  
**FECHA: 28-10-2014 GAC: 666/2014**

**COMENTARIOS ORGANIZACIONES SOLIDARIAS**  
**FECHA: 11-11-2014 GAC: 710/2014**

**COMENTARIOS CONFEDERACIÓN COLOMBIANA DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO**  
**FECHA: 11-11-2014 GAC: 710/2014**

**COMENTARIOS MINHACIENDA**  
**FECHA: 24-11-2014 (Repartido vía e-mail: Nov 27/2014). GAC: 759/2014**

**PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 07-10-2014**

ANUNCIOS
Martes 21 de octubre de 2014, según Acta número 14.
Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16.
Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17.
Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18.
Martes 18 de noviembre de 2014 según Acta número 19.
Miércoles 19 de noviembre de 2014, según Acta número 20.
Martes 25 de noviembre de 2014, según Acta número 21.
Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.

**4.5. Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado,** por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(IPS), como hospitales y clínicas” Acumulado con el Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado: por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

**Iniciativa:** honorables Senadores: *María del Rosario Guerra, Alfredo Ramos Maya, Honorio Henríquez, Ernesto Macías.*

**Iniciativa:** honorables Senadores: *Antonio José Correa Jiménez, Édinson Delgado Ruiz, Sofía Gaviria Correa, Nadia Georgette Blé Scaff, Eduardo Enrique Pulgar Daza, Luis Évelis Andrade Casamá.*

<b>Radicado en Senado:</b> 21-07-2014	<b>Radicado en Comisión:</b> 30-07-2014
---------------------------------------	---

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	PonId se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon Id ca	Pon2d ca	Tex pl ca
374/2014 444/2014	24 Art. 720/2014						

HONORABLES SENADORES PONENTES (09-09-2014) (16-09-2014)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
EDUARDO ENRIQUE PULGAR DAZA	COORDINADOR	Partido de la "U"
ÁLVARO URIBE VÉLEZ	Ponente	Centro Democrático
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	Ponente	Opción Ciudadana
HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO	Ponente Adicionado	CENTRO DEMOCRÁTICO

**COMENTARIOS DE ACEMI**  
**FECHA: 24-10-2014 (Enviados vía e-mail: nov. 25 y nov. 27/2014) - GAC: xxx**

**LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 04-11-2014**

ANUNCIOS
Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16.
Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17.
Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18.
Martes 18 de noviembre de 2014 según Acta número 19.
Martes 25 de noviembre de 2014, según Acta número 21.
Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.

**4.6. Proyecto de ley número 57 de 2014 Senado, 70 de 2013 Cámara,** por medio de la cual se reglamenta la naturaleza y la destinación de las propinas.

**Iniciativa:** honorable Representante *Efraín Antonio Torres Monsalvo.*

**Radicado:** En Cámara: 21-08-2013 en Senado: 08-08-2014 en Comisión: 14-08-2014

**Publicaciones - Gacetas**

Textorig	PonId cá	Texco cá	Pon2d cá	Tex ple cá	Pon Id se	Tex com se	Pon2d se	Tex pl se
07 Art. 638/2013	07 Art. 835/2013	07 Art. 011/2014	07 Art. 011/2014	07 Art. 411/2014	08 Art. 666/2014			

**CONCEPTO RADICADO EN CÁMARA MINISTERIO DE HACIENDA**  
**FECHA: 25-03-2014 Radicado número UJ - 0477/14 GAC: 110/2014**

**CONCEPTO RADICADO EN CÁMARA MINISTERIO DEL TRABAJO**  
**FECHA: 23-05-2014 Radicado número 83140 0833 GAC: 423/2014**

**CONCEPTO DEL MINHACIENDA RADICADO EN SENADO**  
**FECHA: 18-11-2014 (Repartido vía e-mail). GAC: 720/2014**

HONORABLE SENADOR PONENTE (26-08-2014)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
EDUARDO ENRIQUE PULGAR DAZA	Ponente Único	Partido de la "U"

### LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 28-10-2014

ANUNCIOS							
Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16. Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17. Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18. Martes 18 de noviembre de 2014 según Acta número 19. Miércoles 19 de noviembre de 2014, según Acta número 20. Martes 25 de noviembre de 2014 según Acta número 21. Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.							

4.7. **Proyecto de ley número 107 de 2014 Senado:** por medio de la cual se establece el derecho a vacaciones al Presidente de la República de Colombia.

**Iniciativa:** honorable Senador: *Efraín Cepeda Sarabia*

Radicado en Senado: 15-10-2014	Radicado en Comisión: 22-10-2014
--------------------------------	----------------------------------

#### Publicaciones - Gacetas

Textorig	PonId se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon Id ca	Pon2d ca	Tex pl ca
12 Art. 631/2014	12 Art. 759/2014						

HONORABLE SENADORA PONENTE (22-10-2014)	ASIGNADO(A)	PARTIDO
YAMINA DEL CARMEN PESTANA ROJAS	Ponente Único	Conservador

### LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 25-11-2014

ANUNCIOS							
Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.							

4.8. **Proyecto de ley número 62 de 2014 Senado,** por medio de la cual se implementan medidas de estabilidad reforzada para personas que tengan a su cargo el cuidado y/o manutención de personas en condición de discapacidad.

**Iniciativa:** honorables Senadores *Myriam Paredes Aguirre, Nora María García Burgos, Olga Lucía Suárez Mira, Nidia Marcela Osorio, Nadia Blel Scaff, Yamina Pestana Rojas*. Honorables Representantes: *Aída Merlano Rebolledo, Inés López Flores, Liliana Benavides Solarte, Lina María Barrera Rueda*. (Bancada Conservadora de Mujeres)

Radicado en Senado: 12-08-2014	Radicado en Comisión: 26-08-2014
--------------------------------	----------------------------------

#### Publicaciones - Gacetas

Textorig	PonId se	Tex com	Pon2d se	Tex ple sen	Pon Id ca	Pon2d ca	Tex pl ca
05 Art. 421/2014 432/2014	05 Art. 606/2014						

HONORABLE SENADORA PONENTE (10-09-2014)	ASIGNADO(A)	PARTIDO
NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF	Ponente	Conservador

#### COMENTARIOS ANDI

**FECHA:** 28-10-2014 **GAC:** 666/2014

#### CONCEPTO DEL MINSALUD

**FECHA:** 27-11-2014 (Repartido vía e-mail: 27-XI-2014) **GAC:** XXX/2014

### LLEGA PONENCIA POSITIVA EN PRIMER DEBATE EL 08-10-2014

ANUNCIOS							
Martes 21 de octubre de 2014, según Acta número 14. Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16. Martes 11 de noviembre de 2014, según Acta número 17. Miércoles 12 de noviembre de 2014, según Acta número 18. Martes 18 de noviembre de 2014, según Acta número 19. Miércoles 19 de noviembre de 2014, según Acta número 20. Martes 25 de noviembre de 2014, según Acta número 21. Miércoles 26 de noviembre de 2014, según Acta número 22.							

V

**Anuncio de discusión y votación de proyectos para primer debate en Comisión Séptima del Senado, en próxima sesión que fije la mesa directiva.**

VI

**Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores.**

El Secretario General, Comisión Séptima del honorable Senado de la República

*Jesús María España Vergara.*

Esta sesión contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:

**Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:**

Andrade Casamá Luis Évelis  
Blel Scaff Nadia  
Castañeda Serrano Orlando  
Correa Jiménez Antonio José  
Gaviria Correa Sofía  
Henríquez Pinedo Honorio Miguel  
Ospina Gómez Jorge Iván  
Pulgar Daza Eduardo Enrique  
Soto Carlos Enrique  
Uribe Vélez Álvaro.

**En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:**

Castilla Salazar Jesús Alberto  
Delgado Ruiz Édinson  
Delgado Martínez Mauricio  
Pestana Rojas Yamina del Carmen.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con quórum decisorio. A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente sesión ordinaria, Legislatura 2014-2015, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Siendo las once y diez (11:10 a. m.) de la mañana del miércoles tres (3) de diciembre de 2014, por autorización del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, se procede por la Secretaría de la Comisión llamar a lista:

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	Presente
Honorable Senadora Blel Scaff Nadia Georgette	Presente
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	Presente
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	Presente
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	Presente
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	Presente
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	Presente
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	Presente
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	Presente
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	Presente

Diez (10) honorables Senadores y Senadoras contestaron el llamado a lista, señor Presidente, en consecuencia hay quórum decisorio para esta Sesión Ordinaria de la fecha.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario, lea el Orden del Día.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Orden del Día propuesto para la Sesión Ordinaria de hoy miércoles tres (3) de diciembre de 2014:

I

**Llamado a lista y verificación del quórum.**

II

**Informes de la Mesa Directiva.**

El punto 3 de consideración y aprobación de Actas números 20 y 21 se omite por cuanto la Secretaría no tuvo el tiempo suficiente para la revisión de dichas Actas.

III

**Consideración, discusión y votación en primer debate a los proyectos de leyes anunciados, conforme al artículo 8° del Acto Legislativo número 01 de 2003, en la sesión del miércoles 26 de noviembre de dos mil catorce (2014), según consta en el Acta número 22 de esa fecha, así:**

**3.1. Proyecto de ley número 54 de 2014 Senado:** Título, *por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinsan), se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria, y se establecen otras disposiciones.*

**3.2. Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado,** *por la cual se reforma el término de prescripción de acciones de los derechos laborales y se dictan otras disposiciones.*

**3.3. Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado,** *por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.* Acumulado con el **Proyecto de ley número 41 de 2014 Senado:** *por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones”.*

**3.4. Proyecto de ley número 12 de 2014 Senado,** *por la cual se dictan normas para suprimir y prohibir la contratación laboral, mediante cooperativas de trabajo asociado y demás formas de tercerización laboral.*

**3.5. Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado,** *por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como hospitales y clínicas”* Acumulado con el **Proyecto de ley 77 de 2014 Senado:** *por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

**3.6. Proyecto de ley número 57 de 2014 Senado, 70 de 2013 Cámara,** *por medio de la cual se reglamenta la naturaleza y la destinación de las propinas.*

**3.7. Proyecto de ley número 107 de 2014 Senado:** *por medio de la cual se establece el derecho a vacaciones al Presidente de la República de Colombia.*

IV

**Anuncio de discusión y votación de proyectos para primer debate en próxima sesión ordinaria de la Comisión Séptima.**

V

**Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores.**

Leído el Orden del Día propuesto para esta Sesión Ordinaria, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

En consideración el Orden del Día leído, ¿lo aprueba la Comisión? Tiene el uso de la palabra el Senador Antonio José Correa Jiménez.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Muchísimas gracias señor Presidente, antes de someter a consideración el Orden del Día, respetando que en el primer punto, y lo vamos a acompañar, el tema de Seguridad Alimentaria de la Senadora Sofía que continúe en el primer punto, el segundo punto un Proyecto del Partido de la U, que usted a bien representa en esta Comisión y nos gustaría señor Presidente y someterlo a consideración de la honorable Comisión Séptima, que el Proyecto de ley número 24 sea llevado a 4.3 en el Orden del Día.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

En consideración el Orden del Día con la modificación propuesta por el Senador Antonio José Correa, ¿lo aprueba la Comisión?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Por diez (10) votos presentes en el Recinto señor Presidente, ha sido aprobada la modificación al orden de los proyectos en el punto tercero.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Bueno, señor Secretario vamos a darle curso al Orden del Día, tenemos una agenda apretada, vamos a darle curso al primer proyecto del día de hoy.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

**3.1. Proyecto de ley número 54 de 2014 Senado:** Título, *por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinsan), se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria, y se establecen otras disposiciones”.* Proyecto de la iniciativa de la honorable Senadora Sofía Gaviria Correa, Bancada Partido Liberal. Radicado en Senado de la República el 5 de agosto de 2014. Radicado en Comisión 13 de agosto de 2014. Proyecto de cuarenta y dos (42) artículos. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 400 de 2014. Informe de ponencia para primer debate que consta de cuarenta y dos (42) artículos, Ponente primer debate de Senado honorable Senadora Sofía Gaviria Correa - Coordinadora; honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo, Coordinador; honorable Senador Jesús Alberto Castilla Salazar - Ponente.

El señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado autorizó al señor Secretario a la reproducción mecánica del Informe.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Soto.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Para hacer una precisión señor Secretario, usted que dice un amigo mío que no le sale adelante nadie. No señor, a mí me relevaron de la coordinación porque así lo solicitó la honorable Senadora Sofía y el señor Presidente así lo otorgó, entonces por favor para la precisión concreta y clarita, porque es que claro su señoría me dijo que yo también era Coordinador, no

aquí hay un Coordinador, la doctora Sofía quedó de Coordinadora y yo con el mayor respeto y gusto respeto la decisión del señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario continúe con la lectura.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

La Presidencia autorizó a la Secretaría la reproducción mecánica del Informe de ponencia como en efecto se hizo y con base en ello, señor Presidente, el proyecto puede ser debatido.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso la palabra la Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa.

**Honorable Senadora Sofía Gaviria Correa:**

Gracias Presidente, buenos días a todos. Nadie tiene más interés en este proyecto de ley que yo, que soy la Coordinadora y la Autora, pero para evitar proposiciones al proyecto, porque yo sé que todos los Senadores muy rigurosamente se lo estudiaron y saben que el proyecto crea una Agencia de Seguridad Alimentaria, hace una transformación al organigrama del Estado, llevo 3 meses, entonces necesitaba este proyecto como todos saben, un previo visto bueno del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda, llevo 3 meses esperando ese concepto. También el Ministerio de Salud que lo revisó y dio un concepto positivo, estoy esperando el concepto positivo por escrito, ya que me lo dio oralmente, pero necesito el concepto escrito, entonces en consideración a que necesito esos dos conceptos, que a pesar de que la ley podríamos seguir el transcurso, porque el silencio administrativo es un silencio positivo, yo considero que este proyecto es tan importante que el Gobierno asuma también el liderazgo y el impulso de este proyecto, que yo solicitaría a la Presidencia que si podemos aplazar para mañana, que yo espero que ya, que la semana pasada se comprometió el Ministerio de Hacienda a entregar el concepto positivo, que lo hagamos, hagamos el debate para mañana si les parece a los honorables Senadores y a la Mesa Directiva.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario, tome atenta nota, aplazamos el estudio del Proyecto, continúe con el Orden del Día, señor Secretario.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

**3.2. Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado:** Título, *por la cual se reforma el término de prescripción de acciones de los derechos laborales y se dictan otras disposiciones*. Proyecto Radicado ante el Senado de la República el 20 de agosto de 2014. Radicado en la Comisión Séptima del Senado, 26 de agosto 2014. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 433 de 2014, con cuatro (4) artículos. Informe de ponencia con cuatro (4) artículos. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 630 de 2014. Ponente Único honorable Senador Antonio José Correa Jiménez. Autor de la Iniciativa: Honorable Senador Musa Besaile Fayad.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Ponente Antonio José Correa Jiménez.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Muchísimas gracias señor Presidente. El Proyecto de ley número 71 de 2014 de la autoría del honorable

Senador Musa Besaile del Partido de la U, “por la cual se reforma el término de prescripción de acciones de los derechos laborales y se dictan otras disposiciones”. A bien como lo decía el señor Secretario de la Comisión, este proyecto está conformado por cuatro (4) artículos, incluyendo la vigencia, el artículo 1° modifica el artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo, en el sentido de modificar el término de prescripción de las prestaciones sociales y de las reclamaciones, aumenta el término. El objeto del proyecto de ley es modificar el término de prescripción de los derechos laborales contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo, actualmente el término está en 3 años y lo que pretende el Proyecto es ampliar el término a 10 años según el autor. Cómo quedó en la ponencia, en el cuadro modificatorio de la ponencia, es que no solamente, es que no se amplía a 10 años, sino que solamente se amplía en 2 años más, el nuevo término de prescripción de las acciones laborales será de 5 años, lo que propone el Ponente Único, este suscrito. El artículo 2° habla de la adición del párrafo 1° al artículo 489 del Código Sustantivo del Trabajo. Un artículo 3° que habla del artículo 151 del Código Procesal del Trabajo, en cuanto a la prescripción las sesiones que emane de la ley, contarán desde la respectiva obligación, se haya hecho exigible por el empleador según derecho o prestación debidamente por un lapso igual. En el artículo 4° la vigencia y la derogación del mismo.

Yo solicito señor Presidente a la honorable Comisión Séptima, sea pasado a un Segundo Debate, porque es un proyecto de ley que busca aumentar las garantías en las reclamaciones laborales que tienen los trabajadores colombianos.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Presidente Álvaro Uribe. Tiene el uso de la palabra el Senador Orlando Castañeda.

**Honorable Senador Orlando Castañeda Serrano:**

Muchísimas gracias Presidente, Senador Correa. Bueno, hay algunas observaciones, mi propuesta, considero que el término de prescripción no debe ampliarse a 10 años, ya que dicha medida no ayuda a descongestionar, sé que hablaste de los 5 Senador, ahora no ayuda a descongestionar los Despachos Judiciales, ni permite una mayor seguridad jurídica, porque tenemos que pensar en eso, para el trabajador, uno tiene que pensar mucho en el trabajador, por el contrario considero tal y como lo expresa la Corte Constitucional en su Sentencia C-198 de 1999, que la prescripción de corto plazo en estos eventos busca mayor prontitud en el ejercicio de la acción, dada la supremacía del Derecho Fundamental, el cual comporta la exigencia de acción y protección oportunas. Estaba viendo, algunos países que es el tiempo de prescripción y es como un paralelo lo que sucede con algunos países en los derechos laborales, por ejemplo Argentina 2 años, Paraguay 1 año, Chile 2 años, México 1 año y nosotros nos vamos para 5 años, sería alargarle más al trabajador su pena y es necesario pensar en esto antes de tomar una decisión, muchísimas gracias Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Álvaro Uribe Vélez.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Señor Presidente, mire, uno quisiera a todos los Proyectos que con tanto entusiasmo presentan y sustentan los colegas Senadores, decirles sí, pero

yo le tengo estas observaciones a este proyecto, uno de los pasos más importantes que ha dado la justicia colombiana es la oralidad, primero se introdujo en materia penal y después en materia laboral. Que le falta celeridad, es por un tema de logística de la justicia, pero se supone que la oralidad con toda la logística tiene que acelerar mucho, de hecho las confederaciones sindicales están diciendo que en los últimos años se han acelerado muchísimo las decisiones judiciales en materia laboral, porque además no se introdujo solamente el tema de la oralidad, sino que se abrevió el procedimiento, hoy tenemos más agilidad, con logística en la justicia esa agilidad inclusive puede ser muy, muy superior, entonces uno dice, qué relación tiene aumentar la prescripción con la agilidad en la justicia para atender las reclamaciones de los trabajadores, uno no lo ve, que tiene de... porque el período de ampliación de la prescripción preserva el derecho del trabajador, yo no creo, porque así la justicia llegare a demorarse, ustedes saben que con la presentación de la demanda por parte del trabajador, se interrumpe la prescripción, o sea que el trabajador puede accionar sus derechos y con eso se interrumpe la prescripción así haya demora en la administración de justicia que como ya lo dijimos desde lo que yo he podido investigar la administración de justicia laboral se ha agilizado bastante y yo sí creo que, ampliar plazos de incertidumbre no es bueno para el empleador, ni para el trabajador. Se le crea a la empresa incertidumbre ya no por 3 sino por 5 años y al trabajador también, se supone que hoy el país ha reforzado la inspección del trabajo, que lo que debe estar haciendo el Ministerio es creando una gran conciencia nacional sobre los derechos de los trabajadores, que toda empresa debe tener en el Reglamento de contrato de trabajo lo del término de prescripción, entonces uno le diría con el mayor respeto al Senador Correa, sí, sí se justifica, sí, si se le hace bien a los trabajadores colombianos, a la economía colombiana aumentar esta prescripción, lo digo muy respetuosamente y muy constructivamente señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Ponente doctor Antonio José Correa.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Recordemos que el artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo habla hoy de 3 años para la prescripción, no es aumentar a 5, aumentar 2 años más, el autor de la iniciativa considera que 10 años, 10 años se nos hace mucho por todas las razones que han expuesto. Consideramos que es de la real importancia y como ponentes nuestro deber es defender y obviamente criticar objetivamente y respetuosamente los proyectos que atentan contra el normal devenir de nuestra República de Colombia. Desde un punto de vista laboral se convierte en sabemos que la única prescripción que no está es la de pensiones, el sueldo, las vacaciones, las cesantías, todos tienen unos términos de prescripciones, lo que buscamos es ampliar ese término para ser garantista con ese trabajador, yo respeto mucho las Proposiciones del Senador Castañeda y del honorable Senador Álvaro Uribe y señor Presidente, someta usted a consideración, aquí la democracia es la que vale, como en todo Estado republicano y demócrata como es nuestro país, la democracia es que esto aquí es con votos, para que prevalezcan las ideas. Muchísimas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Honorio Miguel Henríquez.

**Honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:**

Gracias Presidente, Senador Correa, mire, mucho menos no se trata de persuadirlo, la democracia definirá aquí, pero lo que se busca con el proyecto es siempre provisionar el derecho de los trabajadores, cierto Senador. Yo considero que están adecuados los 3 años que hoy presenta la norma, hemos visto, el Senador Castañeda nos ha hecho un comparativo a nivel internacional, lo que se busca es que no sea ni tan corta, ni tan extensa esa prescripción y que nos lleve como lo decía al principio, a la garantía de priorizar el reconocimiento de los derechos del trabajador. Ahora, usted propone 2 años más, o el autor, no sé si con esos 2 años, quería 10 usted propone 5, no sé si con esos 2 años cuál sea la garantía de fondo que se le dé, cuando con un término prudencial que hoy está en 3 años, que estamos por encima de muchos países de los citados, en promedio se habla en 2 y 1 año, la mayoría de los países vecinos, entonces ahí yo creo que 3 años estamos muy por encima de la media del promedio latinoamericano, está ajustado a la garantía de los trabajadores y obviamente también del empleador en mi consideración. Muchas gracias Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el honorable Senador Édinson Delgado Ruiz.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Muchas gracias Presidente, igualmente mi saludo a mis colegas, Senadores y Senadoras, a la comunidad. Realmente siempre lo que buscamos es que en la sociedad el trabajador o cualquier ciudadano pueda ejercer sus derechos que le dé garantías, la sociedad misma a través de las normas, de esos derechos, el momento oportuno, de tal forma que se le vean resueltas todas sus inquietudes, todos aquellos elementos que hacen parte de su forma de actuar, de trabajar, de operar, etc., en general. Sobre esta materia específica, realmente no he encontrado fundamento por parte del autor del proyecto para plantear ampliar a 10 años, ni a 5 tampoco, no encuentro fundamento estadístico, algo que se demuestre que realmente con la norma que existe de los 3 años se le está vulnerando ese derecho al trabajador, lo que tenemos es que antes por el contrario, buscar los mecanismos para que todos los trabajadores colombianos conozcan que tienen ese derecho y que entre más rápido ellos puedan hacer uso de ellos, mucho mejor y ya queda claro que una vez el trabajador coloca alguna petición, alguna solicitud, inmediatamente ya se interrumpe aquel periodo de los 3 años, por lo tanto mi voto sería negativo en el proyecto, entendiendo que lo que se busca es al revés, que sea mucho más ágil la operatividad del mismo sistema y debe ser una posición con mi colega Senadora del Partido. Gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Presidente Álvaro Uribe Vélez.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Señor Presidente, sin el ánimo de fatigar pero sí con el ánimo de contribuir muy constructivamente con estos argumentos. La Legislación Laboral argentina y la Legislación Laboral mexicana, han buscado históricamente períodos de prescripción cortos y

mucha agilidad para resolver las peticiones de los trabajadores, entonces ellos dicen, a más agilidad para resolver los reclamos de los trabajadores, debe ser menor el período de prescripción, para que acudan más rápidamente, la justicia se vea obligada a aplicar sus mecanismos de agilidad, resolver rápidamente el reclamo del trabajador y no haya incertidumbre para la empresa. Y uno ve lo siguiente, que esos países tienen: Argentina una prescripción de 2 años, cuál es la contraprestación, mecanismos muy expeditos para resolverla y yo no conozco la Legislación de Paraguay, en este cuadro he visto la de Argentina y la de México que van en la misma dirección, entonces si aquí se introdujo la oralidad en materia laboral, se abrevió el proceso laboral, los mismos trabajadores han dicho que hoy hay más agilidad para resolver judicialmente y aún en el Ministerio del Trabajo sus reclamos, para qué vamos a ampliar el período de prescripción, insisto en esto muy respetuosamente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario, vamos a votación nominal y pública, lea la Proposición con que termina el proyecto.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Punto 6 del informe de ponencia, proposición al proyecto de ley. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, proponemos a los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado, dar Primer Debate al Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado, Título: por medio de la cual se modifican los artículos 488 y 489 del Código Sustantivo del Trabajo y el artículo 151 del Código Procesal del Trabajo, con las modificaciones propuestas al texto radicado en Comisión, las cuales transcribo a continuación. Cordialmente, Antonio José Correa Jiménez, Senador de la República, Ponente Único.

Leída la Proposición con que termina el Informe de ponencia, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario, llame a lista para votación pública y nominal.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	SÍ
Honorable Senadora Blé Scaff Nadya Georgette	NO
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	NO
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	NO
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	SÍ
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	No está
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	NO
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	NO
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	NO
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	NO
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	No se encuentra presente
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	SÍ
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	SÍ
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	NO

Ocho (8) votos votaron SÍ, perdón cuatro (4) votos votaron SÍ, ocho (8) votos votaron NO. En consecuencia señor Presidente, la Proposición con que termina el Informe de ponencia al Proyecto de ley número 71 de 2014 Senado ha sido NEGADA en la Comisión Séptima del Senado de la República.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Bueno, dele cristiana sepultura y continuemos con el Orden del Día. Tiene el uso de la palabra el Senador Soto.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Solamente para hacer una anotacioncita, pues ya le dieron cristiana sepultura como usted bien lo ha manifestado, muy bien, correcto el término. Nosotros debemos entonces revisar la Ley 791, que además de eso la modificamos hace poco, Código Civil, que se dejó en 10 años precisamente las prescripciones, si bien es cierto hay argumentos que yo los respeto profundamente, pues mi voto positivo es porque yo sí considero que si el trabajador debe tener las garantías, esas garantías también se deben medir en términos de tiempo, pero la democracia es la democracia como usted ha dicho doctor Correa y así es. Gracias.

**Presidente Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Continúe, le doy una cordial bienvenida al Ministro de Salud, se encuentra presente. Señor Secretario por favor vamos a continuar con el Orden del Día. ¿Qué punto del Orden del Día viene, por favor?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

3.3. Que estaba en el 3.5.- **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado:** Título, *por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como hospitales y clínicas.* Acumulado con el **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado**, Iniciativa: Honorables Senadores: María del Rosario Guerra, Alfredo Ramos Maya, Honorio Henríquez, Ernesto Macías. **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado:** Iniciativa: Honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Édinson Delgado Ruiz, Sofía Gaviria Correa, Nadia Georgette Blé Scaff, Eduardo Enrique Pulgar Daza, Luis Évelis Andrade Casamá. **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado**, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 374 de 2014. **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado**, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 444 de 2014. Ponencia primer debate, ponencia única, consta de veinticuatro (24) artículos, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 720 de 2014. Ponentes: honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza, Coordinador, Álvaro Uribe Vélez, Ponente, Antonio José Correa Jiménez, Ponente, Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Ponente. Hay comentarios de Acemi, radicado ante la Comisión Séptima del Senado de la República el día 24 de octubre de 2014, con relación única y exclusivamente al artículo 7° del articulado propuesto en el Informe de ponencia. Proyecto anunciado últimamente en la sesión del miércoles 26 de noviembre de 2014, según consta en el Acta número 22, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Sí señor Secretario, fueron dos proyectos de ley que fueron radicados, se hizo un estudio riguroso y se compiló en una sola ponencia que se va a discutir en el día de hoy, tiene el uso de la palabra el Senador Correa, pero antes el Senador Honorio tiene el uso de la palabra, me gustaría que los Senadores que van a discutir el tema, me dieran sus nombres para ubicar el

Orden del Día, en el orden de la discusión del proyecto. Tiene el uso de la palabra el Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

**Honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:**

Gracias señor Presidente, precisamente es en ese mismo sentido va a intervenir de manera inicial el Senador Antonio Correa y después el expresidente y Senador Álvaro Uribe Vélez, simplemente quiero hacer una pequeña introducción, los Proyectos de ley números 24 y 77 sus ponencias recogen las preocupaciones de las iniciativas acumuladas frente a la necesidad de continuar avanzando en el mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en aspectos como son la financiación, la calidad de la atención, la oportunidad y la oferta de servicios y complementar las diferentes normas jurídicas que en esta misma Comisión y en el Congreso de la República se han expedido en estas materias, el Sistema de Seguridad Social en Salud ha buscado interpretar fielmente la Constitución Nacional que radica en el estado de las competencias de Regulación, Inspección, Vigilancia y Control, Operadores Públicos, Privados, Mixtos y Solidarios y define como principios rectores la universalidad, la eficiencia y la solidaridad.

La comunidad académica internacional ha catalogado al sistema colombiano como un modelo digno a seguir, sin embargo, y a pesar de evidentes avances en el país, existe cierto malestar ciudadano en torno a diversos componentes en materia de calidad y oportunidad de servicios originados muchos de ellos en el aspecto financiero. La concepción institucional sigue siendo la correcta, pero se requieren los ajustes en materia de regulación y en la operación del sistema para un mejor funcionamiento, es por ello que proponemos a través de esta ponencia conjunta de los Proyectos 24 y 77, establecer las medidas de carácter financiero y operativo que permitan avanzar en el proceso de saneamiento de las deudas del sector y el mejoramiento del flujo de los recursos, así como la calidad en la prestación del servicio dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante esta breve introducción, seguiremos con la metodología que inicia el Senador Correa y luego la intervención del expresidente y Senador Álvaro Uribe, muchas gracias, Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

En sesiones pasadas aprobamos una proposición para sesionar el día 11, en la ciudad de Barranquilla, Comisión que no tenemos clara porque sometimos ayer a consideración de la Plenaria para realizar un Foro en la ciudad de Barranquilla y está supeditado a que tengamos Plenaria el día 11, yo creo que lo más probable es que sí tengamos Plenaria el día 11, yo creo que vamos a iniciar la discusión con el Senador Correa y dentro del estudio verificaremos si existe la posibilidad de realizar ese Foro o no, o si no colocaremos una nueva fecha posterior y organizamos un Foro para que la Comisión sesione conjuntamente con el Ministro que está comprometido con este Foro que íbamos a organizar en la ciudad de Barranquilla. Tiene el uso de la palabra el Senador Antonio José Correa Jiménez.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Muchísimas gracias señor Presidente, un saludo cordial al señor Ministro, a los honorables Senadores y Senadoras. **El Proyecto de ley número 24 y Proyecto de ley número 77, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema**

*General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Los antecedentes de estos dos proyectos, el Proyecto de ley número 24 fue presentado por los honorables Senadores *María del Rosario Guerra, Alfredo Ramos Maya, Honorio Henríquez, Ernesto Macías Tovar, Susana Correa, Paloma Valencia y el Senador Álvaro Uribe Vélez.* **El Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado:** los autores honorables Senadores Édinson Delgado Ruiz, Sofía Gaviria Correa, Nadia Georgette Blé Scaff, Eduardo Enrique Pulgar Daza, Luis Évelis Andrade Casamá y este humilde servidor. Los Ponentes para Primer Debate, ya ustedes los conocen por publicación de la Secretaría.

El marco constitucional y legal en el cual se sumergen estos dos proyectos de ley. El artículo 48 de la Constitución Política, la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, por mencionar someramente el artículo 49 de la Constitución Política donde nos habla de que la atención en salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y nosotros somos el Estado, el Ejecutivo y el Legislativo, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato ante las autoridades. Artículo 366: El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. La Ley 1122 de 2007, dentro de los antecedentes estableció la creación, esta Ley 1122 hecha en esta Comisión Séptima, señor Secretario usted que es el de mayor recuento histórico en esta, la Ley 1122 de 2007 estableció la creación de elementos financieros que permitieron conservar un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, logrando identificar y precisar el origen y destinación de los recursos de cada fuente, sin embargo las razones de diferentes índoles han provocado un incumplimiento en el pago de recursos por parte de las Entidades Territoriales de Salud a las Entidades Promotoras de Salud y estas a la vez a los prestadores de servicios de salud.

Con la Ley 1438 se implementaron correctivos importantes como el giro directo de los recursos a las instituciones prestadoras de los servicios de salud. La Ley 1438 de 2011 de esta Comisión Séptima, en su artículo 29 sobre la administración del Régimen Subsidiado dispuso el giro directo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a las Entidades Promotoras de Salud, pudiéndose también realizar giros directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Quiero resaltar que con esta Ley 1438 hoy el día a día, en los Hospitales, el mes a mes de lo prestado es casi se va de manera oportuna y es una herramienta importante que nos dio la Ley 1438 entre muchas otras más.

Posteriormente, en la Ley del Plan de Desarrollo 2012-2014 la Ley 1450, se dispuso que en los casos de las Entidades Territoriales adeuden los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS por contratos realizados hasta 31 de marzo de 2011 el Gobierno descontará los recursos asignados a ese municipio por SGP (Sistema General de Participaciones), propósito general de libre inversión, regalías por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras, fuentes municipales que se dispongan a nivel nacional. En ese mismo sentido el artículo 72 de la Ley 1485 de 2011,

por medio de la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y de recursos de capital y ley de Apropiaaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2012, se dispuso que el Ministerio de Salud girará directamente a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las EPS o a las IPS de los distritos y de los municipios de más de 100.000 habitantes a partir del 1° de enero de 2012, utilizando lo facultado en el artículo 29 de la Ley 1438 giro directo. Jurisprudencia Constitucional, la Corte Constitucional se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellas se destacan la Sentencia C-125 de 2000, la Sentencia T-859 de 2003, la Sentencia T-760 de 2008, entre otras.

Deficiencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para nadie es un secreto que hay unas deficiencias que se han buscado la forma y colocado dentro de un Congreso propositivo y el Senador Édinson Delgado así puede dar fe, de dar las herramientas para buscar no solamente que mejorara el giro directo, sino que también mejorara la inspección, vigilancia y control, sino que también, a bien como lo vamos a explicar, el saneamiento de la deuda. Fallas de la atención de los usuarios, calidad y oportunidad, falta de transparencia, sistemas de información deficientes, fallas en el sistema de inspección, vigilancia y control, que hicimos un Capítulo especial en la Ley 1438, que aspiramos de que sea los suficientes dientes para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda sancionar ejemplarizantemente y hacer de acción de Tutela dentro del Sistema General de Seguridad Social. Flujo insuficiente oportuno de recursos financieros, problemas técnico-operativos, confusión normativa e inseguridad jurídica. (Siguiente).

Desde el Ejecutivo y el Legislativo se ha actuado, saneamiento de cartera y liquidez, datos sobre la cartera del sector, este es fuente del Ministerio de Salud, dentro de las cosas que queremos en esta ley y a bien los Senadores autores de las diferentes iniciativas que hoy se inicia la discusión en esta Comisión, lo que queremos es Senador Édinson y usted sabe que el real problema es, las diferentes fuentes de cartera, una agrupación dice que se le debe tanto, otra dice que se le debe no sé cuánto y la otra que es y no existe un sistema único de información. Este sistema por supuesto lo buscamos, esta información por supuesto la buscamos en el órgano rector que es el Ministerio de Salud.

Cartera de IPS públicas 2010-2013, los ingresos 2010-2013 se han incrementado en un 27%, la cartera ha tenido incrementos del 28%, la tendencia de la relación cartera-ingresos permanece estable en el período. La relación cartera de primer nivel-ingresos, disminuye en 3 puntos, la cartera de Entidades Territoriales disminuye en un 37%, el porcentaje de cartera corriente sobre el total ha disminuido en un 34%. Qué nos quiere decir esto, que el giro directo sí funciona y la demostración es en los primeros niveles donde se hacen contratos capitados y se gira oportunamente a los institutos prestadores de servicios llámense públicos o privados. Existen deficiencias y las deficiencias están en la deuda vieja antes de la implementación del giro directo, que son las que se han intentado subsanar con la posterior Ley 1608 y con la ayuda del Dios Todopoderoso y de las Comisiones Séptimas y el Congreso de la República, con el Proyecto de ley número 024 y el Proyecto de ley número 77 (esa papayera me tiene un poco desconcentrado).

La cartera de IPS públicas 2010-2013, en el 2010 estaba en un 47%, hoy la encontramos en un 49%, 36% total de la cartera de ingresos públicos, la gráfica es la línea superior total de la cartera con ingresos públicos del segundo nivel, ahí tenemos que del 2010 al 2013 aumenta 2 puntos, recordemos que el giro directo para los segundos niveles va hasta un 50%, así lo dice la norma, el resto depende de la auditoría que se le haga, solo en los primeros niveles va el 100%. El segundo en línea, total cartera vs. Ingresos públicos, da una igualdad aproximada de un 35% de los del primer nivel, la línea más tenue del azul, pero no tan tenue, no la que yo no veo que es la de la cartera de ingresos segundo nivel, que aumenta 2 puntos, quedan 35% y 35%. La cartera, total cartera, ingresos públicos del primer nivel a bien como lo dije descendió 3 puntos, 22% en el primer de atención. (Siguiente).

En el 2010 el impacto de programa de saneamiento de pasivos de las Entidades Territoriales, 705.900 millones de pesos 2013 en las Entidades Territoriales 444.475. Cartera de IPS públicas 2010 porcentaje de cartera corriente, aquí tenemos el 2010 del 27% bajó al 18%, recordemos que esto viene de fuente del Decreto número 2193 que es, que quiere decir este decreto, la información consagrada en el flujo de recursos que reposa en el Ministerio de Salud, esto ha modificado positivamente con el giro directo. La cartera de las 59 IPS privadas 2010 1.7 y 2013 0.6, cifras en billones. Medida para saneamiento de pasivos y mejorar flujo de recursos. Aclaración de cuentas de todos los actores, en el articulado y otro de los Senadores autores más precisamente el Senador Uribe, cuando le corresponda el uso de la palabra, todos los actores deben estar sentados en la mesa, en el proceso de aclaración de cuentas con un árbitro claro de la inspección, vigilancia y control. La gestión de activos, recuperación de cuentas por cobrar, saneamiento de pasivos, los pagadores. Saneamiento fiscal y financiero que es uno de los frutos inspiradores de esta ley, de los hospitales públicos del país que hoy necesitan ser saneados y el régimen de solvencia de las aseguradoras. Las normas que respaldan el saneamiento, el pago de deuda del Régimen Subsidiado en cuentas maestras, en FAEP, en saldos del Fonpet Fondo de Estabilización Petrolera, los fondos que se tienen del ahorro en Hacienda, Ley 1450, Ley 1608 que aprobamos posteriormente en esta Comisión Séptima, pago de recobros de Régimen Contributivo, compra de cartera, a bien como queda establecido en IPS públicas y privadas, de las cosas importantes y relevantes dentro de la Ley 1608, hoy a fecha corte creo que es 30 de noviembre, la doctora Carmen Eugenia que está por acá nos puede referendar, se ha comprado cartera alrededor de 600 mil millones de pesos, lo que va en un proceso de alivio que nos muestra las estadísticas en los hospitales públicos, sé que con el mes de diciembre va a ser mucho mayor y esto es fundamental, porque la prioridad tal y como se le dio en esa discusión es hacia los hospitales públicos del país.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Doctor Correa, vamos a darle trámite aquí a una Declaración de Impedimento de la doctora Yamina Pestana, para mayor tranquilidad de la Senadora, ya se retira del Recinto, señora Secretaria por favor dele lectura.

**Secretaria (E), Subsecretaria, doctora María Teresa Reina Álvarez:**

Sí señor Presidente, la Declaración de Impedimento dice lo siguiente: De conformidad

con los artículos 291, 292 y 293 de la Ley 5ª de 1992, presento impedimento para participar en la discusión del **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado**, por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como hospitales y clínicas”, Acumulado con el **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado**, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, por cuanto pertenezco a un Cabildo Indígena del Resguardo Sinú que tiene una propiedad, colectividad de una Entidad Prestadora de Servicios de Salud denominada Manexca EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Manexca IPS. Firma honorable Senador Yamina Pestana Rojas.

Ha sido leída la Declaración de Impedimento, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señora Secretaria, vamos a llamar a lista para someter a consideración el Impedimento.

**Secretaria (E), Subsecretaria, doctora María Teresa Reina Álvarez:**

Sí señor Presidente:

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	SÍ
Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	SÍ
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	SÍ
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	SÍ
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	SÍ
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	No se encuentra
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	SÍ
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	SÍ
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	SÍ
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	SÍ
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	No se encuentra en el Recinto, la Secretaría deja constancia que ella se retiró en este proceso de votación de su propio Impedimento.
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	SÍ
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	SÍ
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	SÍ

Doce (12) votos señor Presidente, aprueban la Declaratoria de Impedimento de la Senadora Pestana.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Se acepta el Impedimento de la Senadora Pestana, va a haber otra presentación de Impedimento, vamos a esperar para que usted lo haga por escrito y sacarlo del Recinto prontamente honorable Senador.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Señor Presidente, la Secretaría se permite informar que en los mismos términos del Impedimento presentado por la honorable Senadora Yamina Pestana Rojas, hay una Declaratoria de solicitud de Impedimento del

honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá. La Secretaría de la Comisión deja constancia que durante la votación del Impedimento de la honorable Senadora Yamina Pestana Rojas, la honorable Senadora no estuvo presente en el Recinto y no participó de manera alguna en la resolución de su Impedimento.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Perdóneme mi estimado Secretario, con la venia de la Presidencia, yo sí le pido que nos lea la proposición de Impedimento del honorable Senador, porque cada caso es individual, entonces, no basta con que nos digan que es lo mismo y perdóneme.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

El honorable Senador para solicitar que se le declare impedido manifiesta que tiene un hermano, pariente consanguíneo, hermano, que tiene una IPS Indígena. La Secretaría de igual manera, señor Presidente deja constancia que el honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, participó en la discusión y votación de la Declaratoria de Impedimento de la honorable Senadora Yamina Pestana Rojas, lo cual ha sido convalidado por la Corte Constitucional, mediante las Sentencias del año 2006, la Sentencia 1037 y la Sentencia 1045 sobre reelección presidencial, dijo la Corte que los honorables Senadores mientras no se les haya declarado impedidos, pueden participar en la discusión y votación de otros Impedimentos, hasta tanto no se haya resuelto el suyo.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Señor Secretario, llame a lista para someter a consideración el Impedimento del honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, se deja constancia de que el Senador Luis Évelis no se encuentra en el Recinto.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Para resolver la solicitud de Declaratoria de Impedimento del honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, se procede por la Secretaría llamar a votación pública y nominal, por autorización del señor Presidente:

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	No está en el Recinto
Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	SÍ
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	SÍ
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	SÍ
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	SÍ
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	No está en el Recinto
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	SÍ
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	SÍ
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	SÍ
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	SÍ
Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen	No está en el Recinto, se declaró impedida, se le aceptó el Impedimento, perdón.
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	SÍ
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	SÍ
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	SÍ

Ningún voto negó Impedimento, once (11) votos presentes en el Recinto aceptaron la solicitud formulada por el honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, en consecuencia, la Comisión Séptima acepta o admite este Impedimento, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Bueno, se deja constancia de que se aceptaron los dos impedimentos, no estuvieron en el Recinto los honorables Senadores.

Tiene el uso de la palabra el Senador Antonio José Correa Jiménez, para que siga con lo que está esbozando del proyecto de ley que está en discusión.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Muchísimas gracias señor Presidente. El pago de deudas NO POS Entidades Territoriales, Ley Anual de Presupuesto, excedentes consagrados en la Ley 1608 en sus artículos 2º, 3º y 4º, aportes patronales que se han querido subsanar en los Hospitales Públicos del país y que está invocado en el artículo 3º de la Ley 1608. Saneamiento fiscal y financiero de la Ley 1608 y de la Ley Anual de Presupuesto, los saneamientos que ya he mencionado. (Siguiendo por favor) ya lo hemos hablado.

Las deudas de los municipios EPS, el Decreto número 1080 es el decreto donde se encuentra el marco de la deuda por decirlo así, reconocida por los Entes Territoriales, la Entidad Territorial hoy se encuentra en deuda reconocida a 530.608 millones de pesos. Los pagos de recursos han sido de la siguiente manera, con cuentas maestras recordemos que destrabamos, en la Ley 1608, alrededor de 1.9 billones que estaban represados en el Régimen Subsidiado en las cuentas, se han pagado 170.911 de pagos con otros recursos de la Ley 1608, 164.325 entre esos están los de la subcuenta Fosyga, que se les entregó a los Entes Territoriales, alrededor de 150 mil millones de pesos. Deuda pendiente de pago, por Fosyga, por Regalías, por Fonpet, por propósitos generales, unos 195.372, el porcentaje de avance de hoy de pago es del 63%, se necesita casi que el 45, 40% para completar los recursos que hoy necesita el 1080 para hacer el saneamiento de cartera.

Programa de saneamiento fiscal y financiero, el artículo 80 y 81 de la Ley 1438 de 2011 artículo 8º de la Ley 1608 de 2013, el Decreto número 1141 de 2013, viabilizados 54 programas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, junio de 2014 Antioquia, que ha sido el primero que presentó el plan de ajuste, muy importante. Amazonas, Bogotá, Cundinamarca, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Valle, Vaupés y resalto a estos departamentos, porque el Congreso de la República hizo su mejor esfuerzo, Senador Édinson y Senador Soto, entregarle la herramienta para el saneamiento fiscal y contable de la Red Hospitalaria en los departamentos, solamente estos departamentos fueron oportunos en entregar la información y por lo tanto hoy pueden acceder a los recursos del Ministerio de Hacienda, lastimosamente Senador Pulgar, muchos de nuestros departamentos costeros fueron negligentes en el reporte de la información, por eso es vital que exista conectividad entre el Ente Territorial en lo que se está legislando, que lo conozca para saber que tiene estas oportunidades de saneamiento y que no se han utilizado, por eso y sabemos que han sido compulsadas copias a la Superintendencia Nacional de Salud por la forma no oportuna de acceder a los recursos del saneamiento fiscal y contable, esto hay que decirlo claramente, porque el Ejecutivo tiene los recursos, el Congreso dispuso las leyes y ahí están, está todo dispuesto, pero por negligencia administrativa de algunos departamentos no se ha dado y ahí hay que resaltar los que sí han cumplido.

Los objetivos del programa, ya los conocemos. El giro directo en el Régimen Subsidiado, sabemos que en el 2000 pasó, fue bastante significativo, ahí tenemos las cifras en billones lo que se ha girado de manera directa, que es algo muy importante a las EPS y a las IPS, IPS en el 2014, 9.57 billones de pesos, es una cifra verdaderamente importante cuando miramos que en el 2011 cuando se empezaba a aplicar la Ley 1438, se hablaba de algo de 600 mil millones de pesos y hoy hablar en el 2014 que tiene 9.57 se están girando los recursos en el primer nivel, como lo hemos mostrado.

Compra de cartera Ley 1608 y en el segundo nivel, Ley 1608 de 2003 ha operado en el Contributivo la cantidad de operaciones, 329, alrededor de 533 con el abunte de casi de unos 600 mil millones de pesos lo que hemos hablado, donde la pública ha tenido, cada uno de los Regímenes se le ha comprado cartera, no ha habido exclusividad para algunos, ha habido para el Contributivo y también para el Subsidiado y esto hace parte de la subcuenta de garantía del Fosyga. Pero estas medidas no han sido suficientes, pero hemos cabalgado y hemos ayudado desde el Congreso de la República al Ejecutivo y al señor Ministro a que logre colocar su granito de arena en el salvamento de los Hospitales Públicos en el país y de nuestro sistema. 11% creció la deuda de los Hospitales Públicos y clínicas en el último semestre, ascendió los 5.5 billones, 500 mil millones de pesos creció la deuda de los Hospitales y clínicas entre diciembre de 2013 y junio 30 de 2014, según cifras de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales que aquí está su Representante Legal que nos acompaña en esta Comisión, asciende a más de 12 billones de pesos, que la que ya hoy queremos es que todos los actores nos logremos sentar en la mesa, nosotros como legisladores, el Ejecutivo, los diferentes gremios o actores del sistema, para que tengamos una sola cifra.

Concentración de cartera de 60 días y más, por 10 principales deudores a junio, aquí están las EPS que aparecen reportadas son las 10 con cartera de más de 60 días, de 60 días y más. (Siguiendo)

Ante esta situación se proponen alternativas para mejorar el flujo de recursos y mejorar la calidad de la atención en los Proyecto de ley número 24 y Proyecto de ley número 77 de Senado, acumulado del Proyecto de ley número 24. El impacto de las medidas propuestas, la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, está en el artículo 2º del Proyecto de ley número 77, departamentos, distritos y municipios certificados. El subsidio de la oferta, un impacto económico de 96.625 millones de pesos, un excedente de 2013 del Sistema General de Participaciones de 155.790 millones de pesos, los planes financieros territoriales deben ser presentados.

Aportes patronales, artículo 3º de la Ley 77, departamentos y Empresas Sociales del Estado en salud, 112 mil millones de pesos, en pensiones y cesantías, esos son excedentes que están allá y que tienen que ser devueltos al sistema para tener un verdadero orden. Pensiones y cesantías 350 mil millones de pesos, recaudo efectivo a la fecha con fundamento a la Ley 1687 de 2013, 350 mil a la fecha. Regalías, pago a las deudas, 93 municipios que pudiesen tener acceso al tema de Regalías, valor estimado de aplicación 30.352 millones de pesos y con eso vamos a utilizarlo en el marco del Decreto número 1080 para complementar ese porcentaje de recursos que hace falta para el saneamiento. Giro directo del Régimen Contributivo EPS del Régimen Contributivo, giro directo de las IPS, esto hace parte del artículo 7º del Proyecto de ley número 24 que a bien expondrá uno de los Senadores

autores. Recursos del artículo 5° de la Ley 1608 son 209 municipios que se les giró importantes recursos y que fueron asignados 114.476 millones de pesos, el valor total de esta subcuenta fueron 150 mil millones de pesos, que van a ser condonables o sea los municipios no tienen por qué devolvérselos al órgano rector, al Fosyga, a la fuente de financiamiento. Exento de rentas cedidas, 100 mil millones de pesos, un valor estimado. Artículo 1° establece medidas de carácter financiero, operativo, para avanzar en el proceso de saneamiento de las deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de los recursos, tal y como lo he señalado. La distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, en el 2015, 10% de salud pública y hasta un 80% en Régimen Subsidiado, el porcentaje restante en qué se invertiría, en lo no cubierto con el subsidio a la demanda y subsidio a la oferta, se entregarán a Entidades Territoriales competentes.

Artículo 2° distribución, uso de los recursos, ahí los tendremos, Entidades Territoriales mucho más fortalecidas. Uso de los excedentes de los recursos patronales, yo voy aquí mirando Senador Uribe para no metérmele en el camino de su presentación. El uso de los recursos patronales, la administración de pensiones, administradoras de cesantías ARL, EPS y/o Fosyga, saneamiento fiscal de las Red de IPS públicas, pasivo laboral y patronales, servicios no cubiertos con subsidio de salud. Uso de recursos de las rentas cedidas, Senador Eduardo, usted que está preocupado por el departamento del Atlántico, los departamentos y distritos, así como los municipios en la Ley 1608 tienen unos excedentes en sus cuentas maestras, estos tienen unos excedentes de componente – oferta, aquel era un excedente del componente de mando, con esta ley en su artículo 4° se van a poder utilizar por parte de algunas Gobernaciones que tienen la limitación de que tienen la plata para ayudar al saneamiento de sus hospitales, pero no la pueden utilizar, esto le va a entregar un instrumento muy importante, excedentes y saldos no comprometidos a vigencia 2012, 2013, 2014, 2015. Objetivos fundamentales. Fortalecimiento de la infraestructura, renovación tecnológica, saneamiento fiscal y financiero de las ESE, pago de deudas del Régimen Subsidiado en esa prelación.

Artículo 5° uso de regalías en pago de deudas del Régimen Subsidiado ha bien como lo he dicho. Las Entidades Territoriales podrán utilizar estos recursos para cancelar deudas del Régimen Subsidiado, previa aprobación del OCAD, se girará directamente a las IPS, hay un antecedente, un municipio, a pesar de que está mencionado pero dentro de la claridad jurídica, un órgano de control hoy lo está investigando por acceder a los recursos de regalías, es sano, es sano porque hay muchos de los municipios donde no hay salud y se tiene la posibilidad de presentar y de que le sean girados directamente a los Hospitales Públicos, a la IPS prestadora de servicios de salud y de sanear eso a través de esta importante fuente de financiamiento, lo podamos hacer.

La capitalización de EPS con participación del Estado, los recursos se utilizarán a pago de prestadores, especialmente red pública. Saneamiento de pasivos, de prestadores de servicios de salud. Otorgar líneas de crédito blandas con tasas compensadas para el sector salud. Garantías a ESE para acceder a líneas de crédito a través de Fosyga, saneamiento directo de los pasivos de ESE hasta el monto que adeudan las EPS. Ampliación de compra de cartera, con el tema de la compra de cartera, tanto que lo peleamos en la Ley 1608 y que todo el mundo quería, Senador Édinson y usted recuerda esas controversias políticas que se daban

y Senador Soto, ha sido una importante herramienta, si se puede en la medida en que tengamos un órgano rector que ha demostrado tener responsabilidad y planificación en el tema de compra de cartera, si se le pueden entregar las facultades para que existan las líneas de crédito blandas, si se le pueden entregar las facultades para que las ESE puedan acceder a esas líneas de crédito a través del Fosyga, si puede haber saneamiento directo de los pasivos de las ESE hasta el monto que le adeuden las EPS, eso es legítimo, qué vamos a esperar, a que se nos mueran los hospitales, nosotros los legisladores, en nuestras manos. Hay que ser propositivo, hay que ayudar al sistema, es muy fácil tirar un discurso y hablar en contra de lo que hace falta, porque como todo sistema tiene sus imperfecciones y hay que buscar subsanarlo y en eso estamos señor Ministro, para que usted tome el toro por donde se debe tomar “por los cachos”.

Artículo 7°. Lo explicará el honorable Senador Álvaro Uribe. El artículo 8° también lo explicará el honorable Senador Álvaro Uribe.

El artículo 9°. Aclaración de cuentas y saneamiento contable. Es muy importante, que se sepa la deuda que tienen las diferentes fuentes de financiamiento tanto en el Régimen Subsidiado como en el Régimen Contributivo, para poder depurar, conciliar y sanear las cuentas, pero con una sola información, no con cuatro y cinco. Cuánto realmente debe el Fosyga, cuánto realmente le deben a las IPS, cuánto realmente deben los Entes Territoriales, cuánto es la deuda de otras fuentes de financiamiento, recursos propios municipales, recursos propios departamentales u otros recursos que cofinancien el financiamiento del Régimen Subsidiado o del Régimen Contributivo.

Artículo 10. Saneamiento de deudas y capitalización de las EPS y participación de las Cajas de Compensación Familiar, sabemos que aquí hay que buscar que exista el saneamiento, pero con el único fin de que se le pague a todos los prestadores y deuda que esté reconocida, conciliada y depurada, es muy importante este artículo.

Artículo 11. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga, las glosas notificadas, no caducadas, la entidad recobrante autoriza el giro a favor de las IPS habilitadas, solo presentan soportes indicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, es importante que estos mecanismos de recobro sean ágiles y oportunos, para que no aumente la cadena de la deuda, el Fosyga debiéndole al asegurador, el asegurador debiéndole al prestador y siempre se vuelve un círculo vicioso en detrimento de la calidad de la prestación del usuario.

Artículo 12. Modificación del artículo 13 de la Ley 1281 de 2002, efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del Fosyga, estos se presentarán ante el Ministerio de Salud en el término de dos años contados desde su generación o establecimiento de generación de pago.

Artículo 13. Recursos del artículo 37 de la Ley 1393 de 2010, se condona el saldo, capital e intereses de los recursos de las operaciones de préstamos interfondos, realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de la época. El Fosyga adelantará los reajustes contables necesarios en virtud de la presente condonación, lo que quiere decir esto, es que en la 1393 cuando hubo la emergencia social, hubo que hacer un préstamo interfondo en el mismo Fosyga, el Fosyga tiene varias fuentes y se prestaron unos recursos y hoy se están saneando.

Artículo 14. Recursos del artículo 5° de la Ley 1608, quien tenga los derechos de las cuentas por cobrar a Entidades Territoriales, derivados del artículo

5° podrán condonar total o parcialmente los montos a ser restituidos por los municipios, lo que hablábamos de 150 mil millones de pesos subcuenta Fosyga.

Artículo 15. Prohibición de afectación de activos, la Supersalud podrá adelantar actuaciones administrativas, medidas especiales, revocatorias de habilitación o funcionamiento a EPS, podrán prohibir la venta, enajenación u otra afectación a los bienes.

Artículo 16. Créditos en los procesos de liquidación de las IPS y EPS. En procesos de liquidación de EPS e IPS previo cubrimiento de lo adeudado a Fosyga se utilizarán para deudas laborales, deudas reconocidas a prestadores de servicios, deudas de impuestos nacionales y municipales, deudas con garantía prendaria o hipotecaria, deuda quirografaria, esto es el orden de prelación en las deudas, de las liquidadas, IPS liquidadas o EPS liquidadas. Este es del Senador Uribe, él lo presentará.

Quiero dar las gracias por la amabilidad de esta Comisión y quiero solicitarle señor Presidente, le conceda el uso de la palabra al Senador Uribe para complementar la presentación. Muchísimas gracias señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien, señor Ponente por su exposición, tiene el uso de la palabra el Presidente Álvaro Uribe Vélez, para que continúe con el proyecto que se encuentra en estudio.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Gracias señor Presidente, el Senador Correa ha explicado muy bien los antecedentes, aquí se presentaron dos proyectos, se ha venido trabajando con el mayor espíritu de construcción, de consenso esta ponencia unificada, que ha venido también consultando a las diferentes instituciones que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud, por supuesto, ha sido muy importante contar permanentemente con las luces del señor Ministro, de su equipo y empezaría por decir lo siguiente, este proyecto no resuelve todas las limitaciones y dificultades del sistema. En la audiencia la semana pasada, el señor Ministro hacía una exposición sobre el alcance de la ley estatutaria, el doctor Cardona del Ministerio de Hacienda expresaba que la ley estatutaria le puede costar unos 4 billones de pesos adicionales al sistema y ha habido unos reclamos que este proyecto no puede involucrarse con ellos, que son reclamos que tienen que ver con la fijación del valor de la UPC.

En cuanto a los artículos que nos ha pedido el Senador Correa que presentemos, está el 7 este es un tema trascendente, porque ha habido una gran discusión sobre el flujo de los recursos que salen del Fosyga o que el Fosyga autoriza y la llegada a los Hospitales o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, desde hace muchos años se empezó con el giro directo en el Régimen Subsidiado, inicialmente hubo unas etapas como las cuentas maestras, después se dieron otras leyes aquí a las cuales refirió el Senador Correa, la evaluación que nosotros tenemos es que ese giro directo en el Régimen Subsidiado se está cumpliendo en un 80% y ha aliviado tensiones, ha resuelto problemas, lo mismo en las entidades intervenidas, aquí lo que se propone es que haya giro directo en el Régimen Contributivo y en lo que son los recobros por prestaciones de NO POS o por prestaciones excepcionales. La Asociación Colombiana de Hospitales ha presentado su acuerdo con este giro directo, hay unas glosas en Acemi que es el gremio que agrupa a las Instituciones Aseguradoras,

el primer punto que debería quedar claro es el siguiente, ¿qué se propone? lo que se propone es que el dinero que corresponda al hospital o al pago de insumos médicos, se gire directamente, por supuesto se entiende y si hubiera que aclararlo expresamente, lo haríamos, que el 10% que son los recursos que la ley le permite a la EPS para dedicarlos a administración, los apropie la EPS, eso no es materia de giro directo, eso corresponde a la EPS.

Una de las alegaciones en contra de esta Proposición y que amerita una Mesa Técnica, seguramente el señor Ministro nos va a ayudar, entre los hospitales y las empresas Prestadoras de Servicios de Salud, las empresas aseguradoras, las EPS, es que las EPS algunas de ellas han venido alegando que no han podido, por falta de recursos en la UPC, por falta de la debida cantidad, cumplir con algunas normas financieras que exigen las regulaciones, gracias a los ingresos por pronto pago y que el giro directo las privaría de esos ingresos por pronto pago, además han pedido que se resuelva previamente al giro directo, una buena cantidad de recursos que están atrapados, que están atrapados en cuentas de recobro que los tienen en el Fosyga, entonces yo creo que es de la mayor importancia para este proyecto, para darle agilidad al flujo, para darle tranquilidad a todos los actores como los hospitales, el giro directo, pero buscar cómo se hace de tal manera que no afecte los márgenes de solvencia de las EPS y ese es un tema que vamos a necesitar en una Mesa de Trabajo que ojalá se haga esta tarde, las luces del Ministro y de su equipo.

Una de las grandes discusiones que se han presentado es, bueno y si se gira directamente, ¿qué pasa con las deudas laborales de los hospitales?, entonces por eso en el mismo artículo se dice, que los recursos correspondientes al giro directo una vez lleguen a los hospitales, deberán aplicarse prioritariamente al pago de las obligaciones laborales y de los insumos relacionados con la prestación del servicios de salud. Porque dicen los trabajadores hospitalarios, qué ganamos que le giren al hospital, si el hospital no nos paga oportunamente, entonces aquí hemos procurado proponer que haya una secuencia, se le gira directamente al hospital y de inmediato el hospital a los trabajadores, creemos que eso puede aliviar la caja del hospital y cumplir con las obligaciones de los trabajadores sin demora.

Se ha pedido también en el artículo 8° que el Presupuesto General de la Nación provea oportunamente los recursos suficientes en el Fosyga para el pago de los recobros por el NO POS, ahí hay un enigma, porque las demoras en esos recobros, ¿es todo un problema de falta de claridad de cuentas? ¿Es un problema de discrepancia contable? ¿O también es un problema de recursos? Lo obvio es que en el Fosyga haya oportunamente esa situación de recursos del Presupuesto Nacional, sin embargo, uno muchas veces tiene que legislar sobre lo obvio, por eso creemos que este artículo tan obvio, no sobra.

Sobre el artículo 9° que expuso el Senador Correa, yo quisiera hacer esta agregación, el artículo 9° lo que obliga es a resolver el problema de discrepancias contables, porque la pregunta es, no, lo que pasa es que las EPS no han aprobado las cuentas de los hospitales y la otra respuesta es, es que el Fosyga no le ha aprobado los recobros a las EPS y la otra es, no hemos podido que los departamentos, los municipios hagan el giro de lo que les corresponde. Entonces qué pide ese artículo 9°, que periódicamente de acuerdo con los plazos que define el Gobierno nacional haya unas consolidaciones contables entre todos los actores del sistema, cuentas

claras y oportunas, consolidadas entre EPS y hospitales, entre el Fosyga, EPS, entre las Entidades Territoriales, las EPS y los hospitales, pero el artículo tiene un aspecto importante, dice, si vencidos los plazos no se ha dado esa conciliación contable, la Superintendencia actuará como árbitro contable, creemos que eso ayuda mucho, porque nada ganamos, que se fijen unos plazos, que se venzan esos plazos, que no se haya hecho el acuerdo contable requerido y que entonces las cosas queden sin avanzar, aquí se dice se venció el plazo, no hubo acuerdo, no se consolidaron las cuentas, la Superintendencia ejerce como árbitro contable y se le crean unos mecanismos que pueda tener por dentro un Tribunal de Arbitramento de Cuentas, que pueda apelar a instituciones externas, a tercerización, que pueda apelar a las Cámaras de Comercio, etc., unos mecanismos de facilitación, el listado simplemente enunciativo.

Sobre el artículo 16 ya hizo algunos comentarios el Senador Correa, los ponentes nos hemos visto ante la tarea de definir esta prelación de créditos para que las deudas laborales sean atendidas como tiene que ser en la primera categoría y en una segunda categoría, las deudas reconocidas a los hospitales, a las Instituciones Prestadoras de Salud, porque si quedan en otras categorías como están en el Sistema General de prelación de créditos, entonces nunca les pagan, aquí hacemos una excepción al Sistema General de prelación de créditos y proponemos que las deudas reconocidas a los Prestadores de Servicios de Salud, queden en el segundo lugar de la prelación de créditos, esto sería una norma específica de prelación de créditos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, porque sabemos que el Código Civil y el Código de Comercio tienen la prelación general de créditos.

Sobre los procesos de intervención, el artículo 17 propone lo siguiente, que cuando la Superintendencia se vea ante la obligación de decretar la intervención en una de las entidades del sistema, considere como prelación, poner esa intervención en cabeza de Facultades de Medicina acreditadas, de instituciones Prestadoras de Salud, también acreditadas, de Cajas de Compensación con trayectoria de buen desempeño en los servicios de salud. Cuando aquí vino Saludcoop nosotros nos permitimos decir, proponer a consideración del señor Ministro y de los Senadores, que se considerara la posibilidad de que esas Gerencias Interventoras se asignen a esta clase de entidades, no como única posibilidad, pero que sí se tenga en cuenta al momento de definir un interventor, más aún, ese día en esa citación que se hizo a Saludcoop dijimos por qué no se ensaya en Saludcoop que los hospitales y clínicas que tiene Saludcoop puedan ser en este proceso de intervención y recuperación, administrados por entidades de buena trayectoria en el sistema, que unas clínicas de Saludcoop puedan ser administradas en ese proceso por la Fundación del Valle de Lilly, otras por la Fundación Santa Fe, otras por el San Vicente de Paul, entonces el artículo propone que haya una consideración de gerencias institucionales no solamente en cabeza de personas naturales.

En el artículo 18 se propone para las buenas prácticas administrativas y financieras de todas las entidades del sector, procurar algunos mecanismos de contratación, en el inciso final se dice, que para valorar esas prácticas el Gobierno, el Ministerio, tenga en cuenta si se está contratando con Redes, si hay Redes organizadas, cuáles son los sistemas de contratación. En la audiencia la semana pasada nosotros, vino esta reflexión, el tema de la ley estatutaria no va a ser un tema solamente de más dinero, es un tema que obliga

todos los días a racionalizar más la prestación de los servicios en el sector. Las experiencias que se tienen es que cuando una EPS contrata individualmente con hospitales, la contratación no produce unos resultados tan racionales, o tan razonables como cuando se hace una contratación en una región con una Red de hospitales, que la ladera cundinamarquesa del oriente, en lugar de que una EPS tenga contrato con el hospital de tal municipio, de tal municipio, de tal municipio, que se estimule en aras de la calificación, de las buenas prácticas administrativas, la contratación en Redes. Y también la naturaleza en los contratos, creemos que ha faltado aquí la contratación por capitación y contratos como los contratos por diagnósticos relacionados. Hemos conocido en este proceso experiencias de contratos por diagnósticos relacionados, donde una EPS con una Red de hospitales contrata por ejemplo el tema de los trasplantes y en ese contrato se definen tres categorías de trasplantes, las características de cada categoría y la tarifa para cada caso, entonces cuando el paciente llega inmediatamente lo califican y dice usted está en la categoría de pacientes a trasplantar número 1 o en la número 2 o en la número 3, el protocolo de su trasplante y de su tratamiento es este y de acuerdo con la EPS, la tarifa es esta, donde eso se ha practicado, ha simplificado mucho, encuentra un mejor relación de las EPS y de los hospitales, más oportuna atención a los pacientes y más claridad en las cuentas, por eso proponemos entonces pensar en esos mecanismos como la contratación por redes y en este tipo de contratos, como contratos por capitación y contratos semejantes en sus efectos a aquellos que se producen con la contratación por pacientes de diagnóstico relacionado.

A nosotros nos ha parecido de la mayor importancia en un esfuerzo por mejorar el sistema, el tema de los trabajadores de la salud, por eso en el artículo 19 hemos propuesto que haya unas Juntas, de las personas que trabajan en los Hospitales Públicos y que esas Juntas se pronuncien y tengan que emitir un concepto obligatorio, que se les deba escuchar, no necesariamente vinculante, sobre tres temas, el tema laboral, el tema de la calidad de los servicios y el tema de la sostenibilidad de la entidad. Porqué van relacionados, sobre el tema laboral en dos aspectos, la equidad en la contratación y la equidad en la remuneración y los otros dos temas, son el tema de la calidad en los servicios y de la sostenibilidad. Uno observa en un proceso ya de muchos años, que tenemos extremos laborales inconvenientes en hospitales colombianos de la Red pública, en unos unas cargas impagables, en otros una precarización de la vinculación y de la remuneración, creemos que ambos extremos han hecho muchísimo daño, por eso pensamos que es necesario fomentar ese diálogo a través de estas Juntas, en cada entidad hospitalaria y que ese diálogo busque esos tres objetivos, que no se pueden desconectar, yo creo que para una equidad en materia laboral en el largo plazo de un hospital, hay que garantizar la sostenibilidad financiera del hospital y lo uno y lo otro también dependen del crédito que ese hospital adquiera por la buena calidad en la prestación de los servicios, pensamos que el tema de la participación laboral no se debe reducir exclusivamente al mecanismo de vinculación o a la remuneración, sino que también debe crearse ese espacio para que el equipo humano del hospital se exprese sobre el tema de calidad y sobre el tema de sostenibilidad.

El artículo 20 hay una discusión en el país sobre el número de especialistas, yo he escuchado muchos conceptos, algunos colombianos conocedores de la materia afirman que sumando faltantes de todas las especialidades al país le faltarían 80.000 especialistas,

otros traen una cifra mucho menor, lo cierto es que en todas las regiones de Colombia hay una queja ciudadana sobre demoras en citas con especialistas, yo creo que independientemente del número de especialistas que falten, de todas maneras hay falta de especialistas en el país. Nosotros proponemos que haya alguna flexibilización para que hospitales y universidades acreditadas puedan llegar a acuerdos sobre número de especialistas, por supuesto con una advertencia, siempre bajo la rectoría académica de la universidad, esto es, la responsable del pensum, la responsable de la titulación será exclusivamente de la respectiva facultad de medicina acreditada, ustedes saben que en el tema educativo allí hay tres acreditaciones, la básica, la de calidad y la institucional, aquí se pediría la acreditación institucional como requisito en la institución educativa.

En el artículo 21 que el Gobierno tendría que mirar sí, nosotros lo consultamos inicialmente con el Ministro, el Gobierno tendría que mirar si le da o no le da aval, ese artículo busca estimular la expansión hospitalaria en Colombia con incentivos tributarios, pero sin afectar los recursos del sistema, pensamos que un hospital que se cree en Colombia con un estímulo que no afecte los recursos del sistema, puede ayudarle al sistema con más y mejor oferta hospitalaria, creen este hospital en tal ciudad, lo que ese hospital facture a un paciente extranjero o a un paciente colombiano, facturación que el extranjero o el paciente colombiano pague sin afectar el sistema colombiano, esto es, por cuenta de un seguro privado o dinero del propio paciente, que no tenga que ver con el Régimen Subsidiado ni con el Contributivo, nosotros pensamos que eso le ayuda a ese hospital, lo alinea frente a las dificultades que tienen los hospitales para atender todas las obligaciones del sistema y al mismo tiempo, yo creo, pensamos que es útil para el país. Entonces qué proponemos, un hospital que obtenga ingresos que no tengan que ver con el sistema, ese componente de ingresos se ha excluido de la base gravable de ese hospital, que no aplica en todos, porque los públicos no son sujetos del impuesto de renta y complementarios, las fundaciones privadas tampoco, aquí aplicaría solamente en hospitales particulares y para efectos de recursos que no tengan que ver con el sistema.

El artículo 22 se propone que la Superintendencia Financiera asuma la vigilancia, inspección y control sobre el Fosyga o la entidad que llegue a sustituirlo sobre asuntos de manejo financiero, el inciso 2° dice que la Superintendencia también vigilará y hará los ajustes contables requeridos en las Instituciones que se encuentren o hayan sido intervenidas en procesos que se hayan iniciado a partir del 1° de enero del año 2013, intervenidas o liquidadas.

Y finalmente el artículo 23 le dice a la Superintendencia que en un plazo de dos años debe tener una plataforma que facilite la comunicación en línea de todos los colombianos con la Superintendencia, con las EPS y con los hospitales, en teoría existe, pero cuando algún ciudadano lo aproxima y le dice tengo este reclamo y uno dice y por qué no ha llamado al sistema de servicios de la Superintendencia, contestan, siempre está congestionado, nunca contestan o sea que la plataforma está concebida, lo que tienen que hacer es fortalecerla, potenciarla, hemos propuesto un plazo de dos años, no sabemos si el Gobierno lo ve posible, se requiere un plazo más amplio, pero creemos que para la legitimidad del sistema es muy importante que un colombiano que tenga un problema de salud, que no lo estén atendiendo a tiempo, inmediatamente en cualquiera de las 24 horas pueda llamar, le contesten, pueda tener comunicación con la Superintendencia, pueda tener comunicación

con la EPS y al mismo tiempo con la Superintendencia, con el hospital, con la EPS y al mismo tiempo con la Superintendencia. Prahalad murió hace dos años creo Ministro, economista hindú, escribió muy bien sobre cómo aprovechar la revolución de las telecomunicaciones para este tipo de servicios, yo creo que lo escribió hace 10, 12 años, decía cómo no vamos a aprovechar las comunicaciones para poder facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios de educación, de salud, etc., un país que está aproximándose a 47 millones de asegurados del sistema, debería por lo menos proveerlos con esa plataforma para que tengan una comunicación en línea en tiempo real con la entidad aseguradora, con la entidad prestadora y con la entidad de vigilancia. Esto sería un resumen del articulado señor Presidente y distinguidos Senadores.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien Presidente Uribe, tiene el uso de la palabra el Ministro Gaviria Uribe. Tiene el uso de la palabra el Senador Soto, perdón Ministro.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Antes del señor Ministro, porque el señor Ministro puede tener algunas inquietudes para que responda de paso. Muchas gracias señor Presidente y todos los presentes, un cordial saludo señor Ministro. Nos dicen las estadísticas del DANE proyectadas al 2012-2013, que Colombia tiene 42.172.108 en los Regímenes Contributivo y Subsidiado a hoy pues no sé en cuánto estará, con una proyección también a esa fecha de 46.581.823 y esto se lo anuncio porque quisiera hacerle la primera inquietud que me aflora de este proceso en esta discusión, eso quiere decir que hay un poco, yo no sé en cuánto se habrá reducido, de cuánto sea el cubrimiento hoy al 2104, pero supongamos que sean 2 o 3 millones de pacientes, de ciudadanos, de personas, en ese entonces era cercano a los 4 millones y medio en esa proyección y es para hacerle la siguiente, dejarle la siguiente inquietud en su planteamiento señor Ministro y también obviamente para los autores de la ley.

Ustedes están proponiendo que lo que tiene que ver con el Sistema de Participación de los recursos del situado general, se cambien los porcentajes, es decir, que ya no sea el 64.5% y el 24.5%, sino que sea el 80% y le dejan solamente a ese 10% que no está cubierto o hemos avanzado muchísimo en la universalización o de dónde se saca esa proyección. Y la otra pregunta, ¿los NO POS alcanzan realmente con ese 10%? o le estamos transfiriendo una responsabilidad más a los departamentos y yo no sé si también a los municipios de Colombia, entonces esa es una primera inquietud de mucha importancia a mi juicio que me nace de la discusión de este debate teniendo toda la disposición de participar aunque no me han invitado oficialmente, pero a participar señor ex Presidente y amigo y doctor Correa en la discusión y aprobación de este proyecto porque lo considero de trascendental importancia y muchas de las inquietudes que traigo acá, son precisamente de igual manera consecuencia de lo que ya he planteado señor Ministro, en la discusión por ejemplo de la Ley Ordinaria de Salud que no alcanzó, que se frustró yo había expuesto muchísimas de las inquietudes o sea, que no es porque haya nacido solamente este proyecto que me parece supremamente adecuado, yo traigo unas cuantas Proposiciones que solamente las voy a anunciar, por ejemplo en el artículo 2° en el inciso 2° del artículo 3° ustedes excluyen de allí a los municipios y dejan solamente a los departamentos y a los distritos, cuando el proyecto original los traía, entonces yo quisiera, yo

por eso he presentado la proposición incluyéndola, colocándole el término en las Entidades Territoriales, porque me parece que los municipios no pueden quedar excluidos de ninguno de los recursos en este aspecto.

En el artículo 4° hago una proposición que esa sí es supremamente sencilla, que tiene que ver con la misma con las Entidades Territoriales que se la incluyo y también me gustaría, porque quedaron excluidas sí, reitero, el artículo original lo traía y solamente le hago una precisión el Plan de Desarrollo vigente porque en la proyección, en la elaboración del proyecto ustedes se refirieron al Plan de Desarrollo 2011 – 2014 y ese ya pasó, claro, aún todavía yo no sé si estará vigente o no porque no se ha aprobado el otro, pero ese ya prácticamente terminó el 7 de agosto cuando se posesionó el Presidente de la República en el segundo mandato, entonces totalmente, lo que quiere decir es que sea genérico, es decir para el Plan de Desarrollo vigente, ese sí yo creo que no tiene discusión distinguidísimo ex Presidente.

Y en el tema de las regalías, por qué yo propongo no eliminarlo, porque es inconstitucional. Si ustedes revisan el artículo 361 de la Constitución, entonces ustedes no encuentran, tendríamos que hacer una Reforma Constitucional para poder incluir la posibilidad de que le podamos vincular recursos de regalías a la salud, equivocada, posiblemente, de todos nosotros los que participamos en esto, de igual manera, pero la Constitución no abre espacios para la salud, inclusive lo abre para la educación y para otros, pero no para lo de la salud, entonces por esa razón yo propongo la eliminación de dicho artículo.

Artículo 5°. Este artículo tiene que ver mucho con el artículo 9° que hago la Proposición correspondiente, porque en el artículo 1° de la ley en discusión, se habla muchísimo o se habla muchísimo no, incluye dentro del encabezamiento la calidad de la salud y yo realmente con el mayor respeto excepto la especialización, yo no veo en el cuerpo del proyecto en dónde avanzamos significativamente en la calidad, la calidad tiene que ser en tiempo, obviamente en la formación de los profesionales, en que sean suficientes, pero también que sea pertinente, es decir que tenga la atención adecuada, en este caso estamos hablando de los recursos, ya hablaremos más adelante de lo que es la atención, pero en este estamos hablando de los recursos y entonces estamos adicionando que los servicios de salud, tomando en cuenta que dicha depuración, conciliación, no puede ser superior a los 90 días de la carterá correspondiente, porque nosotros tenemos que colocarle a esto términos, si nosotros no le colocamos términos seguimos en las mismas, aquí alguien de los expositores hablaba de un promedio, no sé cuál es el promedio que hoy se tenga señor Ministro, de la carterá en edad, pero aquí han habido carteras de muchísimo tiempo, de muchísimos meses, nosotros no podemos dejar eso indefinidamente y estas determinaciones tienen que tener plazo, tienen que tener fechas concretas si nosotros queremos realmente avanzar en lo que tiene que ver con la calidad y la solución de los problemas.

En el artículo 12 que tiene que ver con el artículo 13 del Decreto número 1281, hoy está, el término es de un año, perdón de 6 meses, nosotros estamos proponiendo que el término, ustedes lo proponen que el término sea de 2 años, nosotros estamos proponiendo que sea de 1 año, yo creo que 1 año es suficiente, o sea me refiero a lo que es el recobro al Fosyga para tener más precisión un poco más de precisión e idea de lo que es la proposición en discusión. Y de igual manera le colocamos allí un seguro que a mí me parece que es importante,

nosotros no podemos aquí reconocer abiertamente retroactivamente hablando las deudas y todos los compromisos que tengan, nosotros, si bien es cierto el Estado tiene que responder por el saneamiento, ya verá cómo lo hace, pero nosotros no podemos habilitar para que las que hayan sido liquidadas, los manejos que no hayan tenido la suficiente claridad, entonces por eso le colocamos el párrafo, la modificación del término se aplicará de manera retroactiva, por tanto las reclamaciones no presentadas en tiempo mantienen su situación jurídica, no presentadas en el tiempo correspondiente, es decir para cortarles lo de la retroactividad como se los manifiesto.

También presentamos una proposición, un párrafo la resolución de lo que es el artículo 19 correspondiente, presentamos al artículo 20 haciéndole una adición y la adición consiste sencillamente en que las facultades, no consideramos que los hospitales correspondientes pues hagan parte de allí, pero eso será una discusión, sino quiénes, es decir las facultades de medicina acreditadas y certificadas en calidad por el Ministerio de Educación y las autoridades que competan, que tengan libertad de tomar la determinación en cuanto a los cupos de especialización, es que yo creo que todas esas trabas que se han colocado, han impedido precisamente que haya la demanda o mejor la oferta que requiere el país en cuanto a especializaciones se refiere que ustedes ya lo han manifestado y que nosotros estamos igualmente de acuerdo.

Sobre el artículo 21, ahí hay una discusión muy importante honorable Senador ex Presidente Uribe, manifestaba que si tenía el visto bueno de Hacienda, del Gobierno nacional, pues hombre, yo creo que hay que facilitar todo lo que tenga que ver con la salud, pero si vamos a traer pacientes internacionales o nacionales para hacer cirugías estéticas, bien les va a los especialistas en la materia y lo digo con el mayor respeto, muy bien les va, lo menos que el Estado tiene que hacer es tratar de obtener unos recursos precisamente para fortalecer lo principal que es la atención en salud de toda la sociedad colombiana, vuelvo y le digo ahí está, yo hago la Proposición de qué, pues de que se elimine ese artículo, entonces, pues cabe todo mi estimado amigo ex Presidente, porque tampoco se está diciendo que no lo estético, estamos hablando que la prestación de los servicios que no tengan que ver con el Situado General de Participaciones, es decir y usted lo explicaba muy bien muy didácticamente, los que puedan tomar la determinación de montar un hospital, pero cabe lo estético claro que también cabe una cirugía cardiovascular, claro que caben muchas cosas, todo en general, pero entonces aquí lo estamos generalizando, sería mirarlo y discutirlo hasta dónde podemos ir y hasta dónde no podemos ir, porque nosotros tenemos una gran responsabilidad y esa gran responsabilidad es estamos buscando recursos todos los días, no podemos mirar solamente los rubros del Estado porque no son infinitos, los rubros del Estado tienen límite y todo lo que se amplíe, obviamente va a costa de todos los colombianos, muy importante prestar una excelente calidad en salud, es un derecho fundamental lo mismo que la educación, pero ahí es donde nosotros también tenemos que estar como Congreso y obviamente el Gobierno como Gobierno, como ejecutivo, de dónde van a salir los recursos, entonces nosotros no podemos dejar taponada una fuente que puede ser de ingresos precisamente para nutrir el tema de la salud, el tema en discusión, pero como les digo, estamos abiertos a mirar, a dar la discusión correspondiente, nada de lo que yo propongo aquí, pues por lo menos no es mi intención, es negativo, nada de ahí.

Tenemos un artículo nuevo que tiene que ver con un tema que yo discutí señor Ministro y con la calidad, hombre, aquí le pedimos al Régimen Contributivo y a los Senadores si nos invitan a que nos hagan un examen y a los altos ejecutivos en este país, ahí, si nos invitan a que nos hagamos un examen ejecutivo total en cualquiera de las clínicas cada año. Yo creo que la mejor inversión señor Ministro y autoridades en salud y me disculpan que de pronto sea atrevido o especializados en la materia como ustedes médicos, yo sí creo que los ciudadanos merecen que tengan una salud preventiva, un ciudadano como mínimo debe tener un derecho a una consulta anual preventivamente, no que tenga que ir a buscarla porque sabe, porque no tiene primero la cultura y segundo porque le tienen tedio a tener que ir a pedir una cita y ustedes saben las razones y el pueblo colombiano que la sufre sí que la sabe. Entonces lo que he venido discutiendo y defendiendo es que el ciudadano a través de las EPS tengan la obligación de que todos sus afiliados tengan una consulta por lo menos general, no debería de ser general, deberíamos llevarlo también a que se le pidan los exámenes correspondientes para hacerle un análisis completo y eso es salud preventiva, yo creo que nosotros nos hemos equivocado, creo y lo digo con mucho respeto y nos hemos equivocado sencillamente porque somos curativos, porque andamos de emergencia en emergencia, mirando a ver cómo le respondemos a la demanda pero muy poco nos hemos detenido en el primer nivel en un mejoramiento realmente que para mí es la esencia en la salud preventiva y ahí es donde yo he insistido en que las EPS tengan la responsabilidad, la obligación por ley de hacerles una consulta a cada uno de sus afiliados año tras año, porque me parece que ha habido suficiente explicación sobre el tema.

Y el último es el artículo 23 de la comunicación y a mí me parece supremamente vital, vital, pero para agregarle algo a la calidad, yo le coloco un párrafo demasiado sencillo, pero demasiado sencillo que es supremamente importante para los pacientes si es que verdaderamente vamos a hablar de la calidad en la prestación del mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio honorable Senador Ospina y es que tengan la obligación las IPS de darle máximo en 3 días una cita general al paciente y que no se demore más de 10 días, hoy habla no recuerdo de cuántos días, creo que es de 17 algo no recuerdo cuántos días, algo así, primero bueno, digamos que si se cumplieran no sería tan extenso, porque hoy pasan 3, 4, 5 meses y ustedes saben que lo que digo no es exagerado, muchas veces cuando llaman al paciente a darle la cita, ya le tiene que contestar su familia que el sepelio se llevó a cabo hace algunos días o hace algunos meses y no estoy siendo exagerado en esa exposición. Entonces nosotros aquí tenemos que buscar recursos y tenemos que mejorar, no solamente para el pasivo sino para el activo primordial que es la sociedad, a quien le prestamos precisamente ese servicio, por eso propongo que sean 10 días máximo para darle esa respuesta a lo que es las citas con los especialistas. Pues hay mucha tela para cortar, pero ya vendrá la discusión del articulado correspondiente, les reitero a los autores, tengo la mejor disposición de apoyar, de aprobar el Proyecto en discusión.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Ministro Gaviria Uribe.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Gracias señor Presidente, buenas tardes para todos. Voy a hacer una presentación en dos partes, quiero

hacer una reflexión general sobre el papel de esta ley en el mejoramiento continuo en el Sistema de Salud, después voy a tratar de responder a algunos de los aspectos puntuales que han sido mencionados ya en el debate esta mañana. Si uno fuera a evaluar la situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, yo creo que lo que primero deberíamos hacer es echar mano a las tres dimensiones con las cuales se evalúan los sistemas de salud en todo el mundo, que las mencionábamos la semana pasada, el tema de las condiciones de salud de la población, los resultados de salud, el tema de la protección financiera de los ciudadanos, el tema de la satisfacción subjetiva y Senador Soto paradójicamente que un Sistema de Salud que ha sido vilipendiado y vilipendiado diariamente en parte por los medios de comunicación en las tres dimensiones nosotros estamos bien, si uno mira la evolución de los indicadores trazadores de salud en Colombia, la mortalidad infantil por ejemplo, vamos a cumplir la meta del milenio y han evolucionado más rápidamente o más positivamente que el promedio de la región latinoamericana. En protección financiera que somos tal vez los líderes de la región, tenemos cobertura casi universal y tenemos el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud más bajo del mundo en desarrollo, como hemos mencionado muchas veces en estos escenarios 15%, cuando en promedio de América Latina el 50% de las erogaciones de salud viene directamente del bolsillo de los ciudadanos. La última encuesta de calidad de vida del año 2013 realizada por el Departamento Nacional de Planeación, mostró unos datos que son paradójicos, ayer los compartía algunos de ellos por las redes sociales, le preguntan a la gente por ejemplo, si el servicio que le presta su EPS es bueno o muy bueno, ese promedio es el 80%, Colombia cuando la gente hace autorreportes, reportes subjetivos de su estado de salud, el promedio que dicen que su estado de salud es bueno, muy bueno, también está cercano al 80%, tuve la oportunidad hace dos semanas, tres semanas largas en el Congreso de Asocajas en Cartagena, de compartir estas cifras con un científico colombiano Alexander Jadad que ha hecho comparaciones internacionales y me decía, hace mucho no veía un mejoramiento continuo en los autorreportes de salud, entonces, tenemos algunas cifras globales que muestran que hay indicadores positivos a pesar de todos los problemas que tenemos y yo dividiría los problemas en tres dimensiones para ir entrando a qué papel juega esta ley dentro del marco de esa problemática, uno son los problemas financieros de diversa naturaleza, los otros son los problemas que tienen que ver con esa falta de confianza y legitimidad en nuestro Sistema de Salud y lo otro tiene que ver con un punto que ha señalado reiteradamente el Senador Ospina aquí, nuestras inequidades, tanto en acceso efectivo, como en calidad, como en resultados en salud y todavía algunos indicadores, mortalidad materna ha sido traído a cuento donde tenemos mucho que mejorar.

Es en este contexto donde puede entenderse esta ley, esta ley no va a apuntar a solucionar todos los problemas y está más concentrada sobre todo en los aspectos financieros y yo dividiría la ley cuando hablamos de la problemática sobre todo financiera, aunque hay algunos apartes. Yo hablaría que cuando hablamos de problemas financieros en la salud, yo creo que estamos hablando de tres cosas que a veces se confunden y es bueno separar una de la otra, yo creo que los problemas financieros tienen una triple naturaleza, unos son los problemas de faltante, de falta de recursos los que mencionábamos la semana pasada en la audiencia, que a veces no tenemos una correspondencia exacta entre los recursos y los

beneficios, lo que le queremos entregar a la sociedad y los recursos que hemos dispuesto para ello y parte de los problemas financieros del Sistema vienen de allí, de esa falta de correspondencia o incoherencia entre una cosa y la otra y por lo tanto lo que hace esta ley en algunos de sus artículos y puedo mencionarlos aquí de manera rápida, los artículos 2°, 3°, 4°, 5° y 6° entre otros, lo que hacen es traer recursos adicionales a los recursos del Sistema, para ir resolviendo los problemas y tensiones financieras del pasado, problemas originados en esa incoherencia entre recursos y beneficios.

Pero paralelo con la crisis financiera, nosotros tenemos aquí Senador Soto una crisis de otra naturaleza, yo le llamaría una crisis contable, una crisis de las cifras, no tenemos de manera exacta y precisa una cuantificación de cuáles son las deudas en el Sistema. Les doy un dato que hemos mencionado una y otra vez, que es preocupante y que complementa lo que señaló aquí hace unos minutos el Presidente Uribe, de los recursos del giro directo que van sobre todo a los Hospitales Públicos, encontramos hace unas semanas en el Ministerio, que 1.8 billones de pesos no han sido descargados de las cuentas de los hospitales, esto es, se gira directamente pero permanecen allí como deudas del Sistema y por lo tanto, muchas veces llevamos a una sobreestimación de esas deudas. De otro lado, pueden decir los hospitales está pasando lo contrario también, hay servicios que se han prestado que todavía no han sido subidos en el sistema y que son deudas que no aparecen como tales, entonces aquí también tenemos una crisis de las cifras, necesitamos por lo tanto un saneamiento contable y otra serie de artículos apuntan hacia allá, hacia un saneamiento contable de una aclaración de las cuentas, el 9°, el 10, el 13, en parte el artículo 12 y el 14, aclaración de cuentas entre los diferentes agentes y aclaración de cuentas en parte también de las entidades del Estado incluido el Fosyga y hay otro problema que yo dividiría o separaría del problema financiero y del problema de la crisis contable y es el problema de flujo de recursos, el problema de flujo de recursos tiene que ver con ese tiempo muy largo que tarda la plata en llegar desde que se presta el servicio hasta que efectivamente se paga, por lo tanto, otra serie de artículos apunta hacia allá, a que se pueda pagar de manera oportuna, tal vez expedita, los recursos del Sistema, los artículos 7°, 8°, 11 entre otros.

Y tenemos una serie de artículos que apuntan a mejorar las capacidades de la Superintendencia de Salud, sobre todo en un tema sensible que nos ha ocupado mucho tiempo en los últimos años, que son las intervenciones. Entonces yo diría lo siguiente, dentro de la problemática de salud, estamos haciendo énfasis en los temas financieros, no estamos haciendo énfasis en los problemas de confianza, legitimidad que también tenemos que resolver y en eso estamos trabajando paralelamente en el Ministerio, ni tampoco estamos haciendo énfasis en los problemas de salud pública y en las inequidades todavía existentes en acceso efectivo, en calidad y en resultados en salud, el énfasis es muy ahí, en tratar de resolver la crisis financiera y yo diría que tenemos una tipología, tenemos tres tipos de problemas que queremos resolver, problemas de recursos, por eso estamos consiguiendo recursos adicionales para el Sistema, para resolver esa problemática financiera, sobre todo la problemática heredada de los años pretéritos, problemas de flujo de recursos y problemas de saneamiento contable y aclaración de cuentas, hacia allá apunta el proyecto.

Quiero hacer entonces ahora referencia a algunos de los aspectos puntuales señalados aquí sobre los artículos y voy a empezar con el Senador Soto un

artículo que usted menciona y es el artículo 2°, el artículo 2° habla de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones, cuando se estipuló en la Ley 715 del año 2001 estos recursos de oferta, la cobertura en salud del país era o estaba por debajo del 50%, ahora que estamos cerca a la cobertura universal yo creo que estamos en un momento que nosotros debemos repensar cuál es el sentido y el propósito de los recursos de oferta y esa discusión comenzó en el país y comenzó con la Ley 1438, qué dice la Ley 1438 al respecto, era el 65% como usted lo menciona y la ley plantea un patrón de disminución de ese porcentaje hasta llegar al 80%, lo dice la Ley 1438 en el año 2015, qué está haciendo este artículo, este artículo yo creo que está siendo responsable en este sentido, el artículo tiene una palabra que es la palabra que lo dice todo y donde está el núcleo de la discusión, una discusión que teníamos incluso al interior del Gobierno con el Ministerio de Hacienda, lo invito a que lea el primer párrafo Senador Soto donde dice: hasta el 80%, que nos da flexibilidad en esa trayectoria que había planteado la Ley 715 de la disminución de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones y plantea después el artículo, ahora que tenemos cobertura universal, que ya los hospitales tienen sus pagadores independientes, que son las EPS y no las Secretarías de Salud, ¿en qué se utilizan los recursos?, ¿en qué se van a usar? En los fines más importantes de todo y con esto termino, para que el Senador Soto haga su intervención. Población pobre no afiliada, pago de recobros del Régimen Subsidiado y formalización laboral, son los usos que estamos previendo para los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones, la transformación puede darse hasta el 80%, yo creo que eso, incluso va a ser bien recibido por las Entidades Territoriales porque nos está dando cierto margen de flexibilidad a lo que perentoriamente definió la Ley 1438 del año 2011.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Soto.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Sencillamente para hacer una precisión señor Ministro, como usted puede observar yo no hice ninguna Proposición, precisamente sobre ese artículo y no lo hice por lo siguiente, no estoy desconociendo la Ley 1438 y yo inclusive le he dicho a su señoría y a todas las autoridades, que ahí hay una gran herramienta inclusive para solucionar un 90, 80% o 90% de los vacíos de la salud y que hay muy poco 10 o 20% para ajustarlo a una Ley Ordinaria. Yo lo que le estoy es haciendo una pregunta para que tenga la gentileza de darme una respuesta y le estoy diciendo ¿cómo en el 2013 hasta donde tengo estadísticas llevábamos 42 millones afiliados, de 46.5 millones reconocidos por el DANE a esa misma fecha, ese que no está vinculado, cómo los vamos a atender, cómo lo va a atender?, de dónde van a salir esos recursos, porque esos recursos eran también, en parte lo que tengo entendido, para cubrir esa parte y los NO POS cómo se van a atender y eso es lo único que yo estoy pidiendo una aclaración, una precisión correspondiente al tema, porque es que yo por lo menos desde este espacio así, a veces no sean con precisión y equivocados mis planteamientos, por lo menos sí tengo que tener claridad para darle una respuesta a la sociedad.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

El primer punto importante es que la cobertura universal hoy está completamente financiada y

cualquier entidad Territorial puede afiliarse al Régimen Subsidiado, quienes están por fuera y los recursos existen. Esa discrepancia que no es tan grande ahí hay que contabilizar los regímenes de excepción, Fuerzas Armadas y Magisterio, que solo en el Magisterio hay 400.000 maestros y sus familias, estamos ahí haciendo una cuenta que ya supera el millón, lo otro son 2 millones y medio y la población esa, hay dos partes, población rural dispersa muy aislada y un pedazo de esa población sándwich, por ejemplo que no están en los Sisbén 1 y 2 y no están contribuyendo porque tienen un empleo informal, pero esa población es cada vez más pequeña. La innovación que hay aquí, yo creo que es una innovación conceptual importante, incluso uno la puede plantear como una suerte de paradoja, es que también este artículo 2° permite usar los subsidios de oferta para subsidiar la oferta, esto es, por ejemplo Presidente Uribe el funcionamiento del Hospital Amor de Patria en San Andrés, uno por más que mira la cosa se da cuenta que con los recursos únicos del Sistema General de Seguridad Social no hay forma de mantenerlo y que necesita recursos adicionales porque esa oferta es una oferta muy grande en condiciones difíciles y que con la demanda existente allí no es suficiente para sostener la infraestructura que existe. Y podemos, ya tenemos un decreto número, pero aquí ya lo tendríamos de manera definitiva legalmente, uno puede tener también condiciones de operación en zonas alejadas del país, donde hay que tener subsidios permanentes a la oferta y yo creo que este artículo 2° reconoce esa realidad de mercado y de alguna manera, enmienda ese problema o error de la Ley 100 del año 1993.

Quiero pasar ahora al artículo 5°, el artículo de Regalías.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Señor Presidente, me permite sobre el artículo 2° un comentario.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra honorable Senador.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Sí, escuchando al señor Ministro y después de haber escuchado al Senador Soto sobre el tema, pensaría uno que en la medida en que con el giro directo se agilicen más los recursos a los Hospitales Públicos, ellos van a aliviarse por el lado de los recursos de demanda y eso puede quitarle presión a recursos de oferta, preocupación que capto en el Senador Soto.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Sí, tenemos un tema donde vamos a tener que trabajar todos como sociedad, que usted hace la pregunta y yo no se la respondí y es el tema del NO POS del Régimen Subsidiado. En el tema del NO POS si yo creo que valdría la pena, ya no tenemos mucho tiempo pero tener dijéramos un debate aquí el año entrante, tenemos una paradoja, por ejemplo, el año pasado hicimos una ampliación del POS que incluyó muchos de los medicamentos más recobrados vía NO POS, fueron incluidos al Plan de Beneficios, esperábamos una disminución sustancial sobre todo en el tema de medicamentos NO POS, eso no pasó así, por qué, los incluimos al POS y nos van y nos inventan nuevas tecnologías y los siguen recobrando, también el país tiene que tener en cuenta que por suplementos alimentarios estamos pagando 40 mil millones de pesos al año, por suplementos alimenticios 40 mil millones de pesos al año, sin ningún tipo de copago, personas

que ganan 20, 30 millones de pesos, que van a que le entreguen gratis el suplemento alimentario, da uso sistemático del sistema, y yo creo que ahí vamos a tener que trabajar en tener un acotamiento razonable del tema NO POS.

Paso al artículo 5° que es el artículo de Regalías para pagar deudas, deudas de las Entidades Territoriales con el Sistema, esto fueron municipios Presidente Uribe, que tenían unas promesas de esfuerzo propio que no se cumplieron, el Senador Correa mencionó ahora de manera implícita, yo lo hago de manera explícita el municipio de Coyaima en el Tolima por ejemplo, un Alcalde juicioso, tenía unas deudas muy grandes que le dejaron sus antecesores, no iba a poder pagarlas no tiene fuentes y queremos sanear esas deudas en el Régimen Subsidiado y decidí primero, lo primero, utilizar los recursos de Regalías no para hacer un proyecto sino para sanear fiscalmente a su municipio y pagar algo así como 4 mil millones de pesos. Eso se hizo en la Ley 1450 que si mal no recuerdo es la Ley del Plan de Desarrollo del cuatrienio anterior, lo reiteramos aquí en la Ley 1608 del año 2013 y yo creo no es inconstitucional porque lo que es inconstitucional es crear cajoncitos, decir esta plata va para salud y aquí es exclusiva, lo que tendría que pasar es que el municipio presenta al OCAD correspondiente un proyecto para pagar deudas y el OCAD lo aprueba, pero es una discusión meramente jurídica, pero yo Senador Soto llamo la atención de que ya lo mismo se había hecho en otras leyes posteriores al acto legislativo que creo el Sistema General de Regalías y no habían sido declarados inconstitucionales, que son las Leyes 1450 y 1608 respectivamente, ese es el tema meramente constitucional legal, la otra argumentación que creo que es importante, son los aspectos de conveniencia, porque yo creo que es claramente conveniente, porque o sino y en esto quiero llamar la atención de todos los Senadores, va a ser muy difícil avanzar en el saneamiento del Régimen Subsidiado, esto es deudas de las entidades estructuradas del Régimen Subsidiado porque las fuentes que teníamos a la mano ya se agotaron, fuentes que teníamos a la mano que sobre todo, eran las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, ya se pagó lo que se podía pagar por allí y ahora tenemos lo que alguien llama, el pago gota a gota con el propósito general del Sistema General de Participaciones y esta es la fuente más expedita y tal vez la única que tenemos para avanzar en ese proceso de saneamiento de deudas que quedaron de ese pasado.

Quiero pasar ahora y este es el tema que vamos a mirar esta tarde.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Me permite una pregunta al señor Ministro sobre este artículo 5° que va en la dirección de la inquietud constitucional del Senador Soto. El Ministro ha dicho, se puede presentar el proyecto ante el respectivo OCAD, yo preguntaría, la duda constitucional podría ser por las destinaciones específicas, pero es que también puede la respectiva Entidad Territorial, utilizar los recursos de regalías de libre destinación.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Pero no todos, aquí estamos hablando de 93 municipios, que son los que deben la plata y no creo que todos tengan regalías de libre destinación, entonces por eso sería importante que también los...

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Soto.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Yo sí le pediría aunque yo sé que todos lo conocen al señor Presidente que se lea en su momento pertinente el artículo 361 y lo segundo, yo soy partidario completamente señor Ministro de recursos para educación y salud, pero lo que nosotros no podemos es dar una discusión como la que dimos con las Regalías, inclusive se dio esa discusión, la Ministra estuvo pendiente de esa discusión, el Gobierno nacional manifestó que no le parecía conveniente empezar a colgarle, recuerde los términos no del Gobierno, pero del debate, a colgarle adornos como un árbol de navidad a lo de las Regalías y eso es lo que ha venido pasando en Colombia, yo recuerdo cuando inició la sobretasa a la gasolina, era yo Concejal por primera vez en mi pueblo, que se autorizó hasta un 8% y era exclusivamente para las vías y hoy se ha generalizado y va en el 25%, entonces esto también tiene que tener unas fuentes concretas, claras, si le vamos a buscar fuentes a la salud, estoy de acuerdo busquémoselas, pero no busquemos fuentes donde cada que vamos a tomar una determinación presupuestal para cubrir un proceso de hueco fiscal, entonces empezamos a colgarle todos los déficit del país, porque eso así no funciona, así no funciona, yo considero y eso puedo estar muy equivocado y le reitero porque se dio una discusión profunda en el Congreso de la República que el tema de la salud no está contemplado en el artículo 361 de la Constitución, pero bueno, vuelvo y le digo yo no voy a hacer una tranca a la rueda para que las cosas no funcionen.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Yo creo que podemos mirar el tema, la verdad para ser completamente sincero, nosotros hemos tenido una discusión al interior del Gobierno, Planeación ha tenido una posición que es parecida a la del Senador Soto, nosotros en parte del Ministerio de Hacienda hemos creído que puede interpretarse de otra manera el 361, los municipios han estado muy interesados en este artículo porque ven aquí unas posibilidades de saneamiento, porque no existen otros recursos. Pero mire que aquí hay un principio de responsabilidad fiscal, Senadora, o sea que más responsable que un Alcalde diga yo no me voy a poner a inventar un nuevo, sino yo quiero de nuevo, primero lo primero, si tengo unas deudas antes de invertir en activos y de pavimentar una carretera o hacer cualquier proyecto de vivienda, voy a tratar de sanear las deudas de mi municipio, yo creo que en eso por lo menos en los aspectos de mera conveniencia, yo creo que este artículo es importante.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Édinson Delgado.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Gracias Presidente, sobre este punto en particular estaba esperando para luego intervenir y hacer un análisis mucho más amplio, pero de todas formas es bueno mencionar, después de algunos análisis que uno ha hecho, uno diría los recursos que hoy se destinan a la salud en Colombia frente a otros países diría que no son suficientes, en términos absolutos pues comparado con Francia, Estados Unidos, inclusive algunos países de América Latina, pero obviamente uno observa ahí en esa misma información estadística que hay países así sean pequeños en el mundo, como Andorra, Malta, que con unos gastos anuales similares a los de Colombia, son excelentes y en el rango de sistemas

de salud están entre los primeros en el mundo. O sea uno diría, bueno con estos recursos que tenemos aún con toda esa dificultad aparente, pues si los utilizamos bien, si lo optimizamos, podemos garantizar la salud para todos los colombianos, entonces eso es parte de la discusión que estamos dando, pero esa es la realidad lo que tenemos es eso, es decir por más que nosotros luchemos y hagamos, no podemos de un momento a otro, aumentar sustancialmente el gasto en salud en los colombianos, está alrededor de los 45 billones en total dentro de todos los Regímenes, señor Ministro de Salud, dentro de todos los Regímenes está el gasto en salud en Colombia, está en 45 billones el gasto total de bolsillo, correcto, creo que está en 45 billones más o menos.

**Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe:**

Unos 30 billones.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Correcto, correcto, entonces esta es una discusión, pero lo he dicho si nosotros optimizamos o somos racionales en el gasto en salud con recursos que poseemos, podemos de verdad generar un buen servicio, un buen sistema, que ese es parte de la discusión y parte de lo que tenemos que afinar cada día en Colombia.

Pero en el tema específico de Regalías, yo recuerdo cuando estuvimos discutiendo el Acto Legislativo aquí en el Congreso, de la Reforma a todo el Sistema para lograr lo que se registró en todo el país, yo hice una propuesta en aquella época que fue derrotada entre otras cosas, que planteaba que el 40% de esos recursos de Regalías se destinaran al sector productivo del país y esto lo hacía con algo que cada día me está dando la razón, con el tiempo en la medida en que pasen los años me dan la razón, que vamos a gastar billones y billones de pesos en esas Regalías y uno no sepa cómo insisto, ese incremento de la riqueza social en las regiones, se observe, entonces yo he planteado, insistía mucho en destinar un 40% a recursos productivos que son los que generan riqueza, en la medida en que haya más producción siempre lo he dicho, hay más ingresos, hay por lo tanto más oportunidades laborales, esa es una regla de oro. Pero bien, ya quedó así definido y está claro las líneas, pero es cierto doctor Soto, independiente eso sí, hay una flexibilidad que permite y a través de estas leyes y ya como se mencionaba, nosotros aprobamos unas leyes y es a través de la flexibilidad, permiten que parte de esos recursos de Regalías, los Entes Territoriales lo puedan destinar en este caso a la salud para el pago de algunos compromisos y esto lógicamente siguiendo el procedimiento que tiene, que está reglamentado a través de la OCAD, presentando los proyectos, la justificación del proyecto, es sencillamente que el Alcalde diga, vamos a destinar X cantidad de recursos de Regalías para el pago de las IPS o EPS, no, eso tiene que ser previamente sustentado, que se demuestre la bondad del proyecto desde el punto de vista social y desde el punto de vista de bienestar de una comunidad, o sea que teniendo en cuenta esto, yo creo que está muy bien intencionado, bien propuesto este artículo, que repito no va en contravía y nosotros no vamos, lo lógico es que en Colombia no se va a volver eso como una espiral, de tal forma que hacia el futuro pues los Alcaldes o los Gobernadores puedan hacer uso de estos recursos, entonces quería hacer claridad al respecto y mi posición. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Jorge Iván Ospina.

**Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez:**

Bueno, buenas tardes para todos y para todas. Los colegas Senadores de la República y mi colega doble como médico y Senador de la República a quien lo felicito en su día, si hoy es nuestro día, yo mismo me felicito. Inician la ponencia con la siguiente reflexión que yo les quiero decir, no comparto y dice: los autores de ambos proyectos consideran que la concepción institucional de nuestro modelo de salud, sigue siendo correcta, los autores del proyecto consideran que la concepción institucional de nuestro sistema modelo de salud sigue siendo la correcta y yo con extremo respeto y aprecio, observo en esa consideración apego y hay que tener una mirada evolutiva en relación a las miradas que tenemos de nuestro modelo de salud.

Veamos entonces a continuación unos planteamientos básicos que yo los quiero presentar para que lo consideren. Primer planteamiento, nuestro Sistema de Salud se está financiando a partir de recursos del Presupuesto General de la Nación, a partir de recursos de los recursos nacionales, de recursos del trabajador y regalías y en recursos territoriales, con una clara reducción de la concurrencia del individuo. Hoy el sujeto colombiano concurre cada vez menos en sus gastos de salud y hay dos formas de concurrir como individuo, o se concurre con recursos de bolsillo para poder entonces apalancar los gastos en salud o se concurre a partir de comportamientos responsables para evitar la enfermedad y en el caso, no lo estamos interviniendo. Sigamos por favor.

Pero además de eso que observamos nosotros (la próxima), que tenemos unas presiones muy grandes, observen lo siguiente, tenemos una gran presión porque ha ampliado la cobertura del Régimen Subsidiado en Salud, se ha ampliado en términos de usuarios o se ha ampliado en términos de beneficios, eso qué significa, que cada vez más personas participan del Régimen Subsidiado en Salud o en número, o cada vez su plan de beneficios es más amplio, lo que genera una gran presión fiscal al Sistema de Salud, pero además se amplía sustancialmente los recobros al Fosyga y se amplían los recobros al Fosyga porque los usuarios cada vez demandan mayor cantidad de servicios no contemplados en el plan. Pero además, nuestra población se está envejeciendo y no estamos interviniendo lo que se llaman las determinantes de salud y si no se intervienen los determinantes de salud y claramente tenemos una pirámide poblacional en transición, hay una gran presión fiscal al sistema. Sigamos

Y eso cómo se observa, en este crecimiento de la participación del gasto en salud en el Producto Interno Bruto Nacional, observen lo siguiente, nosotros vamos a pasar de gastarnos el 3.83, casi 4 puntos a gastarnos 6.18 en términos de 15 años lineales, eso significa que los gastos que vamos a tener en términos de salud en un periodo muy corto de tiempo, van a ser de verdad impactantes que van a impedir la sostenibilidad a nuestro modelo de salud y esto no lo estoy diciendo yo, la fuente de esto es el Departamento Nacional de Planeación y es claro, es evidente, si usted tiene mayor cobertura de salud, si usted tiene mayores beneficios, si las determinantes no se logran superar de pobreza, de violencia, de desnutrición, pues somos más demandantes de servicios de salud y vamos a presionar sustancialmente nuestro sistema y nuestro sistema va a explotar, entonces, lo que nuestros amigos hoy proponen no va orientado a esa solución de fondo, es malo, no es malo, porque también nos proponen salidas temporales en relación a lo que a finales tendremos

que considerar como soluciones de fondo en una reingeniería y rediseño del sistema.

Entonces lo que quisiera yo plantearles es que nosotros debemos de comprender que este formato legal es un formato de transición bajo la intencionalidad que en el año 2015 asumamos una Reforma Real al Sistema, porque si no el sistema será insostenible en el mediano y largo plazo, como hoy tenemos grandes presiones de carácter fiscal. A partir de esa reflexión, una segunda reflexión, tenemos una ley estatutaria, entonces yo trato de aprender, votada en Senado, votada en Cámara, que pasó el control de la Corte, que plantea unos elementos que van contrarios en su diseño y concepción a lo que como planteamiento hoy tenemos, entonces a mí me genera una circunstancia contradictoria, si nosotros podríamos estar desarrollando nuestro propósito legal, cuando tenemos en horno, como pan caliente y en términos lógicos, de ser sancionada una Ley Estatutaria en Salud, lo pongo en términos de consideración, no sé, es probable que uno pueda adelantar la tarea y que la ley estatutaria al final no sea sancionada, pero estoy aprendiendo.

Y a partir de eso entonces, ir a unos elementos que aquí me parecen fundamentales, en la Ley Estatutaria en Salud hace un señalamiento que a mí me gusta y dice: señores, recuperemos la atención primaria en salud, recuperemos la prevención y promoción como elemento fundamental de nuestro modelo, porque si adelantamos acciones de prevención de enfermedad, de promoción de hábitos saludables y constituimos desde la intersectorialidad, desde la participación ciudadana un nuevo concepto en términos de salud, podríamos reducir la presión del gasto en el mediano plazo, eso orientaría que los recursos de oferta, que son los que fundamentalmente se deben de orientar, a la acción de atención primaria en salud, no pudiesen reducirse, al contrario, tendrían que fortalecerse porque la acción de la atención primaria en salud se hace en términos de colectivos y no en términos de individuales, para que más o menos me puedan comprender esto, cuando se va a reducir enfermedad, uno hace colectivos con grupos de abuelos para la hipertensión o hace colectivos con grupos de mamás para reducir el riesgo en el embarazo y controlar los factores de riesgo, hace colectivos en términos de reducir los riesgos ambientales o de reducir los riesgos en adolescente y por tanto se hace como un trabajo de salud pública, para lo cual aforar recursos es imperativo, no reducirlos, porque si los reducimos estamos volviendo nuevamente a caer en la carga de fortalecer el modelo de enfermedad, no el modelo de promoción de hábitos saludables.

En términos de lo siguiente, lo que yo quiero invitarlos es a pensar, no tenemos que tener cada vez más enfermos, sino apostémosle a tener y privilegiar vida saludable y es posible hacerlo y otros países lo han logrado con menos recursos económicos que el nuestro, por eso entonces la intencionalidad, allí es una intencionalidad fija en términos de los recursos de oferta, pero además, me parece a mí que es clave señalar que nosotros, hay cierto tipo de especialidad a la que debiéramos de buscar, por ejemplo el médico familiar, por ejemplo el médico entonces que se da la oportunidad de atender en términos de desarrollo colectivo a muchas personas y no en términos a aquel que va a estar adelantando otras tareas.

Volvamos entonces a revisar conceptos básicos aquí que yo he aprendido, más de 45 billones de pesos gastamos como Estado, como colombianos o como empresas en el modelo de salud que hoy tenemos, tenemos uno de los aparatos en términos de sistema

de salud, más fuertes de Latinoamérica, las clínicas y hospitales nuestros, se los digo de verdad, no tienen nada que envidiarle a clínicas y hospitales de países del primer mundo, cada vez la participación de nuestro sistema de salud en términos de la canasta social de bienes y servicios es muy alta y la financiamos con cargo a recurso público y con cargo a recurso privado y está muy bien instalada y no la debemos de hipertrofiar más, debemos de hacerla eficiente, protegerla y llevarla a unos niveles de exportar servicios a través de modelos que también están contemplados en la ley, en términos por ejemplo de zonas francas, porque ahí nosotros los colombianos somos líderes en Latinoamérica, pero atrevámonos a pensar también en otro tipo de modelos de salud, que fuimos exitosos en los 90 y que hemos dejado pasar y que durante los últimos 20 años ha perdido protagonismo, que es todo el tema de la acción en atención primaria en salud, mis colegas deben saber entonces que respeto profundamente al cirujano cardiovascular, al nefrólogo, respeto profundamente a toda esta institucionalidad construida, pero el país no puede seguir con cargo a una institucionalidad que atiende enfermos, sino también construir una institucionalidad que previene enfermos. Para decir entonces, que cuando se hace referencia a la importancia de aumentar el número de camas, a la importancia de aumentar la infraestructura tecnológica, a la importancia de reducir entonces barreras para la construcción de ese tema, es seguir construyendo en términos de red de servicios y no construyendo en términos de atención primaria en salud y es un reparo que yo le tendría al efecto normativo.

Después uno se pregunta, señores Ponentes, ¿cuánta plata le va a inyectar las reformas que aquí proponemos al sistema durante el año 2015?, ¿cuántos recursos más les vamos a inyectar? Con cargo a rentas cedidas, con cargo entonces a los empréstitos, con cargo a los recursos del Fosyga y entonces, eso también nos va a explicar si el modelo sigue por donde debe ir, si no que nos vamos a seguir gastando la poca plata que aún nos queda y llegaremos a un momento en que ya no vamos a tener de dónde coger, ya no vamos a tener de dónde coger, porque ya cogimos de la plata de la pensión, ya cogimos de la plata de subsidio a la oferta, ya cogimos de la plata del Fosyga y rendimientos financieros, ya cogimos de acá, ya cogimos de allá, ya cogimos de la renta petrolera y va a ver un momento de dónde no podemos coger, entonces, para nosotros es muy importante conocer cuáles son los apuestos de orden financiero que ustedes contemplan en el planteamiento que realizan.

Además, yo leo y dice: pago directo, pago directo, está bien entonces hay que rediseñar las EPS, si cada vez le estamos quitando mayor participación, si cada vez sabemos que la EPS no está funcionando y que el pago directo es el que nos posibilita cierta oportunidad en el dinero y cierta liquidez en la red, para qué entonces seguimos con las EPS en el formato que las tenemos, entonces rediseñemos las EPS y tratemos de rediseñar efectivamente ese elemento que se llama una empresa promotora de salud que no promueve la salud y que tampoco cumple una función apropiada y diseñada oportunamente en términos de establecer en términos de establecer la relación con sus ciudadanos o afiliados, el otro día yo lo decía acá y lo quiero repetir, una EPS de usted conoce todo, sabe cuánto gana, sabe cuántos hijos tiene, sabe cuánto va a ser su contribución en el Régimen Contributivo mensualmente, sabe su teléfono y su dirección y lo llama para cobrarle, pero la EPS muy poco sabe de su estado real de salud, no dispensariza a su población para saber cuántos hijos adolescentes tiene,

cuántos abuelos tiene, cuáles son los determinantes de salud no resueltas en su comunidad o cuáles son esos hábitos que adelanta o no el usuario, por tanto la EPS funciona casi como una entidad bancaria y no funciona como lo que fue su concepción, una entidad promotora de salud, entonces los invito a decirle, si les vamos a seguir reduciendo sus responsabilidades, va trazando directamente los recursos al prestador de servicio, atrevámonos a transformar las EPS que como modelo hoy nos están diciendo que están fatigadas, pero además, concentran a la población, sana unas y la enferma otras, entonces no hay forma cómo de compartir los riesgos, piensen ustedes una EPS que administre Régimen Subsidiado que tenga a todas las personas del barrio más pobres de Cartagena, expuestos a la pobreza, expuestos a la inundación, expuestos al Chikungunya, expuestos a la violencia y compárela con una EPS que tenga a todos los habitantes o a un sector de los habitantes del norte de la ciudad, todos bien alimentaditos, con ojos rubios, pelo rubio y piel rubia como dice Rubén Blades, mientras que los otros concentran el problema, los otros concentran a quien puede mantener de alguna manera hábitos y elementos nutricionales apropiados. Entonces, yo les diría, tenemos que atrevernos a cambiar el tema de la EPS.

Después tiene aquí otro planteamiento, a mí me gusta mucho, Dios mío de verdad que yo los admiro mucho, que este sea el principal tema de nuestra Comisión y me gusta mucho que un ex Presidente de la República sea uno de los ponentes y que concibe la importancia de ajustar los temas de la salud y me gusta que se hayan tantos proponentes de la ley, casi toda nuestra Comisión está aquí presente y yo la votaría, pero siempre y cuando todos nosotros hagamos un compromiso de ciudadanos, a que nos comprometamos de verdad a rediseñar el sistema y a que la tengamos como un mecanismo transicional de transición, en búsqueda de un sistema distinto. Le dije al Ministerio de Salud ayer, Ministro le leí una ponencia de hace 10 años, oiga Ministro qué ponencia tan chimba por Dios, buena ve, buena, orientada a los temas efectivos como debemos de adelantar la tarea, pero hoy no estamos haciendo el esfuerquito en el momento, negación de la negación, es una categoría filosófica hoy lo que avanzamos con la Ley 100 del año 93 al año 2014, debemos de buscarnos un estadio superior de desarrollo y rediseñar la institucionalidad existente, nosotros tenemos que hacer eso, ¿sabemos cómo?, no es tan sencillo saberlo, porque yo también le doy cabeza y cabeza y cabeza a como lo podemos de repensar y no me es sencillo definirlo.

Por último, hay algunas entidades como las aseguradoras del SOAT que recaudan muchos dineros, cuánto recaudará, decía entonces el informe, que se están vendiendo 30.000 carros nuevos en Colombia por año, por tanto en los últimos 10 años 300.000 vehículos nuevos y ya todos conocemos que en mundo del Siglo XXI el éxito de una sociedad no se va a medir por el número de carros que circulen, lo está vivienda Bogotá, la querida Bogotá, cada vez tiene tiempos de traslados más cortos, por la gran cantidad de vehículos que circulan y que generan daño en doble vía, una contaminación ambiental permanente, una dificultad en el tráfico, reducción de la calidad de vida permanente y claramente la accidentalidad y todo lo que ello trae, pero nos está generando una gran renta, yo quisiera que en términos de identificación de nuevas fuentes transicionales o transitorias mejor, para el Sistema de Salud, evaluáramos el tema del aseguramiento de tránsito, porque seguramente allí con cargo al seguro SOAT nosotros podríamos orientar recursos cuantiosos

para nuestras redes de urgencias y emergencias en todo el país, que nos posibilitaría resolver el asunto.

Hay algunas otras preguntas que yo tengo y que yo creo que las debiera adelantar en el momento en que estemos discutiendo cada uno de los artículos, para poder entonces hacer los aportes y también para presentar algunas proposiciones que sí creo nos van a servir a nosotros sustancialmente. Muchas gracias señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Delgado.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Colegas, cuando uno escucha todas las intervenciones de ustedes y en especial de la que acaba de hacer mi colega Jorge Iván Ospina, pues eso me retrotrae a una discusión grande, larga que dimos en esta Comisión, que tenía que ver con la Ley Ordinaria en Salud, en la cual precisamente por muchos factores, después de haber pasado por esta Comisión aquí en el Senado, en la Cámara allí sucumbió, terminó allí por muchos factores y esto realmente es una reflexión muy grande y yo he hablado con el Ministro, Ministro hay que pensar seriamente en una Ley Ordinaria que nos diga el cómo va a operar el Sistema y aquí tiene que ver inclusive con el mismo modelo, si el modelo es el ideal o no es el ideal, si hay que cambiarlo o hay que ajustarlo, porque las inquietudes son inmensas en todos los tonos que usted pudo plantear hoy, en el mismo manejo de los recursos, aquí en la discusión que teníamos estábamos mirando la posibilidad de que estuvieran manejados por el Estado directamente, todos los recursos de la salud, no como hoy, hoy el Estado colombiano, el Gobierno no tiene control sobre la cantidad de recursos que se manejan en la salud, no tiene nada de control y si a eso se le suma el tema de las dificultades que tienen los sistemas de información, pues con mayor razón, simplemente por tocar ese tema, sin profundizar en el rol de las EPS que usted le decía e inclusive nosotros hemos sido de la tesis que en el nuevo modelo se tiene que diferenciar el que es asegurador, es asegurador y el que es prestador es prestador, pero no puede haber esa combinación, porque ha traído muchas distorsiones al sistema, entonces son discusiones amplias, nosotros hicimos un recorrido por todo este país, casi más de 14 audiencias escuchando gente experta en todos los temas y al ciudadano del común y además cada uno con la famosa fórmula del sombrero, por su propio color, cada uno planteaba de acuerdo a sus intereses contradictorios a veces, pero que al final nos tocaba a nosotros como miembros de la Comisión, tratar de sacar lo que más le sirviera al país.

Discutíamos el tema de las zonas dispersas, de los especialistas y mencionábamos cómo hoy es exótico en algunas regiones del país que haya un especialista, exótico es la palabra, semejante lio que se formó cuando se plantearon algunos cambios para que las universidades pudieran generar más cupos para que los médicos pudieran especializarse en este país, una discusión de fondo, tocamos el tema de eso, del recurso humano, ese nuevo rol de las instituciones en la formación no solo del médico, del especialista, del bacteriólogo, del fisioterapeuta, de la enfermera, tantas cosas que discutimos y aparte de esto que es el tema financiero, que como hemos venido mencionando esto no va a resolver el problema de fondo de todo el sistema, eso tiene que quedar claro, no va a resolver eso tiene que quedar claro a todos los colombianos, son paliativos, como el giro directo, son paliativos, el tema de verdad es hacer una revisión de fondo del

sistema que hemos venido planteando, de la prestación del servicio, lo que usted planteaba, de la prevención y la promoción, hoy ¿cómo funciona?, ¿quién hace la prevención y la promoción en este país?, la gran parte son las EPS, la pregunta es ¿si lo hacen, la promoción y la prevención, si la hacen? y ¿cobran por eso, reciben plata por eso?, entonces es un momento de verdad y el Ministro está aquí, esto lo vamos a aprobar, lo más seguro, pero hay un tema de fondo, hay que revisar, pero con profundidad, el sistema, el modelo, insisto, con los recursos que arbitramos bien manejados se puede dar un buen servicio, pero bien manejado. Gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Soto, el Senador Álvaro Uribe y el Senador Antonio Correa. Quiero manifestarles a los honorables Senadores que a las tres (03:00 p. m.) de la tarde estamos convocados por la Plenaria, dice el Secretario que hay que almorzar y hay que hacerle caso.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Si la dieta del Secretario es la que nos van a recomendar nos morimos de hambre como él.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Este Secretario no da ni los buenos días. Bueno entonces, quiero decirles que vamos a continuar con el estudio de este proyecto que es importante para el país el día martes a las diez (10:00 a. m.) de la mañana, vamos a hacer un esfuerzo para que todos estemos puntualitos el día martes diez de la mañana (10:00 a. m.). Tiene el uso de la palabra el Senador Soto.

**Honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo:**

Muchas gracias, a mí también me convoca mi organismo a que debo almorzar y que no podemos contribuir a la desnutrición, porque la nuestra ya no tiene reparo, ya nosotros no somos capaces de repararnos si nos desnutrimos. Tres cosas muy rápidas honorables Senadores y Ministro, la primera es que yo estoy de acuerdo que, señor Senador Ospina que usted es hombre experto y juicioso, hay que hacer un análisis profundo de una Ley Ordinaria, por ejemplo esta ley no trae la definición, de cómo vamos a solucionar el problema laboral y los hospitales en las entidades públicas están urgidos, porque tienen la presión de que tienen que formalizarse ya y yo estoy de acuerdo que los tengan, el derecho de los trabajadores y las garantías, pero tienen los recursos de dónde van a salir y cómo, no pueden tercerizar y no tienen los recursos para formalizar, la ley no toca ese tema y yo sí llamaría a los autores y al señor Ministro a ver cómo se puede tratar de organizar, darle un poco de tranquilidad por lo menos parcialmente a todas aquellas instituciones del Estado que tienen ese gran problema en todo el país y porque están recibiendo la presión y la sanción de igual manera.

Lo segundo, mi amigo, mi gran amigo Édinson Delgado, ninguna ley, cualquiera sea la jerarquía, puede suplir la Constitución, ninguna, ni Estatutaria, ni Orgánica, ni Ordinaria, o sea yo tengo la mejor disposición, por eso le digo, yo solamente dejo la inquietud, porque nosotros aquí podemos decir que hemos aprobado muchas leyes, es muy posible que nos hayamos equivocado en aprobar muchas leyes que no estén acordes con la Constitución, es que nosotros somos seres humanos, hay que revisarlas muy bien, pero no porque esté en la 1438 o en cualquier otra ley, sencillamente es el argumento suficiente para decir que

es constitucional, le reitero, no me opongo por tercera vez lo digo, no me opongo a ninguno de los recursos para la salud, ni mucho menos, pero esta Célula Legislativa y el Congreso tiene que ser cuidadoso en ir acorde con la Constitución, para eso la aprobamos, la discutimos y la aprobamos.

Y tercero y último, Ministro, usted mencionaba uno de los factores que posiblemente han disminuido la demanda de recursos y usted mencionaba la informalidad como uno de ellos, le quiero decir que en el 2012 la informalidad era del 50% y hoy de acuerdo a las estadísticas oficiales es del 48%, o sea que yo no creo que esos 2 puntos signifiquen tanto para la solución de los recursos económicos. Gracias.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Senador Álvaro Uribe, tiene el uso de la palabra.

**Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:**

Sí, gracias Presidente, mire, de acuerdo con lo que usted ha informado, yo creo que el doctor Antonio, Senador, Honorio, el Presidente que es el Coordinador de Ponentes, el apoyo de la Senadora Sofía, el apoyo del Ministerio, podríamos recoger todas las Proposiciones, darnos a la tarea de estudiarlo y hablarlo en estos 2, 3 días con todos los Senadores, para venir con una respuesta ojalá consensuada, haciendo un esfuerzo todos para el día martes. Yo haría unos comentarios muy respetuosos, este tema se discute en todos los países del mundo, todos los días, yo tuve la oportunidad, viejo, de utilizar una universidad en Inglaterra por un exilio académico y yo recuerdo que la discusión era el waiting list, cuántos ciudadanos ingleses están esperando la cirugía, la discusión en los Estados Unidos sigue siendo esta, les voy a contar una cosa para honra de la institucionalidad colombiana, aquí vino el equipo del Presidente Obama, vino antes como Senadora Hillary Clinton quien después fuera Secretaria de Estado, a decir que cómo había hecho Colombia para avanzar en este proceso de aseguramiento y allá lo que hicieron con el Régimen Subsidiado, allá en que forma tomaron el Régimen Subsidiado de aquí, dijeron el Estado con recursos fiscales, con subsidios cruzados de personas que pueden cotizar más, va a pagar el aseguramiento de 47 millones de pobres, allá se gastan 8 mil dólares persona al año, aquí 600, yo creo que hay que mirar también que ha hecho este país con el dinero del cual ha dispuesto, se los quiero decir y lo digo con la menor subjetividad, uno recorriendo América Latina y el Caribe, países europeos mirando este tema y dice, los colombianos con ese dinero hemos hecho mucho en salud, independientemente de las dificultades que tengamos, yo cuando, cuando nosotros decimos que estamos de acuerdo Senador Ospina que, todas las intervenciones de ustedes muestran un profundo esfuerzo en el tema y todo el compromiso, de manera igualmente constructiva uno les quiere responder, porque uno encuentra que Colombia tiene un esquema institucional bien concebido, por ejemplo, personalmente creo que el esquema constitucional colombiano es capaz de responderle a la ley estatutaria, vamos a tener un tema de recursos, pero si dividimos entre instituciones y recursos y procedimientos que los pueden adoptar las actuales instituciones, yo soy de la idea de que el sistema institucional colombiano no está en contravía de la ley estatutaria.

Propone el Senador Ospina unos temas bien importantes, como el tema de los colectivos, de la medicina preventiva, el médico familiar, yo creo que el esquema institucional colombiano lo puede hacer, en uno de los artículos del proyecto, donde se habla

de los especialistas para facilitar bajo la rectoría de las universidades, de las facultades de medicina debidamente certificadas, para poder aumentar el número de especialistas sin afectar la calidad, por eso se es muy cuidadoso, facultades de medicina debidamente acreditadas, o sea con acreditación institucional y si no estoy equivocado señor Ministro, que el Senador Soto habló de acreditación de varias acreditaciones, la acreditación institucional es una acreditación que toma en cuenta todos los factores, entonces, pero dice también ese artículo en un párrafo, que eso sin perjuicio de la creciente participación del médico general en el sistema, o sea la lucha por mejorar la oferta de especialización expresamente dice que no se puede afectar al contrario, hay que mantener un proceso gradual, ascendente de participación resolutoria y preventiva del médico general. Los colectivos, el Senador Ospina en una intervención la semana pasada congruente con la que le acabamos de escuchar dice que no hemos aprovechado para crear capital social, yo diría que en la medida en que se avance con sistemas como el de capitación, esos grupos humanos se organicen, que este no es un tema solamente de la ley, este es un tema del Ministerio, de la Superintendencia, de los Gobernadores, de los Alcaldes, un sistema de capitación a cargo de un grupo que esté siendo manejado o atendido por el sistema de capitación por una EPS, una red de hospitales, ese grupo perfectamente puede tener una organización tal que logre los mayores niveles de capital social, yo comparto el reclamo del Senador Ospina por el capital social, pero creo que el marco institucional colombiano permite crear, por ejemplo como lo pienso yo, con esos sistemas colectivos, que también facilitan mucho la prevención, yo diría que el problema de prevención hoy, yo no sé qué estime el señor Ministro, cómo tengan cuantificados los recursos de prevención, qué calificación hayan hecho, si son suficientes o insuficientes, pero yo creo que el marco institucional colombiano hoy con esa combinación entre las EPS, las IPS, el Ministerio, la Superintendencia, las Entidades Territoriales y los recursos del Sistema General de Participaciones combinados con los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, pueden, basta con casi que con decretos reglamentarios hacer un gran avance hacia la prevención, entonces uno, porque yo escucho y digo si ese es un reclamo justo y me pregunto hay que cambiar el marco institucional y entonces con la menor subjetividad dice no, ese vacío puede llenarse dentro del actual marco institucional.

Mire, cuando discutíamos con los Estados Unidos ese tema, porque como les vamos a decir, ellos vinieron aquí a ver el Obama que era, cómo se había hecho aquí un tema de Régimen Subsidiado, que podrían hacer ellos para atender 47 millones de pobres, se discutía mucho el tema del asegurador, yo escucho al Senador Delgado decir, hay que distribuir muy bien las funciones entre el asegurador y el prestador, entonces hago una digresión para decir esto, eso ha sido un proceso en muchos años, uno de los grandes colombianos que se nos fue a destiempo fue Juan Luis Londoño, cuando estábamos en la discusión inicial del tema, el doctor Juan Luis Londoño decía, miren no es el momento oportuno para decir si hay, para restringir integración vertical, esperemos que el proceso avance, después más adelante era el doctor Alejandro, Subdirector de Planeación, el doctor Juan Luis aquí mismo ya fue en el año 2002, 2003 tramitó aquella norma que llegó al acuerdo de que la integración vertical se limitara a un 30%, entonces puede haber mucha discusión sobre el asegurador, el prestador, modestamente creo que se necesitan ambos, cuál es el problema, incumplimientos

de pagos, por ejemplo, han llevado a una gran crítica que muchas EPS merecen esa crítica de decirle no, son unas simples intermediarias de recursos, justamente para que sean aseguradores y no tengan esa tentación simplemente de trabajar con los recursos, es que se propone aquí el tema del giro directo, pero uno se pone a ver las funciones de las EPS y las EPS tienen que atender los intereses del usuario ante el Sistema de Salud, tienen que adelantar una gestión de riesgo, de articulación, de regulación y control, tienen que defender al afiliado y tienen que defender los recursos del Sistema, tienen que tener un relacionamiento técnico con los hospitales, con la Superintendencia y con el Gobierno, también protege contra desviaciones de costos y entonces cuando uno ve lo que cuesta el sistema de aseguramiento en el Subsidiado y en el Contributivo, se hace una pregunta ¿si el país volviera a unificar eso en lo que tuvo en el Seguro Social, en el Seguro Social que tuvo 3 millones doscientos, 3 millones y medio de usuarios, estas labores de aseguramiento que son muchas, yo apenas leí algunas, las pagaría cualquier entidad estatal con un 8 o 10%, yo particularmente no creo y no creo por lo que he visto en experiencias en muchas partes, entonces, mejoremos sí, el sistema de aseguramiento, pero yo creo que es un componente fundamental de esta institucionalidad.

El Senador Ospina dice hay unas EPS que tienen que atender zonas de pobres, otras atienden zonas de personas que están bien alimentadas, que tienen mejores recursos, etc., Ministro, hasta donde yo entiendo el Gobierno o las instituciones administrativas, tienen facultades legales para definir unos diferenciales en la UPC, por ejemplo, una de las cosas que creamos fue la cuenta para enfermedades de alto costo, entonces, se iban todos los enfermos de alto costo a tal EPS, a la Nueva EPS y a ella se le buscaba compensarla con recursos y se retenían de lo que correspondería a la UPC, de aquellas EPS que no tuvieran esa carga de enfermedades de alto costo, o sea lo que reclama el Senador Ospina de la UPC, Unidad de Pago por Capitación diferencial, las instituciones hoy lo permiten. Los costos de formalización, porque el Senador Soto en su última intervención habló de dos temas, nuevamente de la preocupación constitucional, leyendo el artículo constitucional, el artículo frente a lo que maneja el Gobierno nacional, le da a las Entidades Territoriales una especie de libertad de destino, simplemente lo que tienen que hacer es presentar el proyecto ante la OCAD, pero lo que no he podido verificar hasta ahora, es la ley que desarrolló eso, simplemente me atengo a la Constitución, cuya lectura miramos ahora, después de que escuchamos al Senador Soto, el tema de la formalización, seguramente usted ha reclamado donde están los recursos para la formalización, ese es un tema muy importante. Yo creo que aquí por lo menos hay un asomo, hay un asomo Senador Soto a resolver ese problema, es crear ese mecanismo de diálogo en cada hospital colombiano, que empodere a los médicos y trabajadores de ese hospital, para que como instancia de interlocución con la administración ayuden a definir y sean obligatoriamente tenidos en cuenta, para definir la equidad laboral en contratación y remuneración, la calidad en los servicios de la institución y la sostenibilidad financiera, yo les propondría señor Presidente, honorables Senadores esto, si ustedes tuvieran la bondad y se pudiera hoy aprobar el informe con que termina la proposición, con que termina la ponencia, recogemos todas las proposiciones de ustedes, las que hayan presentado y las inquietudes, hacemos un trabajo con ustedes o con sus UTL, mañana jueves, el viernes, el lunes, nos ayuda el señor Ministro

y nos ayuda su equipo y les traeríamos a ustedes un informe sobre ese trabajo para el próximo martes, sería la Proposición.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Como diga usted señor Presidente. Tiene el uso de la palabra el Senador Antonio José Correa.

**Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:**

Gracias Presidente, yo quiero sumarme a la Proposición del honorable Senador Uribe de que aquí están todas las proposiciones presentadas artículo por artículo que hemos recogido, radicadas en Secretaría de la Comisión y que hoy votemos el informe con que termina la ponencia para que en el día de hoy, mañana y el fin de semana estudiemos cada una de estas proposiciones y las nuevas proposiciones que se presenten en Secretaría.

Igualmente yo quiero invitar muy respetuosamente al honorable Senador Ospina, médico, profesional del área de la salud, que ha demostrado en esta Comisión un vasto conocimiento del tema del aseguramiento en el país y del tema de la salud pública, a que nos acompañe en estas discusiones en la mesa, porque son muy importantes, lo que él ha expresado tiene mucha coherencia y es lo que reclama el país, o sea al final de cuentas y lo que decía el Senador Edinson, tendríamos que revisar de manera ordinaria un proyecto de ley para revisar cómo va el actuar y los actores de cada uno que hacen parte del modelo de aseguramiento, cuál ha sido su rol, cuál ha sido su función, cuáles ha sido los pecados que hemos tenido todos, porque es que al final de cuentas estas leyes sí son importantes, sí son importantes y a pesar de como lo dicen ahí “hacer pañitos de agua tibia” se han considerado un aporte importante a la solución de la problemática, por ejemplo para mí Senador Soto me llena de mucho orgullo haber aprobado el 1.9 billones de pesos que estaban en las cuentas de Régimen Subsidiado, lo que me llena de una profunda tristeza es que revisando las cuentas, solamente se pudieron rescatar 191 mil millones de pesos, pero como ni usted ni yo, nosotros nada más por Ley 5ª podemos hacer el Control Político y ya está ahí, los entes de control tendrían que decirnos dónde está es resto de plata que estaba represada en la Ley 1608 artículo 2º de la subcuenta de los recursos represados en el Régimen Subsidiado con ponente demanda, o sea nosotros le estamos cumpliendo al país, cuando yo reviso que el departamento de Antioquia fue el primero que acogió el plan de saneamiento del Ministerio de Hacienda, eso quiere decir que le entregamos una carta de navegación a este Congreso de la República para que se sanearan algunos hospitales en el departamento de Antioquia, en el departamento del Valle hay 14 Hospitales acogidos hoy al plan de saneamiento fiscal y contable. Es que yo estoy de acuerdo, aquí hay soluciones estructurales y yo me sumo, yo quiero hacer parte de las soluciones estructurales, porque yo no vine aquí a calentar silla, pero cuando revisamos la Ley 1438 y para nadie es un secreto que las intervenciones y me gusta uno de los artículos que fue presentado en el proyecto de ley, las intervenciones se convertían en un cambio de manos para hacer un negociado de los Hospitales Públicos del país y del manejo de no sé quién citó porque se manejaba la cosa pública en salud como si fuera, le cambiaron el apellido al Hospital, si el Hospital se llamaba no sé qué cosa, se llama el Hospital el apellido del honorable que tuviera la intervención y no había forma de salir de la intervención, en la Ley 1438 aprobamos un fondo que se llama Fondo de

Salvamento de los Hospitales Públicos Intervenidos y usted y yo lo aprobamos y el Senador Édinson también y el Congreso colocó un granito de arena, que nos duele lo que pasó con el crecimiento vertical, con el desorden porque hay que admitirlo, hay unos actores que han actuado mal y que han hecho ver mal al sistema y que nos han hecho ver mal a nosotros la clase política, sin tener responsabilidad en muchos de los casos, actores que yo sí estoy de acuerdo Senador Édinson o lo que ha dicho el Senador Soto, deben salir del sistema, llámense aseguradores, llámense prestadores porque también yo considero que estas leyes no pueden ser al barril sin fondo, de que meta recursos, meta recursos y se va el recurso quién sabe para dónde, o sea yo me sumo a que hay que hacer una revisión estructural, igualmente yo invito a un hombre estudioso como el Senador Soto a que revisemos cada una de las Proposiciones, me parecen muy coherentes, muy acertadas, igual que he invitado al Senador Ospina a que en este fin de semana, junto con sus asesores que son muy valiosos y cada uno de los autores de los que hoy están aquí y hacemos parte de este proyecto, a que coloquemos un granito de arena, porque es que el discurso de que el modelo es malo, se lo sabe hasta donde yo compro el tomate, hay que ser propositivos, disculpe, ya yo sé que nos vamos.

En el tema del ECAT en el tema del ECAT ya hoy le aporta al sistema 900 mil millones de pesos al Régimen Subsidiado y se utiliza para eventos catastróficos y ha sido tan bueno el ECAT, que le prestó en la 1393 al Fondo de Compensación que es uno de los fondos del Fosyga, 800 mil millones de pesos que con esta ley estamos subsanando y los estamos colocando a disposición para que se coloquen en favor de la Red Pública. Yo sí quiero que nos ayude a alimentar la discusión jurídica, porque yo lo entiendo, que usted lo mira desde el punto de vista jurídico la revisión constitucional y legal del tema de las Regalías, pero revisando ya no desde el punto de vista jurídico, desde el punto técnico científico, el Régimen Subsidiado se financia de recursos propios municipales, recursos departamentales, el Fosyga a través de la subcuenta de solidaridad, recursos propios departamentales, recursos de transformación de oferta demanda que se realizaron y por eso en el artículo 2° se están devolviendo y se dice hasta un 80%, yo quisiera saber de dónde más Senador Uribe, para colocarnos mágicos, porque aquí hay que colocarse mágicos en la Proposición, respetando el tema jurídico porque yo sí sé que hay que revisarlo y sé los preceptos de que la Constitución prima a la ley qué otra fuente de financiamiento nos inventamos, el crecimiento de la economía, las regalías están, revisemos y demos la discusión jurídica que nos ha invitado el Senador y lo invitamos a la mesa a que también nos alimente porque él tiene una experiencia muy valiosa, muy valiosa en este tema. Yo sí le pido para no, porque ya son las dos y media y tenemos que almorzar, que votemos el informe con que termina la ponencia señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Bueno, señor Secretario anuncie Proyectos y vamos a someter a consideración el Informe con que termina la ponencia, citamos a la Comisión para el martes a las diez de la mañana (10:00 a. m.), y señor Secretario, ¿cuántas Proposiciones hay sobre la mesa, que estén radicadas?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

A este momento señor Presidente hay radicadas once (11) proposiciones de la iniciativa del honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Envíeselas a todos los honorables Senadores para que vayan estudiando las propuestas presentadas por el honorable Senador Soto.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Se anuncian para discusión y votación por instrucciones del señor Presidente de la Comisión, conforme al artículo 8° del Acto Legislativo 01 de 2003, los siguientes proyectos de ley:

**Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado,** por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), como hospitales y clínicas Acumulado con el **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado,** por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Objeto de esta discusión.

**Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado,** por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios. Acumulado con el **Proyecto de ley número 41 de 2014 Senado,** por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones.

**Proyecto de ley número 12 de 2014 Senado,** por la cual se dictan normas para suprimir y prohibir la contratación laboral, mediante cooperativas de trabajo asociado y demás formas de tercerización laboral.

**Proyecto de ley número 62 de 2014 Senado,** por medio de la cual se implementan medidas de estabilidad reforzada para personas que tengan a su cargo el cuidado y/o manutención de personas en condición de discapacidad.

**Proyecto de ley número 57 de 2014 Senado, 70 de 2013 Cámara,** por medio de la cual se reglamenta la naturaleza y la destinación de las propinas.

**Proyecto de ley número 54 de 2014 Senado,** por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional, (Sinsan), se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria, y se establecen otras disposiciones.

**Proyecto de ley 23 de 2014 Senado,** por medio de la cual se crea la prima de vivienda con el fin de mejorar las condiciones socioeconómicas de trabajadores vulnerables.

**Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado:** por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes.

Quedan así anunciados para la Sesión del día martes que fijará el señor Presidente de la Comisión.

**Proyecto de ley número 107 de 2014 Senado,** por medio de la cual se establece el derecho a vacaciones al Presidente de la República de Colombia.

Y el Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, quedan anunciados para la Sesión próxima que convoque el Presidente.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Tiene el uso de la palabra el Senador Édinson Delgado.

**Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:**

Una consulta, el informe con que termina la ponencia se sometió a votación o no, es que está quedando como en el aire eso allí, listo.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Vamos a leer el Informe para someterlo a consideración a ver si lo aprueban o no.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

El Senador Correa acaba de radicar cinco (5), proposiciones y once (11) el Senador Soto, tendríamos dieciséis (16) proposiciones hasta ahora, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Bueno, envíe copia a todos los honorables Senadores, ocho y media (08:00 a. m.) de la mañana los asesores y los honorables Senadores, a las siete de la mañana (07:00 a. m.), perfecto, en el Ministerio, a las siete de la mañana (07:00 a. m.) para empezar a darle estudio a las proposiciones. Bueno doctora lo que usted diga doctora Nadia Georgette, a las 7 o a las 8, deme la orden, ¿a usted qué le parece doctora? a las siete (07:00 a. m.) estamos allá. Lea el informe con que termina la ponencia señor Secretario, antes de que se desbarate el quórum.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

El señor Presidente ha declarado cerrada la discusión y ordenó a la Secretaría leer la Proposición. Punto 7. Proposición. Por lo anteriormente expuesto solicitamos a la Comisión Séptima del Senado de la República dar Primer Debate al **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado**, por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), como hospitales y clínicas. Acumulado con el **Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado**: por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Conforme al pliego de modificaciones y al Texto Propuesto. De los honorables Senadores, firman Ponentes: honorable Senador Álvaro Uribe Vélez, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza, Presidente de la Comisión Séptima.

Leída la Proposición señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

En consideración la proposición, ¿la aprueba la Comisión? Vamos a pasar lista para que quede constancia de la votación pública y nominal.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis	No se encuentra
Honorable Senadora Blel Scaff Nadia Georgette	SÍ
Honorable Senador Castañeda Serrano Orlando	SÍ
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	No se encuentra en el Recinto
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	SÍ
Honorable Senador Delgado Martínez Javier Mauricio	No se encuentra en el Recinto
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	SÍ
Honorable Senadora Gaviria Correa Sofía	SÍ
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	SÍ
Honorable Senador Ospina Gómez Jorge Iván	SÍ

Honorable Senadora Pestana Rojas Yamina Del Carmen	No se encuentra en el Recinto
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	SÍ
Honorable Senador Soto Jaramillo Carlos Enrique	SÍ
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	SÍ

Por el NO cero (0) votos, diez (10) votos por el SÍ, la Comisión Séptima del Senado de la República aprobó el informe con que termina la ponencia al **Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado y Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado**, señor Presidente.

**Presidente, honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:**

Muy bien, honorables Senadores, se levanta la Comisión y se convoca para el martes a las diez de la mañana (10:00 a. m.), para continuar con el estudio del proyecto y darlo por terminado el martes.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Siendo las dos y treinta cinco de la tarde (02:35 p. m.), el señor Presidente declara formalmente levantada esta Sesión y de conformidad con el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, como quiera que no se alcanzó a evacuar toda la temática, se continuará el próximo martes con el Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado y acumulado Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado. Muchas gracias a todos y muy buenas tardes.

H. S. EDUARDO ENRIQUE PULGAR DAZA  
PRESIDENTE  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

H. S. LUIS ÉVELIS ANDRADE CASAMÁ  
VICEPRESIDENTE  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
SECRETARIO GENERAL  
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

La Secretaría deja constancia que en esta sesión se presentaron, discutieron y aprobaron los siguientes impedimentos:

**Sesión ordinaria del miércoles tres (3) de diciembre de 2014, según Acta número 23, de la Legislatura 2014-2015.**

Antes de iniciar la discusión y votación de la ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 024 de 2014 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 077 de 2014 Senado**, los honorables Senadores: Pestana Rojas Yamina del Carmen y Andrade Casamá Luis Évelis, presentaron los siguientes impedimentos:

- La honorable Senadora Pestana Rojas Yamina del Carmen presentó el siguiente impedimento:

“Declaración de Impedimento. De conformidad con los artículos 291, 292 y 293 de la Ley 5ª de 1992, presento impedimento para participar en la discusión y la votación del **Proyecto de ley número 24 de Senado**, por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), como hospitales y clínicas. Acumulado con el **Proyecto de la ley número 77 de 2014 Senado**, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, por cuanto pertenezco a un cabildo indígena del resguardo del Zenú que tiene una propiedad colectiva de una entidad prestadora de servicio de salud denominada Manexca EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de salud Manexca IPS I. Yamina Pestana Rojas, Senadora de la República”.

Puesto a consideración y votación el impedimento presentado por la honorable Senadora Yamina del Carmen Pestana Rojas, este fue aprobado por doce (12) votos a favor, ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de doce (12) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Andrade Casamá Luis Évelis, Blel Scaff Nadia Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Gaviria Correa Sofía Alejandra, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ospina Gómez Jorge Iván, Pulgar Daza Eduardo Enrique, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro.

La Secretaría deja constancia que la honorable Senadora Yamina del Carmen Pestana Rojas, no estuvo presente ni participó en la discusión y votación de su propio impedimento.

- El honorable Senador Andrade Casamá Luis Évelis presentó el siguiente impedimento:

**“Declaración de impedimento.** Doctor Eduardo Enrique Pulgar Daza, Presidente de la Comisión Séptima. Respetado señor presidente: Debido a que tengo un hermano como director de una IPS en el departamento del Chocó, le solicito ponga en consideración de la Comisión mi impedimento para participar en el debate del Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado. Luis Évelis Andrade Casamá, Senador Movimiento Alternativo Indígena y Social (MAIS)”.

Puesto a consideración y votación el impedimento presentado por el honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, este fue aprobado por once (11) votos a favor, ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Blel Scaff Nadia Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Gaviria Correa Sofía Alejandra, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ospina Gómez Jorge Iván, Pulgar Daza Eduardo Enrique, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro.

La Secretaría deja constancia que honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá, no estuvo presente ni participó en la discusión y votación de su propio impedimento.

La Secretaría deja constancia que los honorables Senadores: Yamina del Carmen Pestana Rojas y Luis

Évelis Andrade Casamá, no estuvieron presentes ni participaron en la discusión y votación de la ponencia para primer debate y Texto Propuesto al Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado.

Una vez resueltos los impedimentos, fue puesto a consideración el informe de ponencia para Primer Debate y el Texto Propuesto al Proyecto de ley número 24 de 2014 Senado, por la cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como hospitales y clínicas”, acumulado con el Proyecto de ley número 77 de 2014 Senado, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los tres (3) días del mes de febrero del año dos mil quince (2015).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, del Acta número 23 de fecha miércoles tres (3) de diciembre de dos mil catorce (2014), correspondiente a la Vigésima Tercera Sesión de la Legislatura 2014-2015.

El Secretario,

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

**CONTENIDO**

Gaceta número 14 - Miércoles, 4 de febrero de 2015	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
	Págs.
ACTAS DE COMISIÓN	
Comisión Séptima Constitucional Permanente	
honorable Senado de la República	
Acta número 22 de noviembre 26 de 2014 .....	1
Acta número 23 de diciembre 3 de 2014 .....	24