



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XX - N° 61

Bogotá, D. C., lunes, 28 de febrero de 2011

EDICIÓN DE 36 PÁGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2010

(noviembre 29)

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 186
DE 2010 SENADO**

por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud.

**ACUMULADO CON LOS PROYECTOS
DE LEY NÚMEROS 189 DE 2010 SENADO**

por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia.

Y EL 131 DE 2010 CÁMARA

por el cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones.

Convocada mediante Resolución número 05 del 23 de noviembre de 2010 con el fin de escuchar a las personas naturales o jurídicas interesadas en presentar opiniones u observación sobre el **Proyecto de ley número 186 de 2010 Senado**, por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en

los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de Seguridad Social, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud. Acumulado con los Proyectos de ley números 189 de 2010 Senado, por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia, y el 131 de 2010 Cámara, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones.

Siendo las 9:20 a. m. del día 29 de noviembre de 2010 en el salón Guillermo León Valencia, Capitolio Nacional en la ciudad de Bogotá, D. C., se da inicio a la Audiencia Pública previamente convocada y con la presencia de los honorables Senadores miembros de la Comisión Primera y bajo la Presidencia del honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón - Ponente

Por Secretaría se da lectura a la Resolución número 05.

RESOLUCIÓN NÚMERO 05 DE 2010

(noviembre 23)

por la cual se convoca a Audiencia Pública.

La Mesa Directiva de la Comisión Primera del honorable Senado de la República,

CONSIDERANDO:

a) Que se encuentra en trámite en la Secretaría de la Comisión Primera del Senado, Legislatura 2010-2011, el **Proyecto de ley número 186 de 2010 Senado**, por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema

*de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud. **Acumulado con los Proyectos de ley números 189 de 2010 Senado**, por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia, y el **131 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones;*

b) Que los ponentes coordinadores, honorables Senadores Karime Mota y Morad y Juan Manuel Galán Pachón presentaron en la sesión del día 16 de noviembre de 2010, Acta 26, una proposición en la que solicitan convocar Audiencia Pública sobre el Proyecto de ley número 186 de 2010 Senado, moción aprobada por los Miembros de la Comisión;

c) Que la Ley 5ª de 1992 en su artículo 230, establece el procedimiento para convocar las Audiencias Públicas sobre cualquier proyecto de acto legislativo o de ley;

d) Al igual que el artículo 230 de la Ley 5ª de 1992, faculta a la Mesa Directiva, para reglamentar lo relacionado con las intervenciones y el procedimiento que asegure la debida atención y oportunidad,

RESUELVE:

Artículo 1º. Convocar una Audiencia Pública para que las personas naturales o jurídicas interesadas, presenten sus observaciones, en los temas que trata el **Proyecto de ley número 186 de 2010 Senado**, por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud. **Acumulado con los Proyectos de ley números 189 de 2010 Senado**, por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia, y el **131 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones.

Artículo 2º. La Audiencia Pública se llevará a cabo el día lunes 29 de noviembre de 2010, en la ciudad de Bogotá, en el Salón Guillermo Valencia, a partir de las 9:00 a. m.

Las intervenciones de los inscritos, tendrán una duración de diez (10) minutos, prorrogables de

acuerdo al número de inscritos y a criterio de la Presidencia de la Comisión.

Artículo 3º. Las preinscripciones para intervenir en la Audiencia Pública, podrán realizarse telefónicamente en la Secretaría de la Comisión Primera del Senado, los días miércoles 24, jueves 25 y viernes 26 de noviembre, en el horario de 9:00 a. m. a 5:30 p. m.

Con la radicación del documento, en las fechas mencionadas en el inciso anterior, original y dos copias de la intervención, conforme lo dispone el artículo 230 de la Ley 5ª de 1992, se entenderá formalmente inscrita la persona. En caso de no radicarse el documento se anulará la preinscripción.

Artículo 4º. La Secretaría de la Comisión Primera del Senado efectuará las diligencias necesarias ante el área administrativa del Senado de la República, a efecto que dicha Audiencia sea de conocimiento general y en especial en la publicación de un aviso en un periódico de circulación nacional y/o de la divulgación de esta Audiencia en el Canal del Congreso y el Canal Institucional.

Artículo 5º. Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., el veintitrés (23) del mes de noviembre del dos mil diez (2010).

El Presidente,

Eduardo Enríquez Maya.

El Vicepresidente,

Roy Leonardo Barreras Montealegre.

El Secretario,

Guillermo León Giraldo Gil.

Secretario:

Al respecto me permito informarle señor Presidente, que de acuerdo a la resolución, fue publicado un aviso de un diario de circulación nacional, y de igual manera por varios días se anunció esta Audiencia Pública en el Canal del Congreso.

Se inscribieron conforme a la Ley 5ª, con radicación de documento los siguientes: El señor *Witney Chávez Sánchez*, Seguridad Social de la CUT, *Mario Hernández Viva* la Ciudadanía, *Carlos Palacino* Presidente de Salucoop, y *Jorge Maldonado* Salubrista.

Estas son las personas señor Presidente que se inscribieron de conformidad con la Ley 5ª de 1992 y la Resolución número 5 del 5 al 3 de noviembre de 2010.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor **Witney Chávez Sánchez**, Seguridad Social CUT:

Buenos días para todas y todos. Muchas gracias señores Presidente de Senado y Cámara por esta invitación. En nombre de la Central Unitaria de Trabajadores, quiero plantear en primer lugar que cuando hablamos de una Ley Estatutaria, entendemos que está referida a los derechos fundamentales, como lo señala el artículo 153 de la

Constitución Política y entonces es necesario que en toda formulación de Ley Estatutaria, aparezca la definición en este caso de la salud, como un derecho fundamental. Esto no es una simple formalidad, esto significa que al definir la salud como un derecho fundamental, tenemos el punto de partida para las demás definiciones del Proyecto de Ley Estatutaria.

Omitir la caracterización de la salud como un derecho fundamental, nos lleva precisamente a una serie de contradicciones que queremos mostrar aquí. La primera de ellas es que el derecho fundamental, implica criterios como la unidad, la equidad, la universalidad, la integralidad, en los términos en los cuales se ha expresado la Corte Constitucional.

Y el Proyecto de Ley Estatutaria en las dos versiones que conocimos y luego en el Proyecto modificado no conocemos el texto de la ponencia final, se refieren precisamente a un recorte del derecho a la salud.

Recorte que se expresa en varias consideraciones, la primera, posterga la unificación de los planes. A nosotros nos parece que no se puede hablar de un derecho fundamental, cuando se mantiene una discriminación, en los planes de beneficios precisamente en razón de la capacidad de pago. Mantener un régimen contributivo o un plan de régimen contributivo y otro subsidiado hasta el año 2015 significa mantener la desigualdad, significa mantener la discriminación, significa mantener una selección por la vía de capacidad de pago, lo cual está en contra vía del derecho fundamental.

En segundo lugar, la Corte Constitucional ha llamado la atención sobre la necesidad de romper las barreras de pago, incluso en la definición de la integralidad, la Corte Constitucional ha dicho que el derecho a la salud implica garantizarle a las personas la atención y la prestación de los servicios y procedimientos requeridos, independientemente de que estén en el Pos o no lo estén, independientemente de su capacidad de pago. Ese criterio que establece una ruptura con toda las barreras de acceso, no es tenido en cuenta en la propuesta de Ley Estatutaria, allí aparecen definiciones como la negación del recobro, como la cláusula que impide que un servicio costoso, bajo el pretexto de captar recursos que podían utilizarse en otras personas, ese tipo de formulaciones impiden que las personas tengan un acceso indiscriminado a la salud.

Establecer que hay una contradicción entre lo que es costoso y no lo es, o entre lo que está en el POS y lo que no lo está, es recortar el derecho a la salud.

En tercer lugar, consideraciones que la Constitución en su artículo 49 habla de la salud como un servicio a cargo del Estado, lo que se hace en el Proyecto es mantener y fortalecer la capacidad de administración y de lucro por parte de las entidades privadas en este caso las EPS que en su mayoría son privadas, el principio constitucional de un servicio público a cargo del Estado, significa recuperar para

el Estado su capacidad de gestión, de administración, y no solo de control y de regulación que es el que aparece en el Proyecto de Acto Legislativo, así que nosotros consideramos que es necesario que el Estado tenga su capacidad, que recupere su liderazgo, no solo en temas de regulación, no solo en tema de control, no solo en tema de vigilancia, sino fundamentalmente en su capacidad de administrar y prestar directamente los servicios y ahí llegamos a la cuarta consideración y es que el Estado aparece desdibujado.

Es positivo que se piense cambiar un enfoque eminentemente curativo, y pasar a un enfoque preventivo, a un enfoque de la promoción, a un enfoque de atención primaria en salud y demás. Pero todo esto se está trasladando directamente a las EPS, eso significa que el poco papel que aún le quedaba al Estado, le está siendo arrebatado en ese sentido, nosotros insistimos que es necesario que este tipo de actividades mantengan su responsabilidad en manos del Estado, que la red pública hospitalaria sea fortalecida, la red pública hospitalaria se convierta en el eje de todo lo que significa un nuevo modelo en salud y no como se está haciendo en el proyecto, que mantiene un fortalecimiento de las EPS y una posición débil del Estado.

Esto es más evidente cuando se acerca el caso de las regiones más pobres, de los departamentos más apartados de los antiguos territorios nacionales. En ese caso como el lucro es menor, allí sí se posibilita que el Estado esté presente. Nosotros decimos el Estado debe jugar un papel en todo el territorio nacional, debe sustituir la intermediación financiera, debe sustituir la intermediación de las EPS.

Nosotros consideramos además que es positivo que haya un incremento de los recursos, como entendemos se pretende en el proyecto y también en el de Ley Ordinaria, pero también decimos que el problema no es de recursos, el problema es que se están perdiendo los recursos, de cada cien pesos que se invierten a la salud, escasamente un rango del cincuenta por ciento al sesenta por ciento llega al usuario, el resto de pierde la intermediación, intermediación de la administración, intermediación de los medicamentos, intermediación de diferentes cadenas que deben ser suprimidas en un proyecto.

En fin, nosotros pensamos que este proyecto en los términos que conocimos, o sea en sus tres primeras versiones, no conocemos la ponencia final, debería ser retirado de la discusión y colocar como ejes de lo que es la salud para Colombia un nuevo modelo, un nuevo modelo que reconozca sintetizando, primero que la salud es un derecho fundamental.

Segundo. Que no puede haber ninguna diferenciación en la atención en razón de la capacidad de pago.

Tercero. Que el Estado debe jugar un papel preponderante.

Cuarto. Que se deben eliminar todas las barreras de intermediación y todas las barreras de acceso.

Agradecemos mucho la atención.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Mario Hernández, Viva la Ciudadanía:

Bueno. Muy buenos días. Gracias señor Secretario. Muy buenos días señores Senadores y miembros del Gobierno, invitados a esta Audiencia. Realmente voy a hacer una intervención no en nombre de Viva la Ciudadanía, sino de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de reforma estructural del Sistema de Salud y de Seguridad Social.

Viva la Ciudadanía es la organización que ejerce la Secretaría Técnica de esta Comisión, por eso es más conveniente hablar de esta Comisión y no tanto de viva.

Bien. Nosotros inscribimos un documento digamos una extensión suficiente, leer ese documento me indicaría por lo menos veinte minutos, el Presidente no está, no hay ningún Senador presente, no sé Secretario si es pertinente continuar sin la presencia de los Senadores, qué práctica tienen en la comisión para este tipo de situaciones.

Secretario:

Doctor Mario, le voy a robar dos minuticos y se los descuento de su tiempo. Dice la Corte Constitucional en la Sentencia 1043 de 2005. En criterio la Corte ninguna de las acusaciones efectuadas por el demandante está llamada a prosperar. Primero. El artículo 116 de la Ley 5ª de 1992 o del concepto y las clases de quórum define este último concepto como el número mínimo de miembros asistentes que se requiere en la corporación legislativa para poder deliberar o decidir. De allí se infiere que lo dispuesto en dicho artículo sobre el quórum no es aplicable a las Audiencias Públicas de participación ciudadana, decretadas por los Presidentes de las Cámaras Legislativas, sus comisiones permanentes, dado que el propósito de esta no es el de que los congresistas deliberen, ni decidan sobre algún asunto, sino el de permitir a los particulares interesados expresar sus posiciones y puntos de vista sobre el Proyecto de ley o Acto Legislativo que se esté examinando en la célula legislativa correspondiente.

No son así sesiones del Congreso, de sus Cámaras, sino Audiencias programadas para permitir la intervención de los ciudadanos interesados. Además, estas intervenciones de su señoría, los otros intervinientes son elevadas a un acta, es publicada en la *Gaceta del Congreso*, y por disposición del propio reglamento, enviada a los Coordinadores de ponencia para que obligatoriamente tengan en cuenta las intervenciones que se hicieron en Audiencia Pública, cosa que no sucede con los foros y otras actividades del Congreso, respecto a la participación ciudadana.

Puede continuar doctor Mario. Le descuento el tiempo.

Recobra el uso de la palabra el doctor Mario Hernández, Viva la Ciudadanía:

Le agradezco mucho. Bien. El documento tiene dos partes, que se refiere en la primera al Proyecto de Acto Legislativo sobre sostenibilidad fiscal. Y

la segunda a Ley Estatutaria. Viendo que las dos iniciativas tienen unas relaciones estructurales, incluso con la Ley Ordinaria, por eso hicimos la presentación de los dos elementos de acuerdo con el análisis que ha venido haciendo la comisión.

La comisión está conformada por varias asociaciones profesionales de la salud, grupos de investigación de diferentes universidades públicas y privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Esta comisión ha sido reconocida por la Corte Constitucional en su Auto 316 de 2010 proferido por la Sala Especial de Seguimiento.

Bueno. Primero la Comisión saluda esta iniciativa de abrir el debate público en el seno del Senado, para asuntos que tienen tanto interés y sobre todo tanta importancia para la sociedad.

Porque en este tipo de iniciativas, se define la relación fundamental entre la sociedad y el Estado, y sobre todo la relación entre el ciudadano común y la organización política por excelencia que es el Estado.

Toda excepción pública implica valores que orientan las acciones en algún sentido. Los valores ordenan las prioridades y los proyectos políticos. No puede entenderse un debate sobre los derechos como un asunto estrictamente técnico, pues siempre implica dilemas morales que las sociedades democráticas deben resolver a partir del debate público y el reconocimiento de las diferentes posiciones, pero también de las desigualdades de poder que existen en la sociedad.

Por esto la velocidad con que ha impulsado el Gobierno, el debate de los proyectos en cuestión, no es conveniente, y debería esta comisión ampliarlo, lo máximo posible para no tomar decisiones apresuradas que puedan llevar a consecuencias inconvenientes y prevenibles.

El análisis que hasta el momento ha realizado al CCR, permite afirmar que las dos propuestas gubernamentales, el Proyecto de Acto Legislativo 016 de 2010 y el Proyecto de Ley 186 de 2010 sobre sostenibilidad fiscal, y Ley Estatutaria de Salud respectivamente, son contrarias al desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional y al bloque de constitucionalidad relacionado con los derechos sociales, económicos, culturales, según las observaciones de los comités internacionales de Naciones Unidas.

Esto desde la perspectiva odontologista, esto es del deber ser de los derechos, pero también desde la perspectiva de las consecuencias derivadas de las propuestas presentadas.

Primero. Sostenibilidad fiscal en el marco constitucional. Respecto del Proyecto 016 de 2010 sobre sostenibilidad fiscal, es necesario reconocer que se trata de un viejo debate que se ha presentado en el país de tiempo atrás, pero que se expresó de la manera más amplia en la Asamblea Nacional Constituyente, y de la correlación de fuerzas del momento, surgió el mandato constitucional de la prioridad del gasto social en la organización de la inversión estatal, para garantizar el sentido de la

prioridad de la vida y de la dignidad de las personas, clave del elemento redistributivo de la Constitución, por encima de los intereses económicos y de la concentración de riqueza en las decisiones del Estado, respecto del manejo de los recursos fiscales.

A pesar de lo anterior, la estructura tributaria del país ha sido y sigue siendo regresiva. Esto extrae proporcionalmente más de quienes tienen menos. Han disminuido los ingresos derivados de la renta. Se consolida una serie de exenciones al capital y a la inversión extranjera, en especial en el sector minero, y aumentan los ingresos derivados del consumo y los aportes directos de los trabajadores. Todo esto en el marco de la confianza inversionista y la flexibilización del mercado laboral.

Si bien los ingresos de los grandes inversionistas han crecido, el desempleo continúa en cifras de dos dígitos y la concentración de riqueza aumenta. El informe de CEPAL de 2009, ubica a Colombia como el país más inequitativo de la región, más inequitativo del mundo. Qué es América Latina.

El Proyecto de Acto Legislativo 016 pretende elevar la sostenibilidad fiscal, al rango de derecho fundamental superior, como la manera de hacer viable el Estado Social de Derecho.

Por ello obliga a la elaboración de los presupuestos anuales con base en una regla fiscal que logre sostener el superávit primario, para garantizar el equilibrio fiscal de mediano plazo. En apariencia esta es una verdad incontestable.

Pero en realidad se trata simplemente de la aplicación inflexible de la corriente neoclásica de la teoría económica, que resulta funcional y necesaria para garantizar la estabilidad monetaria de los mercados en un marco de competitividad en especial en el marco del nuevo régimen de acumulación que se ha desarrollado en los años 60, 70 de la globalización económica actual, y se ha denominado de financiarización. Esto es el predominio de la acumulación financiera por encima de los demás sectores de las economías, de esta forma la sostenibilidad conviene más a los inversionistas y a los propietarios de grandes capitales, que a la población que sobrevive en el mercado laboral informal, y de pequeños negocios.

Existen otras opciones basadas en teorías keynesianas por ejemplo, para las cuales una inversión estatal orientada al mantenimiento del trabajo y el consumo sostenido de la población, no solo contribuye a dinamizar las economías, sino constituye una presencia mayor del Estado en la garantía de los derechos económicos sociales y culturales.

En la perspectiva del proyecto, la regla fiscal que se aplicaría si se siguen los documentos elaborados por el Ministerio de Hacienda del Departamento de Planeación, implicaría un ejercicio que excluye el monto del pago de la deuda pública y el gasto en seguridad y concentra la priorización en cada uno de los sectores que orientan a garantizar los servicios y los derechos económicos sociales y culturales. De allí se deriva la necesidad de aplicar un modelo de convergencia entre la sociedad

y el Estado que los economistas del Banco Mundial, han denominado manejo social del riesgo, en el que cada cual busca lo suyo, según su capacidad de pago y el Estado solo hará protección social marginal.

Según estos autores, Hosman y Yorgesen del Banco Mundial, la nueva protección social es un conjunto “De Inversiones Públicas”, primero para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo de mejor forma.

Y segundo. Para prestar apoyo a los pobres en situación crítica. De esta forma los escasos recursos públicos disponibles, serían utilizados para programas de subsidios a la demanda, como familias en acción, subsidios educativos, régimen subsidiado en salud.

El resto debe estar financiado por aportes de las personas, ligados a la capacidad de pago, a cambio de planes de beneficios como aparece en la ley, en el Proyecto de Ley Ordinaria, seguridad social recientemente aprobada por las Comisiones Séptimas.

Esta tendencia lo único que hace es profundizar las desigualdades sociales existentes, pues quien tiene más siempre recibirá más que quien tiene menos.

La decisión no es técnica, es un asunto político que debe ser analizado desde diferentes opciones y conveniencias para la mayoría de la población. Como lo ha propuesto el profesor César Giraldo, por qué no aplicar una regla fiscal que recupere la política monetaria, restrinja el pago de la deuda y el gasto militar y garantice los ingresos necesarios para sostener la prioridad del gasto social que ordena la Constitución.

Si realmente se quiere desarrollar el mandato constitucional del Estado Social de Derecho, es necesario revisar la estructura de la Fiscalía en su conjunto, tanto en los ingresos como en los gastos, de manera que la orientación fundamental sea el bienestar de la población, más que las garantías al capital.

Voy a pasar enseguida a las limitaciones del derecho por la Ley Estatutaria en Salud. Creo que es el punto central y merece toda la discusión que permita este escenario.

La exposición de motivos del Proyecto de Ley Estatutaria en Salud, que se ha presentado. También se ubica en una posición neoclásica, en la cual se identifican los servicios de salud como bienes privados que se transan en el mercado de aseguramiento y reduce la salud pública a un conjunto de actividades del Estado para corregir altas externalidades, esto es asuntos que afectan a muchos al mismo tiempo.

Desde allí el Gobierno propone una definición del derecho fundamental a la salud, lee la jurisprudencia de la Corte Constitucional, valora la situación crítica del sistema, interpreta las causas y propone soluciones.

Pero esa no es la única posición posible ni deseable, cuando se acepta esto, entonces se cierra el

debate, si se abre la puerta y se avanza un poco en la discusión, estaríamos evitando la dictadura de la tecnocracia, el debate con seguridad se presentará en la Corte Constitucional cuando versa su función de control, pues el espíritu de la jurisprudencia acumulada no se basa en la perspectiva individualista y utilitarista que defiende este proyecto, sino en una perspectiva de odontologista, universalista y sobre todo basada en la dignidad del ser humano, fundamento de los derechos sociales económicos y culturales del bloque de Constitucionalidad.

Al examinar en detalle la argumentación y los fundamentos de la propuesta gubernamental, se encuentra en una posición política muy clara, similar a la sustentada por el Gobierno Uribe para la emergencia social, en esta posición los recursos de un país periférico como Colombia, son siempre escasos, el derecho fundamental a la salud, declarado autónomo por la Corte Constitucional, puede serlo solo “frente a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud”, de allí que la Ley Estatutaria se concentre en regular el núcleo esencial del derecho” y establezca los criterios para definir y analizar el plan de beneficios que será el contenido explícito del derecho ...

Todos sabemos tiene que ver con el derecho. En la propuesta predomina el enfoque utilitarista que solo apunta el equilibrio financiero sin cuestionar la estructura del gasto, ni la concentración de los recursos en los agentes dominantes del sistema, es decir; los recursos de intermediación que están encareciendo los servicios.

En pocas palabras los criterios del Gobierno para la definición del plan de beneficios son tres, primero la carga de la enfermedad, es decir que tanto impacto económico poblacional tiene cada enfermedad.

Segundo. El equilibrio de la unidad de pago por capacitación UPC, esto es qué tan rentable y sostenible es la póliza que se paga a las EPS.

Tercero. Es costoefectividad de cada actuación, según la evidencia científica que puede sustentar el equilibrio financiero de la póliza, porque siempre tiene costo efectividad.

El Proyecto también acude a las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana, así dice: pero de cuál participación se habla, con seguridad de la que ha venido realizando la Comisión de Regulación en Salud, por medio de Internet o de los dos o tres días que tuvo el Proyecto de Ley Estatutaria para recibir observaciones en la web del Ministerio.

El proyecto plantea que cualquier prestación no incluida en el Plan de Beneficios, podrá ser dispensada, siempre y cuando los médicos del Comité de Técnicos-científico de la EPS, y la Junta Médica Especializada de la Superintendencia Nacional de Salud, decida que pueda ser atendida, pero sobre la base de la pertinencia médica y la justificación financiera, es un criterio fuerte para asignación.

Y tal evidencia debe salir de las guías de atención que ahora serán elaboradas con una entidad

sin ánimo de lucro, pero en todo caso muy costoso con participación de médicos colombianos.

Lo que no esté en el plan, será cubierto según la capacidad de pago de las personas y entraríamos entonces nuevamente a la lógica de aumentar el pago de bolsillo de quienes tengan capacidad de compra y pasar al seguro privado adicional a lo que ya se paga en la seguridad social.

Dos consecuencias graves tendrá esta decisión, primero excluir toda posibilidad de reconocer prácticas médicas tradicionales, de las etnias colombianas por ejemplo, o de otras latitudes como las alternativas, las terapias alternativas son reconocidas en todo el mundo, de manera que se cierra el principio de aceptabilidad de los derechos y a la interculturalidad también ligada al derecho a la salud.

Segundo se profundizará la desigualdad según la capacidad de pago de las personas, de hecho ya se retiraron por ley de manera inconsulta las llamadas enfermedades huérfanas. Con el Proyecto una serie de atenciones que se requieren, pero que desequilibran la UPS, no serán atendidas, solo los extremadamente pobres podrían acudir a un subsidio y el resto le queda el extenso e inequitativo mercado de los seguros privados impulsados por esta manera de reglamentar el derecho.

En consecuencia muertes injustificadas por la rentabilidad de los aseguradores e inequidades aceptables en el bloque de constitucionalidad de los derechos.

En función de una nueva definición del principio de equidad, las personas tendrán acceso igual al mismo plan siempre y cuando “Las prestaciones individuales que resulten de su necesidad, no pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población”, esta limitación rompe por completo el principio de solidaridad de cualquier Sistema de Seguridad Social, pues su fundamento está en la vieja máxima de Lui Bland, de cada cual según su capacidad y a cada cual según su necesidad.

Tal confluencia es la que permite que el joven, el sano y el rico. Señor Presidente, ¿puedo continuar? Gracias.

Bien. Esta situación lo que hace es precisamente poner a los individuos en una reflexión que es bastante perversa. Una persona con cáncer va a tener que sentirse culpable porque la atención de su cáncer va a excluir a diez mil niños, las vacunas de diez mil niños o tres mil UPS de régimen subsidiado.

Es en un Sistema de Seguridad Social, de poner a competir los individuos de acuerdo a su necesidad, no es conveniente, ni es justo si quiera, ni es de pensable digámoslo así.

Bien. El otro elemento que queremos resaltar, es el autocuidado, la lógica que se presenta allí es terriblemente perversa, uno no puede poner en el mismo nivel una responsabilidad de las personas a contribuir a su propio cuidado y al de la familia etc., como un correlato del deber del Estado de garantizar los derechos, eso no conviene y al con-

trario va a producir un efecto perverso y es que las EPS van a tratar de estimular a las personas y el autocuidado cuando ellas comprueben le van a dar premios económicos y esto va a pasar lo mismo que con las pólizas de los carros. Que uno no las va a usar precisamente para no ser castigado indirectamente por la EPS y eso no es conveniente en salud.

Bien. Yo creo que el punto central está en que la forma como se ha argumentado esta Ley Estatutaria, está ubicada en una sola lógica que es contraria al bloque de constitucionalidad que garantiza los derechos.

Ese es el punto de discusión más importante, no es que no haya otras opciones, existen en el mundo comprobables y definidas opciones que están apuntando mucho más a ello y que tienen una forma de organización diferente. Por ejemplo pagador único público que recoge todos los aportes de la sociedad y va directamente a organizar unas redes de atención lo más cerca de las personas. Sin una intermediación de lucro como existe hoy en el país, a pesar de los mecanismos de regulación, inspección, vigilancia y control que tiene este sistema y que han sido superados con creces con todos los actores e intermediarios del asunto.

Y esto implica también un último elemento y es que se ha dicho todos los sistemas del mundo están enfrentados al aumento de costos, de ese complejo médico industrial voraz que siempre está aumentando costos, y se nos traen ejemplos como Nais, este instituto nacional para la excelencia clínica en Inglaterra o los pactos que se han hecho para el plan del Estado de Oregón en Estados Unidos y se ponen en el mismo nivel.

No, quiero mostrarles que son dos lógicas completamente distintas, el Nais. Si ustedes entran a lo que está en la página web del Nais, nada más en eso, no dice ninguna parte que lo que ellos decidan con las guías, define el contenido del plan de atención primario cubierto con recursos públicos, en ninguna parte dice eso, incluso no aceptan los Ingleses ese tipo de relación entre lo que define El Nais costo-efectividad y lo que se les va a prestar. Hay incluso un concejo de treinta personas que se modifica cada año, que está filtrando y diciendo cuando Nais puede por las preferencias políticas de los Ingleses, incluir o no incluir un servicio, un beneficio, pero no es como se dice en la exposición de motivos.

Y este plan concertado estándar del Estado de Oregón, si ustedes ven, es un plan limitado de servicios médicos que cubre un número limitado de adultos, sin seguro médico que no reúnen los requisitos del programa tradicional, luego es absolutamente distinto a una garantía amplia del derecho, pero lo ponen también como un ejemplo de control de costos.

Con todo esto, la Comisión está muy atenta a esta discusión, creemos que debe ampliarse entonces, el asunto no es solamente técnico, tiene que ver justamente con los desarrollos que ha tenido este país respecto de los derechos y ese principio

de dignidad humana que es fundamental para ordenar derechos en cualquier terreno. Muchas gracias.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

Muchas gracias a usted por su intervención.

Secretario:

Continúa el doctor Carlos Palacino, Presidente de Saludcoop.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

El doctor Palatino creo que llamó a excusarse.

Secretario:

Entonces continuaría el doctor Jorge Maldonado.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Jorge Maldonado, Salubrista:

Presento un atento saludo a la Mesa y a los Representantes del Ejecutivo y del Legislativo aquí presentes.

Mi presentación más que salubrista es como educador y editor y como vocero de Asuntos Educativos de la Federación Médica Colombiana.

Limitare mis comentarios al derecho a la educación médica continua de los profesionales de la salud y a la información en salud de la Sociedad o Convidar.

La salud y la educación son derechos fundamentales consagrados por la Constitución que generan deberes de los ciudadanos. El derecho de los profesionales a la educación médica continúa, el conocimiento médico actualizado o permanente es un pilar esencial de la calidad de la práctica profesional y por ende del mantenimiento de la salud, de los ciudadanos.

Un profesional no idóneo, en lugar de proteger la salud, constituye un riesgo para la sociedad, en los diferentes Proyectos de la Ley Estatutaria de la Salud bajo consideración de una u otra manera, se hace alusión a la educación de los profesionales de medicina a cuyo cargo está la salud de los ciudadanos.

Específicamente el artículo 12 Capítulo 4º de la propuesta del ejecutivo reza: los egresados de los programas de educación superior en medicina, tendrán el derecho y el deber de participar en procesos de formación continua y recertificación de su idoneidad y competencia como requisito para el ejercicio de su profesión.

El derecho a la educación médica continua implica, que el sistema tendrá la responsabilidad de cumplir con ese derecho de todos los profesionales de la medicina, quienes tendrán el deber u obligación de utilizar los medios educativos y de demostrar la asimilación del conocimiento. A ese tenor, debe enfatizarse que la Corte Constitucional al declarar inexecutable el artículo 25 de la Ley 1164 de 2007 o Ley del Talento Humano en Salud, manifestó que la recertificación de los profesionales debería tramitarse a través de una Ley Estatutaria como en efecto procede hacerse en la actualidad.

La Corte reconoció la necesidad de la demostración de la idoneidad profesional, para protección de los ciudadanos y enfatizó para protección de los ciudadanos, expresado por la Corte Constitucional.

Derecho de los ciudadanos a la información sobre la salud y deber de lo cuidado. Y aquí quiero insertar quizás una consideración importante en lo que debe interpretarse como deber del cuidado que más deben ser como recomendaciones.

En la Ley Ordinaria de la salud, que hace tránsito en el Congreso Nacional, se consagra la obligación ciudadana del autocuidado, sin embargo ese deber no puede cumplirse a cabalidad si todo ciudadano, de cualquier edad o condición, no cuenta con medios para informarse y educarse sobre la salud, el autocuidado y la recuperación del bienestar.

Se colige que si hay una recomendación o deber del autocuidado, debe conllevar el derecho ciertamente inamovible de la información en salud, como lo consagran por ejemplo a nivel internacional el plan del milenio.

El derecho a la información en salud para la comunidad.

Proposición:

Respetuosamente sugerimos a los legisladores y al Gobierno Nacional, que se incluya en la Ley Estatutaria motivo de consideración, dos artículos que consagran el derecho y el deber de la educación médica continua para los profesionales y el derecho de la información en salud así como las recomendaciones sobre el autocuidado para los ciudadanos.

Consideraciones adicionales, la educación médica continua y la información sobre la salud, deben ser amplias e incluyentes, sin restricciones, cortapisas sin imposiciones y sin sesgos comerciales o económicos de ningún tipo. La evidencia científica nunca es completa y menos aún inmutable.

La renovación del conocimiento es permanente, de esa manera la educación y el conocimiento que se ofrezcan, deben ser basados en la mejor evidencia disponible al momento de la emisión del documento educativo, permitiendo al profesional y su autonomía, el uso de aplicación discrecional, de ahí la glosa muy deficiente que debe existir a documentos como protocolos, guías, etc. Que no tienen ningún valor permanente, ni ningún sustento real en evidencia permanente, porque no existe.

La educación médica continuada para los profesionales, y la información en salud para la comunidad, deberá de valerse de las tecnologías de la información y de la comunicación, que permite llegar en el momento a todos los rincones del país con metodologías y tecnologías de punta. Es decir; educación médica, continua, virtual de la cual ya tenemos experiencia pragmática en el país, en los sitios más remotos y aislados. Con esos propósitos se debe recabar la participación decidida de otros Ministerios como el de las tics y el de la educación. Es fundamental que el país propicie la generación de los contenidos apropiados, para las tareas educativas en consideración, para lo cual ya hay expe-

riencias valiosas en el país, en el campo de la salud y de la medicina.

Finalmente como la atención primaria y la prevención, son pilares esenciales de la reforma, la educación médica continuada, deberá estar fuertemente enfocada en esos objetivos bajo la guía del Ministerio de la Protección Social.

Directamente como responsabilidad del Estado no delegable, es muy importante enfatizar la inmensa mayoría de los centros de atención médica del país, con excepción de los más altos nivel o categoría, no cuentan con ninguna clase de recursos educativos en medicina y salud y al decir ninguna clase se dice con absoluta entereza, nada, absolutamente nada. Invito a cualquiera de los presentes a visitar, la inmensa mayoría de los centros de atención médica del país y no van a encontrar ningún elemento educativo, una biblioteca médica virtual que supla esa serie de eficiencia, no es solamente factible, sino una realidad parcial en la actualidad.

De tal manera que volviendo sobre la propuesta central, es que la Ley Estatutaria para darle mucho vigor y vigencia general, se incluyan dos artículos sobre el derecho y el deber de la educación médica continuada de los profesionales y el derecho de la información de los ciudadanos todos. Gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Víctor Julio Castillo Manrique, Director Fundación Cardiovascular de Colombia:

Muy buenos días. Muchas gracias Senador Galán por la invitación que me hizo a participar en esta Audiencia.

Realmente el momento en que está el sector de la salud es histórico. Con la presentación de este Proyecto Estatutario, presentado por el Gobierno Nacional, en el cual no solo estábamos esperando el sector de la salud y los médicos y las entidades hospitalarias desde hace mucho rato, sino también la honorable Corte Constitucional lo había sugerido en las diferentes Sentencias T-760 y otras que debía realmente regularse en un marco constitucional y este proyecto es hoy un proyecto no solo histórico, sino también va hacer el marco de la referencia para las futuras generaciones, y el funcionamiento de la salud para los colombianos.

Yo sí creo que la sostenibilidad del sistema es fundamental, y no creo que la sostenibilidad del sistema, la sostenibilidad fiscal, la sostenibilidad económica, vaya en contravía de los derechos fundamentales de los colombianos, es más, asegurarle la sostenibilidad financiera y fiscal por lo tanto, lo que va hacer es que los colombianos no perdamos los derechos fundamentales en el futuro, obviamente siempre y cuando este marco del Proyecto Estatutario y el Proyecto Ordinario que está en trámite en las Comisiones Séptimas y va para Plenarias, pues obviamente incluyan todos los fundamentos y todas las partes, todos los artículos administrativos que requieren para que la salud de una vez por todas tenga la prestancia, y no solo la prestancia sino también la cobertura en la población y la cobertura en los servicios que la población colombiana necesita.

Por lo tanto yo quiero expresarles señores congresistas, que este cuarto de hora que tiene la salud en Colombia, debe aprovecharse y debe de una vez por todas incluir soluciones al sistema como es la real universalización y crear un solo sistema de salud.

Yo creo que los sistemas o las excepciones que creó la Ley 100 cuando en el año 93 se expidió de dejar por fuera otros sectores, es el momento de incluirlos. Y yo sí creo que hay suficientes recursos en el país, bien administrados son suficientes para generar la mejor salud que pueden tener los colombianos, una salud que sea incluyente, una salud que sea solidaria, una salud que sea suficiente para poder prestarle los mejores servicios de salud a los colombianos.

Por lo tanto desde el punto de vista de aseguramiento, entendiendo que el aseguramiento en salud incorpora la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo, la articulación de los servicios individuales con el fin de garantizar el acceso efectivo, garantía y oportunidad de la prestación de los servicios de salud, nuestra propuesta es que exista un solo régimen de seguridad social que incorpore a quienes hoy son afiliados a los regímenes contributivos y subsidiados así como los beneficiarios de régimen de excepción, formándose un solo régimen único con afiliados obviamente contributivos, subsidiados, a quienes se garantiza el mismo plan de beneficios de una vez por todas, incluyendo todas las necesidades actuales que se vienen reconociendo hoy acción de tutela o vía de recobro al Fosyga.

Para el 2010 el gasto de salud se estima en veintitún billones de pesos, adicionalmente al gasto de los 2.5 de la cobertura No Pos, y 0.8 billones de pesos para la atención de beneficiarios de régimen de excepción.

Eso significa que en total contamos con un presupuesto aproximadamente de veinticuatro millones de pesos, que al dividirla por la población colombiana que somos según el DANE, una población cercana a los cuarenta y cuatro millones de colombianos, tendríamos una UPC general de quinientos cincuenta y dos mil doscientos setenta pesos anuales, muy superior a la UPC, promedio contributiva de cuatrocientos setenta mil pesos, para el 2010 incluyendo toda la atención de Plan Obligatorio de Salud más el No Pos.

Y en el subsidiado tenemos ya la experiencia de Barranquilla que los datos que nos han dado es que alrededor de cuatrocientos mil pesos por usuario, se pueda una unificación, los datos del Ministerio de Salud, una unificación del Plan Obligatorio de Salud. De tal forma que si nosotros miramos desde el punto de vista de recursos del país, lo que el país invierte en la atención de la población colombiana, hay recursos suficientes para poder dar una atención a todos los colombianos con una UPC muy superior a la que actualmente tenemos, y que generaría equidad, generaría subsidiaridad a la población pobre y que en general nos daría la oportunidad de tener tal vez uno de los mejores sistemas

de salud del mundo. Obviamente siempre y cuando podamos administrar desde el punto de vista del Estado, de las instituciones tanto EPS, IPS y los médicos de una forma ordenada, organizada y justo lo que los pacientes necesitan.

Tenemos adicionalmente algunas connotaciones que pueden tener en cuenta tanto en la Ley Estatutaria como en la Ley Ordinaria, para fortalecer el sistema de salud. Desde el punto de vista del sistema de flujo de recursos, creemos que la incorporación de las TIC en la tecnología, ya lo habló el doctor Maldonado, acerca de usar agresivamente, incorporarla dentro de la ley las TIC, darían un beneficio adicional en ahorros enormes que favorecería la optimización de los recursos.

La facturación, la autorización y pagos de servicios electrónicos, creemos que es un arma importante para poder disminuir los costos. Crear la red nacional de certificadores, para la autorización del sistema de salud en Colombia, servicio que será prestado por instituciones mixtas por el Estado o particulares de los cuales se encargarán de tramitar y de verificar la efectividad de las solicitudes de las autorizaciones, conforme a las resoluciones y lo que se modifique por el Ministerio.

Adicionalmente queremos en relación con el Proyecto de Ley Estatutaria, creemos y nos preocupan varias cosas, la tutela, creemos que la Tutela debe permanecer, la Tutela es tal vez la herramienta y logro constitucional más importante para el individuo y sobre todo entre más pobre más efectiva.

La tutela creo que debe permanecer obviamente reglamentada para como última instancia de que la persona, el ser humano en Colombia, el colombiano promedio y en general al más pobre que no tenga acceso a buscar hacer defender sus derechos, que está en una población lejana, que no haya forma de llegar a la Superintendencia, que no haya forma de llegar a los estamentos del Estado, si siempre hay un juez que le va a proteger sus derechos y va a obligar a que se le presten los servicios de salud, obviamente dentro de una reglamentación justa para que no haya los desbordes que hoy estamos viendo.

O sea, la universalidad en el sentido de que nuestra propuesta que ha existido, vuelvo y repito, que exista un solo régimen de seguridad social que incorpore hoy a los afiliados de todos los regímenes. En cuanto al artículo 15. La inembargabilidad de los recursos, nos preocupa muchísimo este tema, porque independiente de todas las reglamentaciones que se den, estoy seguro y lo digo aquí abiertamente, vamos a seguir teniendo dificultades en los flujos de recursos. Vamos a seguir teniendo dificultades en los cobros y también nuestros acreedores a las IPS, van a seguir teniendo dificultades de que nosotros las IPS le paguemos o que nosotros como IPS le cobremos a las EPS, yo creo que los destinos de los recursos en salud son inembargables, entre el camino del Fosyga a la EPS.

Pero de ahí para abajo todos debemos tener ese recurso que es del Estado, que es un recurso del Estado Social de Derecho, de poder acceder a cobrar

nuestras acreencias tanto IPS como nuestros acreedores o proveedores de suministros etc., a través de este recurso del embargo o de los problemas jurídicos, judiciales y por lo tanto creemos que debe limitarse la inembargabilidad de los recursos hasta un cierto límite donde llegan los recursos las EPS.

Al final, pues teníamos otros temas importantes, creemos que la salud debe estar incorporada en todo este complejo de las TIC, creo que favorecen y mejoran las condiciones de salud de los colombianos, sobre todo los colombianos más pobres y más alejados del país.

Medidas como antievasión y anteelusión, creemos que el tema de la, buscar más recursos para el sistema y dejar dentro de este Proyecto Estatutario, incorporadas las herramientas para que el sistema se proteja de la evasión y la elusión es fundamental y de esta forma aumentarle mayores recursos al sistema.

Y por último queríamos dejar un tema muy importante para el sector salud, sobre todo para el sector hospitalario, que es el tema de las glosas, las glosas es un tema de nunca acabar del sistema. Creemos que debe estar incorporado tanto en el régimen entre la Ley Ordinaria, y no sé en qué forma pueda ser incorporada dentro de esta Ley Estatutaria en el cual se puedan crear unos tribunales departamentales y distritales de glosa, que sean las herramientas locales dentro de los departamentos o municipios lejanos, donde las pequeñas o medianas IPS puedan solucionar sus problemas que en glosa se ha creado un problema de flujo de recursos muy importante. Puede existir un tema, un volumen de dineros muy grande o existe un tema de dinero muy grande en este rubro de glosas que nunca se solucionan y que al final después por el poder dominante, llegan y en la gran mayoría de los casos se arreglan cincuenta y cincuenta por la derecha, quitándole esos recursos a los hospitales públicos y a las IPS sobre todo de las regiones más indefensas del país.

Yo creo que este tema de las glosas también queríamos dejarlo aquí señora Viceministra, para que tenga en el articulado algo, una solución importante. De tal forma (...) Primera del Senado por la invitación y creemos que la salud va por buen camino. Este Proyecto de rango constitucional, este proyecto es fundamental para la salud del futuro en Colombia. Creemos que en muchos años no vuelve a ver otra oportunidad de estas, de oro, para poder solucionar los problemas de salud de los colombianos, tanto el ordinario como esta parte del Proyecto Constitucional, me parece que son fundamentales. Muchísimas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Zoilo Cuéllar Montoya, Academia Nacional de Medicina de Colombia:

Señora Viceministra, señores Senadores de la Comisión Primera, muy agradecido por la invitación.

Voy a presentar mi pensamiento que tiene un enfoque, que dijéramos filosófico, después de bastante tiempo de trabajar en esto, inclusive de ha-

berlo discutido a nivel de las posiciones en Latinoamérica. Sobre los diferentes países, diferentes sistemas de salud.

¿En cuál planteamiento no se debe basar un sistema de salud para Colombia?, no creo conocer ni un solo proyecto de modificación o cambio del sistema de salud de Colombia, de los que se han presentado a este parlamento a partir de 1990 y hasta la fecha que en mayor o menor grado no se haya visto impulsado por intereses individualistas de instituciones o de personas, gran parte de ellos absolutamente imbuidos o por una visión economicista o por una de poder o con fines políticos electorales, o por todos estos factores sumados. Incluido los intentos por quitar toda responsabilidad en salud, al propio Estado, cuando dicha obligación quedó absolutamente clara en el texto de la Ley 15 de 1925, que reconoció la responsabilidad del Estado en la asistencia pública en salud y en la cual el concepto de calidad se dio el paso a la acción obligatoria del Estado de velar por los enfermos y los menesterosos.

Por lo tanto el país entero debe ponerse en pie, en contra de dichas motivaciones, terreno abonado para la corrupción y causa de gran parte de los males que aquejan al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que lo han llevado a una verdadera unidad de cuidados intensivos en un Estado de falla multicistémica.

En consecuencia dejo muy en claro que dichos planteamientos no se deben convertir en postulados, y no deben ser a riesgo de atentar contra el inalienable derecho de cada uno de los habitantes de Colombia a la salud y a la vida, los utilizados como base de nuestro sistema de salud.

¿Cuáles deben ser entonces los postulados para la reforma de nuestro sistema general de salud?, una reforma de nuestro sistema de salud, una verdadera reestructuración de él, debe plantearse con base en las necesidades, aspiraciones y esperanzas más profundas y sentidas, de las personas que habitan nuestro territorio.

Aquellas aspiraciones, esperanzas y sentimientos auténticos y sinceros, capaces, verdaderamente de aunar la totalidad de nuestra población, sin distinguos de sexo, edad, raza, credo, condición, profesión y pensamiento.

Señores legisladores, señores gobernantes, hagan una introspección en sus propias aspiraciones y apliquen a la modificación del sistema de salud, la manera como ustedes, cada uno de ustedes, cada uno de sus familiares más cercanos quisiera ser atendido en salud, en esta forma, dichos planteamientos básicos deben, tienen que ser, universalidad, el sistema de salud debe incluir la totalidad del pueblo colombiano con un cubrimiento universal real, que no se debe confundir con una carnetización universal para lo cual la infraestructura de salud debe estar a la altura de dicha universalidad, de ella hacen parte la accesibilidad, la integralidad y la gratuidad, equidad.

Los planteamientos criticados por mí en el primer párrafo, son en gran medida los responsables

de la gran inequidad existente en el sistema actual de salud, de tal manera que la reestructuración debe mirar a un respeto real de dicha equidad, con los pacientes, con los profesionales de la salud, con las instituciones prestadoras, con las administradoras y con la sociedad en general.

Solidaridad, dentro de los parámetros altamente positivos de la Ley 100 de 1993 se encuentra la forma como logro impulsar hacia la solidaridad el pueblo colombiano, hoy es muy claro que si todos nos unimos en nuestros aportes, incluido el Estado, recordemos aquí el *pari passu*, no cumplido, podremos contar con recursos para el cuidado promedio de la salud de todos los habitantes de nuestra patria.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para facilitar el soporte económico del sistema, se debe enfrentar una lucha frontal para prevenir la enfermedad y un apoyo incondicional a todo lo que en una forma u otra promueva la salud, no podemos poner en el plano de valorar la vida por los pesos que podamos invertir en protegerla. Hace parte de este acápite fundamentalmente la educación, llevada hasta el último rincón de nuestro suelo a toda la población que debe aprender a cuidar su propia salud y colaborar con el sistema en los programas de control y prevención a todo el personal relacionado con la salud, incluidos los estamentos administrativos y de apoyo, la recertificación debe extenderse a los administradores, al nivel intermedio administrativo y en forma muy importante al nivel de servicios generales incluidos aseo y portería.

Para estos fines es ya generalizado el uso de los sistemas virtuales, cuya accesibilidad efectiva ha sido demostrada universalmente.

En este punto es indispensable realizar un estudio serio del material epidemiológico que de acuerdo con los datos recolectados en los RIS, debe estar en poder de las autoridades sanitarias y que yo sepa no se le ha dado utilidad alguna. Colombia ya debería contar con un mapa epidemiológico, en este punto es crucial prevenir al legislativo del altísimo riesgo económico que se corre con la implementación de las famosas guías de manejo impulsadas por personas con clarísimos conflictos de interés que pueden costarle al sistema en promedio cada una novecientos millones de pesos y dicen que son necesarias seiscientas, lo que elevaría el costo inicial a quinientos cuarenta mil millones de pesos iniciales, faltando los costos de actualización actual y la consideración de que dicha inversión si se quiere seguir actualizando, se convertirá en un lastre permanente para la Nación, interminable con el hecho que debe ponerse en claro que su utilidad docente es nula y se termina ejerciendo la medicina por catálogo.

Ciencia y Tecnología en Salud. Como parte del tema de educación, es indispensable propiciar e impulsar la investigación y desarrollo en salud, que se van a constituir en un soporte indispensable del progreso y de la calidad en la atención en salud de la población.

Deben establecerse políticas al respecto que naturalmente es indispensable que cuenten con el soporte económico suficiente, adecuado y oportuno.

La Atención Primaria en Salud. Aunque hace parte del tema anterior, quiero resaltarlo como una estrategia que a pesar de haber sido promulgada ya décadas por la OMS, en alma data de 1978 no se ha terminado de implementar en la mayoría de los países y es la mejor de las estrategias para lograr un crecimiento universal, con una reducción notoria del gasto en salud.

Aunque su ambiente natural de desarrollo es el más próximo a la comunidad, el primer nivel de atención no debe ser confundida, dicha estrategia con el mencionado nivel que ya se refiere a un primer abordaje de enfermos con patología del cual puede originarse su tratamiento o su remisión a niveles más complejos.

En cambio es trascendental la medicina de familia, y la visita domiciliaria, estrategia que al detectar oportunamente la posibilidad de desarrollar una patología, puede aplicar medidas preventivas que ahorrarán al sistema ingestas cantidades de dinero y a la población en capacidades y limitaciones que incidirán necesariamente en la vida productiva de los afectados y en el equilibrio económico de la sociedad y de la Nación.

Calidad como elemento prioritario en la búsqueda de un sistema de salud óptimo, es indispensable en forma incontrovertible alcanzar y mantener la calidad y la atención de quienes recurren al sistema en cuestión, exigible en todos los niveles de este, sin excepción, es este otro de los hechos positivos de la Ley 100 de 1993 concientizar al sector de la salud de la importancia de la calidad como derecho y como deber todas las disposiciones, digo todas las disposiciones que en una u otra forma atenten contra ella, deben ser suprimidas, la autonomía de los profesionales de la salud, debe tener como base naturalmente el conocimiento apoyado permanentemente en la educación continua y en una actualización también permanente, de la realidad económica del país.

Toda profesión debe ejercerse con conocimiento, el cual debe ser amplio, libre y sin sesgo, independiente de los intereses económicos de muchos de los actores del sistema.

Justicia Laboral. Aunque no me parece adecuado mezclar los aspectos laborales y pensionales con los de salud, un postulado ineludible es el manejo justo con todas sus prestaciones, con el pago absolutamente puntual de sus honorarios y salarios, de la solidaridad de los trabajos en salud y su defensa de cooperativas inescrupulosas que solo buscan el lucro a expensas del sacrificio económico laboral de quienes entregan al servicio de la salud. La retribución debe ser proporcional, no solamente al tiempo laborado, sino en forma muy importante a los conocimientos y a la inversión realizada por cada profesional de la salud en su propia formación, en la adquisición de sus equipos y en su educación continua.

Es responsabilidad tanto de las instituciones privadas como de las públicas, el aseguramiento hoy por hoy es una bendición contar con un aseguramiento en salud y me opongo frontalmente a su desaparición, sea este público o privado.

Otra cosa es la obligación de los legisladores de incluir normas que permitan un control justo y equilibrado del sistema que evite los monopolios u oligopolios en el sector, que hagan que cumplan con su función y naturalmente si hablamos de justicia, permitir que sean rentables en forma también justa y moderada evitando todo abuso en su intermediación.

En resumen una verdadera regulación del sistema de aseguramiento, recordemos que muchas posturas de los aseguradores actuales, atentan frontalmente contra la calidad de la atención en salud, limitaciones en el tiempo de examen, en las órdenes de exámenes paraclínicos, en las prescripciones y tratamientos sin contar con las preexistencias cuyo concepto debe ser revaluado con justicia y conocimiento, vigilancia y control. Obviamente es indispensable contar con mecanismos verdaderamente efectivos de vigilancia y control, pero señores legisladores, es indispensable diferenciar los múltiples actores del sistema, fundamentalmente en el ámbito de los prestadores en el cual igual responsabilidad tiene una IPS compuesta por un profesional de la salud y su secretaria que una que maneja miles de empleados y naturalmente miles y millones de pesos.

Deben crearse categorías en dichos prestadores y ser conscientes en las obligaciones exigidas a cada cual, adaptadas necesariamente a su tamaño, a sus objetivos y al personal de que dispone.

Es indispensable naturalmente contar con un adecuado y darse el sistema de información y comunicación en salud.

Replanteamiento del Modo Modelo Económico. Aunque los recursos del sector alcanzan hoy cifras que se encuentran desde el 7 y 8% del PIB, ningún país del mundo puede lograr salud para todos en todos los aspectos y a cualquier costo, pues no puede haber derecho sin límite. Se debe legislar sobre una estricta reglamentación del modelo financiero, para evitar los robos y los desangres innecesarios del sistema por actores del mismo, por intromisión de foráneos y morales o pretensiones descabelladas de los mismos usuarios.

Política de Medicamentos e Insumos. Se deben implementar los controles, las medidas y las acciones necesarias indispensables para un efectivo control de precios y medicamentos e insumos, permitiéndose así al acceso de toda la población a ellos. Propiciar la producción y adecuar distribución de genéricos de calidad y una pronta regulación de los biofármacos y los biosimilares, acorde con las normas internacionales y que permita una negociación justa con las casas productoras o importadoras, garantizando la calidad de los medicamentos.

Desafortunadamente no todos los medicamentos, así contengan el mismo principio activo, son equiparables y subsisten productos en el mercado

que prefieren las EPS por costos, que ya son absolutamente obsoletos, pienso que es antiético que continúen en el mercado.

Instituto Nacional de Salud e Invima, relacionado con el punto anterior, es indispensable unificar geográficamente estas dos instituciones como efectuatoras de las políticas de salud del Ministerio correspondiente.

Deben multiplicarse los aportes a las dos entidades, con lo cual se podrán realizar investigaciones imposterables en salud pública y medicina tropical por parte del primero y en efectividad, calidad y actualización de los medicamentos, así como los parámetros regulatorios de los biofármacos por parte de la segunda.

Hospitales. Nada de lo aquí expuesto tendría valor y efectividad, si no se aplican medidas efectivas para restituirle a los hospitales públicos, los más de 3.5 billones de pesos que se le adeudan y al sistema privado de clínicas y hospitales, una cantidad similar. Pero no basta con dicha restitución; el legislativo debe trabajar muy a fondo para otorgarles un terreno jurídico que les permita salir del endeudamiento y progresar hacia una real autosostenibilidad.

El Estado en el sector privado y eso se considera solidaridad, deben aportar apoyos técnicos administrativos, que ayuden a los hospitales a corregir los vicios y los defectos que desde este punto de vista lo tienen al borde de la quiebra.

Finalmente delegación de funciones gubernamentales, no estoy de acuerdo para nada en que el Estado delegue funciones gubernamentales a particulares, así se trate de asociaciones médicas, el manejo de la recertificación se debe realizar en el seno de un consejo compuesto por los Ministros de la Protección o de Salud según el caso y de Educación o su representantes y representantes al menos de la Academia de Asociación de Sociedades Científicas, el Colegio Médico Asmedas, Ascofame y Federación Médica Colombiana. Mil gracias señores Senadores. Mil gracias señora Viceministra.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Saúl Franco, Académico:

Señores Senadores, señora Viceministra, señor Superintendente Nacional de Salud, señoras y señores.

He sido profesor universitario durante treinta y cinco años y no quiero hablar como académico en este momento. Quiero hablar como un salubrista que ha dedicado estos mismos años a tratar de trabajar por el bienestar de la población en Colombia y en América Latina.

Quiero aprovechar estos minutos para referirme específicamente a tres puntos. En primer lugar a los pilares fundamentales de la reforma que se propone. En segundo lugar, algunas de sus consecuencias ya visibles y en tercer lugar a lo que todavía podemos hacer para que lo negativo no acontezca y lo positivo se puedan realizar.

Quiero señalar en primer lugar, que lo que se presenta como una reforma al sistema de salud y

seguridad social y que incluye los tres frentes en los cuales el Gobierno Nacional está trabajando, en concreto el impulso de la Ley 016/2010, el Proyecto de Sostenibilidad Fiscal, la Ley Estatutaria y la Ley Ordinaria, son un solo bloque, en ningún caso los podemos mirar ni separados, ni fraccionados, porque hacen parte de una misma lógica y de un mismo propósito y como he dicho, no tienden en la realidad a una reforma del modelo, sino ajustarlo y profundizarlo.

Considero que este paquete en su conjunto se basa en tres pilares fundamentales, o podríamos decirlo en otros términos, tiene una triple racionalidad.

En primer lugar, una racionalidad ética filosófica que consiste fundamentalmente en consolidar el individualismo en la sociedad, en reducir la atención, en reducir todo el campo de la salud del bienestar humano, de la vida humana, porque el derecho a la salud no es solamente el derecho que a uno lo atiendan cuando se enferme, sino que es el derecho a que uno viva dignamente, o que uno tenga sus necesidades resueltas y que uno tenga acceso a los servicios.

Pero además un postulado fundamental ético filosófico de esta propuesta, es la prioridad del mercado, o sea que la responsabilidad del Estado pareciera que más el bienestar de los colombianos y colombianas fuera la salud de los negocios y en este caso del negocio en el campo de los servicios del campo particular de la salud.

Y por lo tanto me parece que con esta lógica, se tiende por una vía perversa, en mi opinión, a incrementar las inequidades y a disminuir la solidaridad que son valores fundamentales de una sociedad como la que creemos en Colombia.

En segundo lugar, este paquete de reformas, que insisto, son más de ajuste y profundización, tienen una racionalidad económica, que se basa fundamentalmente en pretender que el mercado por sí mismo, tenga la potencia y la capacidad de generar equidad y de prestar servicios de salud de mejor calidad.

Esto ya ha sido ampliamente discutido y cuestionado y si bien el mercado tiene un papel importantísimo en la sociedad humana que no podemos desconocer, la mercantilización y la priorización de la ganancia sobre el bienestar, es nocivo para la salud.

Pero además creo que hay una racionalidad económica que hace ver que en la salud es un campo de gasto y no de inversión, esto hay que modificarlo porque realmente si algo le sirve a un país, si algo le crea futuro a un país, es invertir en bienestar, pero no podemos considerar la salud como un gasto o como un despilfarro de los recursos que los colombianos y colombianas aportamos y que se convierte en la riqueza pública.

Y finalmente, este paquete de reformas, ha demostrado una racionalidad política, orientada a reducir en la práctica, en la realidad, los niveles de participación social, me parece que la partici-

pación no es una formalidad, la participación no es una cuestión de colgar un proyecto cuatro horas en internet, no. La participación es que la ciudadanía pueda hablar, que las organizaciones populares se puedan manifestar y le puedan decir al Estado y a los parlamentarios lo que queremos y necesitamos para garantizar nuestro bienestar, pero además políticamente si estas propuestas se concretan, el Estado va a eludir una vez más responsabilidades indelegables en la organización de lo público y en la garantía del derecho a la salud y de contera la tutela va a quedar reducida a un recurso supremamente secundario y con mínima posibilidad de acción.

Por lo tanto y podemos resumir, esta triple lógica es la misma lógica que inspiró la emergencia social en salud. Y uno se pregunta, y si por esa lógica, si eso ya fue derrotado por suerte, porque la Corte Constitucional la declaró inexecutable, porque el Gobierno insiste en, modificando parcialmente algunas de esas propuestas, mantener lo esencial de ellas y no solo mantenerlo, sino profundizarlo.

Paso al segundo punto de mi intervención sintéticamente. Quiero señalar ante ustedes y ante el país y dejar constancia de esto, de algunos de los que ya vemos como los efectos inminentes de la reforma, insisto, si ese paquete de los tres componentes constitucionales, Ley Estatutaria y Ley Ordinaria llegan a concretarse.

En primer lugar, va a acontecer que una vez más y de forma ya definitiva constitucional, se va a supeditar el derecho a la racionalidad económica. Está claro que los Estados tienen que vigilar lo económico y tienen que garantizar esto, pero no podemos permitir que sea la racionalidad económica la que termine primando sobre la vida, sobre la dignidad humana y sobre el bienestar.

En segundo lugar, la salud va a quedar reducida ahora sí en una forma más radical, el derecho a la salud, a un paquete de prestaciones de servicios y un paquete además discriminado, graduado, en el cual lo único que va a quedar realmente garantizado, es lo que allí se llama prestaciones explícitas, pero todo lo demás, aquello que se salga de ese pequeño paquete y que en ocasiones se llaman enfermedades de alto costo u otros acontecimientos, eso va a quedar supeditado a un trámite institucional en el que los intereses mercantiles van a pesar mucho para que no se presten y en la mayoría de los casos vamos a quedar los colombianos y colombianas pagando.

Yo quiero decir ante ustedes con toda claridad, creo que si las reformas se concretan como están, los planes voluntarios de salud van a quedar como planes obligatorios de salud y no solamente los colombianos y colombianas que trabajamos dignamente, vamos a tener que pagar nuestra EPS, sino que vamos a tener que convertir en obligatorios los planes complementarios de salud.

Yo personalmente que ya soy pensionado, no solamente el Estado me retiene el 12% en mi pensión para salud para mi EPS, sino que me vi obligado y mi edad y mis condiciones a comprar un plan complementario.

De manera que puedo decirles que en este momento más del treinta por ciento en mis ingresos son para salud, esto le va a pasar a la mayoría de los colombianos y colombianas y esto no es justo, esto no es equitativo y un Estado no está para recargar de tal forma a los ciudadanos, sino para garantizar un mayor bienestar.

En tercer lugar. Va a ver y lo digo también mirando a los ojos a la señora Viceministra, todo esto que se está hablando, de que se le va a dar peso a la promoción de la salud, a la atención primaria, a la salud pública, cosas en las que usted y todos, muchos creemos, a esto sí se le va a dar peso, pero se va a mercantilizar, quiero decir eso con toda claridad, lo que va a pasar es que también estos campos de la salud pública, ya van a pasar también a un campo de enriquecimiento. Como consta en el Proyecto de Ley Ordinaria.

No es justo que si ya se privatizó la atención de las enfermedades, ahora se dé un zarpazo más para privatizar la atención de la promoción de la salud, la atención primaria, me parece que esto es incorrecto, esto es dañino, esto no solo hace bien, esto hace mal y además entendamos que eso no tiene una lógica sana, no se pueden vacunar a tres niños y a los otros treinta no, no se puede que se vaya a fumigar dos casas y las otras cuarenta no. Para cuestiones de salud pública. La salud pública hay que hacerla como país, para toda Colombia, para todos los colombianos y colombianas y no para los tres que le paguen a una EPS y no para los otros que no tengan con qué pagarla.

Bienvenida la salud pública, para eso luchamos toda la vida, bienvenida la promoción de la salud como un campo de valores positivos, de solidaridad, de equidad, pero mala cosa que esto tome caminos ahora de privatización.

Quiero señalar también que con estos proyectos va a terminar reducida aún más la participación social efectiva en salud y como ya dije la Tutela va a ser seriamente afectada, e inclusive cuestiones de solidaridad económica que ya estaban en la Ley 100 y que valieron que la organización mundial de la salud, consideraba a Colombia como un país muy equitativo en salud, porque el 1.5% de los que cotizábamos iba para el régimen de solidaridad, ahora eso sale del régimen de solidaridad, para ir también al régimen contributivo, o sea los que ganan.

Eso no es justo señores Senadores. No es correcto que en este momento de la historia, en vez de avanzar retrocedamos y por lo tanto este modelo si se logra consolidar en esta forma, va a incrementar los niveles de inequidad y reducir los niveles de solidaridad.

Y un punto final en esto. Me parece que los profesionales de la salud, están siendo también sometidos a una presión, en mi opinión, indebida o al menos incorrecta. No está bien que los médicos tengamos que seguir pensando no solo en el bienestar del paciente, sino que ahora se nos imponga que nuestros criterios tienen que ceñirse también al equilibrio financiero del modelo. A la estabilidad

financiera o sea que también a la ganancia, a las garantías de las ganancias.

Los médicos, las enfermeras, los odontólogos no nos podemos guiar por el equilibrio financiero, y entiendan, nosotros no somos ladrones, nosotros no estamos buscando nuestro enriquecimiento, nosotros estamos queriendo y tenemos la obligación ética de orientar la conducta del paciente hacia su mayor bienestar con los mejores recursos.

Nosotros entendemos que son recursos limitados, pero nosotros no podemos imponer o anteponer el enriquecimiento de unos al bienestar de todos.

Y termino señoras y señores parlamentarios, refiriéndome un poco a lo que todavía podemos hacer. No todo está acabado, inclusive así este paquete se apruebe completo, seguramente la historia en muy poco tiempo va a demostrar sus errores, sus limitaciones y sus consecuencias nefastas, todavía estamos a tiempo y otra solución es posible.

No creamos que es que esta propuesta que el Gobierno ha hecho es la única alternativa en salud, muchos países del mundo de muy distintas corrientes político filosóficas y económicas, tienen modelos muy distintos y que funcionan. No estamos diciendo únicamente que el modelo Cubano como se le dijo a uno de los Senadores en la discusión, que él quería imponer aquí el modelo Cubano, nosotros no estamos queriendo que se imponga aquí ningún modelo ajeno, estamos queriendo un modelo justo, un modelo equitativo, un modelo viable, un modelo razonable, pero que esté orientado fundamentalmente al bienestar.

Por lo tanto me parece que todavía es hora de que el parlamento colombiano sea capaz de intronizar la salud como un derecho humano fundamental, como está en la Constitución de Brasil, como está en la práctica en otros sistemas de salud en el mundo, un sistema basado en la dignidad humana, en la satisfacción de las necesidades, en el acceso a los bienes y servicios, en la garantía de los derechos y en el desarrollo de las capacidades humanas.

Las propuestas en curso, solo tratan de ver la cuestión del acceso a la atención de la enfermedad, no señores parlamentarios, la garantía de la salud pasa por ahí, pero no solo por ahí, sino hay alimentación adecuada, sino hay condiciones de salubridad digna, sino hay vivienda digna para los colombianos, no hay salud que funcione y no hay justicia en el país.

Es perfectamente posible, racional, económicamente financiable, un sistema nacional de salud y seguridad social con una financiación de impuestos directos, progresivos y aportes proporcionales de trabajadores y empleadores. Esto es perfectamente posible y el dinero va a alcanzar.

Porque quiero también referirme a un sofisma, se dice que es que el gasto en salud no tiene fondo, no señores, el año entrante en Colombia, no a todos los colombianos nos va a dar infarto o a todos nos

va a dar cáncer, ni a todos nos va a dar diabetes, las enfermedades tienen una cierta lógica, y para eso está la epidemiología. Que es capaz de predecir con una cierta precisión cuánta gente se va a enfermar de qué y eso cuánto va a alcanzar, pero con esta...

Un gasto razonable, digno y que no sea el tope presupuestal el que garantice o el que limite. ¿Qué le va a pasar a los pacientes que les dé cáncer después de octubre, cuando ya las finanzas del Estado están limitadas?

El Estado ya va a decir, eso no me corresponde porque yo ya cumplí con el aporte presupuestal de este año, esta no es una lógica humana, esta no es una lógica de civilización, es posible y necesario eliminar el ánimo de... No hay que eliminar al sector privado, yo no estoy en contra del sector privado, el sector privado es importantísimo en cualquier sociedad, pero no podemos convertir la salud en un campo mercantil. No podemos traficar con el dolor y la enfermedad de la gente, eso es inmoral, eso es antiético, por lo tanto es perfectamente posible un sistema de salud sin ánimo de lucro, con una racionalidad económica que funcione y que alcance para todos en las condiciones que hemos dicho anteriormente.

Es necesario garantizar atención integral y no solamente un paquete reducido, ya lo insinué anteriormente y no voy a repetir, es necesario dar una prioridad real a la salud pública, un sistema basado en la promoción de la salud, en la atención primaria, pero insisto, no reducir esto a un nuevo campo de enriquecimiento.

Quiero decirles para terminar, es perfectamente posible y conveniente aumentar los espacios de participación social efectiva y mantener, no solo mantener, fortalecer la tutela, y no hay que decir que es que los jueces formulan, los jueces no formulan, los jueces tratan es de apoyar en muchos casos, ser el único recurso para que la gente recurra a este componente de su derecho que es la garantía de los servicios.

Es posible un sistema más equitativo y solidario y dos notas finales. Es necesario repensar la dignidad del personal que trabaja en el campo de la salud, de los que trabajamos en salud no somos como ya lo dije malgastadores, nosotros no somos irresponsables en todos los casos, creo que en la mayoría hay un criterio de formación académico científica seria y de responsabilidad profesional, claro que se necesitan controles, claro que se necesita orientación y en eso estamos totalmente de acuerdo, pero nosotros no podemos. Discúlpeme. Ya con esto termino, y simplemente invitando a que en el campo del autocuidado es necesario educar para él, pero no convertirlo tampoco ahora en otro objeto mercantil. Muchas gracias.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

Muy bien. Llamamos al doctor Juan Carlos Giraldo de Clínicas y Hospitales de Colombia.

Secretario:

El doctor Juan Carlos se inscribió, pero no radicó documento. Pero para la presidencia en todo caso es importante su intervención. Pero Presidente, lamentablemente no está presente.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al señor Néstor Álvarez, paciente de alto costo:

Muy buenos días para todos. De una u otra manera sí es muy lamentable que las personas que van a tomar decisiones no puedan escuchar a la opinión pública y sería mucho más nutrido la discusión, si hay alguien quien la escuche, pero creo que algo hemos aprendido.

Secretario:

Excúseme, quiero hacerle claridad que los ponentes, coordinadores quienes son los que radican la ponencia están presentes.

Recobra el uso de la palabra el señor Néstor Álvarez, paciente de alto costo:

Y como pacientes la emergencia social sí nos dejó algo muy claro, cuando salió la emergencia, todo el mundo decía, ¿Detrás de esto quién está?, las EPS. Y hoy es lastimoso que cuando vemos los proyectos de ley, se ratifica lo que se hizo en la emergencia social y todos los destapes que se hicieron en la redacción de la emergencia, supimos que eso se confirmaba y hoy la historia está comprobando siempre lo que se dice, cuando el río suena piedras lleva, es verdad.

Y hay un columnista que hablaba, por qué Colombia no crece por encima de América Latina, porque se sigue legislando por intereses particulares y no por intereses generales.

Y quiero hacer mención a dos cosas que no creía en el discurso que hizo el gobierno en la instalación de las mesas temáticas sobre la reforma a la salud, es que medio millón de colombianos deben morir, porque esa plata se puede utilizar para cubrir otros colombianos del régimen subsidiado. La verdad es que no lo creía que pudiera estar en un gobierno que se dirigiera así a los colombianos, pero a medida que fue transcurriendo el desarrollo de estas noticias, lo pudimos ver en *Semana* y cuando leemos la justificación de los Proyectos de Ley, tanto de Ley Ordinaria, como de Ley Estatutaria y en el plan de la prosperidad, volvemos a ver que este gobierno tiene muy claro que hay medio millón de colombianos que valen mucho dinero y que esa plata sirve para otras y que por tanto no lo dice directamente, pues se deben morir, si la plata no es para ellos, cómo van a sobrevivir en un sistema de salud con los precios de los medicamentos de los insumos y con todas estas partes.

Entonces desde el punto de vista de pacientes que hoy no pueden estar acá, porque están haciendo filas, las EPS, porque están poniendo Tutelas, porque están poniendo derechos de petición, porque están peleando con un sistema de salud para mantenerse vivos, porque están pidiendo un CTC, porque ya no le valen la Tutela porque la EPS pierde plata si usted reclama un medicamento por Tutela, ahora lo manda a CTC, porque de esa manera reco-

bra más plata al sistema y la Defensoría del Pueblo lo demostró como cuando cambió la legislación, sobre el recobro del Fosyga, se disminuyeron las Tutelas y se aumentaron los comités técnicos científicos y esto es un negocio y lo tenemos claro, pero en Colombia la salud es un negocio sin ética, como lo han demostrado los estudios de la Defensoría sobre el uso de la Tutela, el uso del cincuenta por ciento sobre medicamentos y procedimientos que estaban en el POS.

Y refiriéndonos a este proyecto de ley como lo han dicho otros exponentes aquí, es muy triste pensar que nosotros como pacientes estamos en un país donde el equilibrio financiero va a definir la vida de nosotros. Y se lo dijimos desde la emergencia social, el cambio de la palabra finito por sostenibilidad ahora en el Proyecto de Ley, sin desconocer que debe haber un control del dinero. Pero no vemos en ninguno de los proyectos de ley, cómo se va a controlar el Alto Costo de insumos, medicamentos en Colombia, cómo se va a hacer para que devuelvan la plata, empresas que han recobrado cinco veces por los costos y el nivel de corrupción.

La Federación Médica Colombiana le ha demostrado al Gobierno, la corrupción que ha habido en los recobros al Fosyga, que no vemos en ningún lado en los proyectos de ley algo que hable sobre el medicamento como un elemento de interés público.

Tampoco vemos el derecho a morir, ya que este medio millón de colombianos, seguramente vamos a morir, y deberíamos morir en un sistema digno, donde la EPS en las fases terminales le dice a la familia llévase al paciente para la casa, a cuidado paliativo, le llaman ahora todo lo que suba el costo en la clínica, y al cuidador detrás de un paciente muriendo siempre de un cuidador y hay unos costos que ahora las EPS lo más fácil es decir; hospitalización en casa, porque así de esa manera el paciente se recupera, no es para disminuir los costos.

Generalmente los mandan a morir en unas condiciones inhumanas, entonces tampoco vemos absolutamente nada, sobre un derecho a morir y menos con el concepto ahora que toca ir a la Superintendencia para reclamar lo que un comité técnico científico no decida en la EPS, donde retiraron en el Proyecto de Ley Ordinaria los representantes de los usuarios, porque ya no hay representante de usuarios, no vemos esto cómo va a funcionar en este paseo de la muerte en medicamentos que necesiten para la vida del paciente y que la EPS los niegue para llegar a la Superintendencia.

Los que tenemos experiencia en la Superintendencia, sabemos que ni siquiera una queja sale a favor de un paciente, entonces no vemos este camino de la muerte cómo se está reglamentando en Colombia y cómo vemos que en la vida real el sistema de salud no funciona sino es con tutela, abogados y solamente sobrevive el más fuerte, el que conozca más, es como una carrera de los espermatozoides. Solamente fecunda el más fuerte. Los demás se quedan en el camino muertos.

Y nosotros sí enterramos pacientes todos los días, luchando con este sistema de salud, hasta para morir dignamente. Es el mensaje que le queremos llevar a las personas que están detrás tomando estas decisiones, que no consideramos que la locomotora de la salud es lo único pasajero que se da más importantes sea en las EPS y el ferrocarril Ande sobre todos los ciudadanos, soportando solamente un gran incremento de la utilidad.

No vemos en los proyectos de ley, limitar el uso de gastos en mercadeo, porque una EPS tiene que patrocinar un evento de fútbol, de tenis y de vez en cuando se les está negando a los usuarios acceso y medicamentos.

No vemos por qué una EPS en ningún proyecto de ley es sancionada cuando un usuario tiene que cambiar por mal servicio. Aquí no importan los usuarios, ese concepto que estas modificaciones y proyectos de salud es para los usuarios, no vemos absolutamente nada, donde se les diga a los negociantes de la salud, qué les pasa si un usuario es maltratado por ellos.

No, todos sabemos qué pasa, la verdad, lo único que faltó incrementar en la ley es que tengan el derecho a tener una integración vertical con las funerarias, que al paso que vamos creo que es un negocio, el único que se les ha escapado para vender el plan completo con el seguro de funerarias.

Es el mensaje que les queremos llevar a la responsabilidad que ustedes tienen, sobre esos pacientes que el gobierno determinó que eran caros y que deben morir en este sistema de salud.

Para poder más UPC a las EPS, y de esa forma tener más carnetizados a las personas, sin garantizar el derecho y el acceso a la salud. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la doctora Adriana Catalina Ortiz, Corporación Casa de la Mujer:

Buenos días. La Corporación Casa de la Mujer es una organización feminista, dedicada a promover y defender los derechos de las mujeres en Colombia y considera esta una oportunidad fundamental para contribuir a eliminar la discriminación y subordinación de las que han sido víctimas las mujeres en Colombia y que se ha representado a lo largo de la historia en la prestación de los servicios de salud en el país.

Hemos estudiado con detenimiento los diferentes proyectos que se presentaron para reformar el sistema de salud en el país y echamos de menos algunos puntos importantes con relación a la defensa y protección del derecho a la salud de las mujeres en el país, pero adicionalmente consideramos importante que se considere, consideramos que algunos puntos que se plantean son críticos y que no contribuyen para nada a garantizar el derecho a la salud de las mujeres.

En primera medida, voy a referirme a los aspectos que consideramos importantes incluir.

Primero. Quisiéramos que un proyecto de ley de reforma a la salud, reconociera el respeto al ejerci-

cio de la autonomía en la toma de las decisiones de las mujeres sobre su salud y sobre su cuerpo.

En segundo lugar, quisiéramos que un proyecto de ley de reforma a la salud, reconociera expresamente la obligación del Estado de garantizar el derecho de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y promover el goce efectivo a través de acciones de formación y capacitación al personal, a los profesionales de la salud, de las mujeres y de la sociedad en su conjunto.

E igualmente, garantizar en la asignación presupuestal en esta materia, y promover el desarrollo científico y tecnológico dirigido a la prevención, diagnóstico y atención de las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Igualmente, consideramos fundamental, incorporar la formación al personal prestador del servicio de salud, para contribuir a la garantía de los derechos de las mujeres en aspectos tales como el respeto a su condición de sujetos de derechos, su derecho a la información clara, veraz, oportuna y completa, el respeto a sus decisiones y la erradicación de prácticas revictimizantes en su contra y el cumplimiento de las obligaciones de las entidades prestadoras del servicio de salud y su personal en relación con la normatividad vigente, en materia de prevención, atención, protección y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Adicional a ello consideramos importante incluir modelos de atención que garanticen un trato respetuoso y profesional de las mujeres específicamente de las mujeres víctimas de violencia y que se incluya un sistema de información que dé cuenta de la salud de las y los pacientes y que claramente evidencie los casos de violencia contra las mujeres y la articulación de este sistema con las entidades del sistema de justicia.

Igualmente consideramos importante que se consideren las necesidades y demandas de las mujeres en la definición de los beneficios de los planes obligatorios de salud.

Eso en cuanto a los puntos que echamos de menos en la totalidad de los proyectos que se presentan y a continuación voy a leer los puntos que nos preocupan y que se incorporaron en algunos de los proyectos.

En primer lugar, nos preocupa el abordaje de la salud desde una perspectiva que entienda y defina el sistema general en términos de eficacia y eficiencia económica y que no privilegia al ser humano y su derecho a vivir dignamente.

En segundo lugar, nos preocupa que se defina uno de los proyectos de ley el derecho a la salud, como la ausencia de enfermedad, por cuanto esta situación desconoce y niega la materialización del bienestar integral específico en las mujeres, puesto que el material de salud, las mujeres no solamente, el bienestar de las mujeres no solamente implica la ausencia de enfermedad y nos referimos específicamente que de esta manera se excluiría por ejemplo la atención durante el embarazo y así mismo

se desconocería la atención en materia de salud sexual y reproductiva.

Y finalmente, nos preocupa que en alguno de los proyectos se pretenda reglamentar algunas acciones y derechos fundamentales como la acción de tutela.

También nos preocupa la exclusión de las enfermedades huérfanas dentro del plan de beneficios y finalmente quisiéramos reiterar nuestro compromiso a apoyar y participar en un proceso democrático que reconozca las condiciones específicas de las mujeres y contribuya a su reconocimiento como sujetos de especial protección constitucional.

Secretario:

Señor Presidente, han intervenido las personas que se inscribieron y radicaron documento. Y algunas de las personas que no radicaron documento, pero ha considerado la Presidencia importante su intervención. Si su señoría considera se puede dar por culminada la Audiencia Pública.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

Hay alguna persona que no haya intervenido, que esté interesada en intervenir.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al señor Yesid Camacho, Presidente Nacional del Sindicato de Trabajadores de la Salud de Colombia (Antoch):

Nosotros radicamos desde el 9 de septiembre un documento al señor Presidente de la República, como mesa intersectorial de salud. Donde participamos no solamente los trabajadores, sino además la Asociación de Empresas Sociales del Estado, participan además los pacientes de enfermedades de alto costo, participa el movimiento nacional por la salud, y otra serie de organizaciones sociales que hemos estado interesadas en esta discusión en el tema de la salud.

Este documento se lo vamos a entregar a la mesa directiva al final de mi intervención, pero que no quiero repetir lo que han expresado algunas personas, especialmente el doctor Franco.

Nosotros vemos con suma preocupación que hay una discusión de unos proyectos de ley, pero que simultáneamente hay una discusión de un proyecto de acto legislativo, Proyecto de Acto Legislativo 016 que eleva a la categoría de principio constitucional la sostenibilidad fiscal y pone en serio peligro los derechos fundamentales de la población.

Aquí en este país, se volvió más importante la sostenibilidad fiscal, es decir, que los derechos fundamentales, que los derechos humanos, que los derechos de los pobladores, del derecho a la salud, del derecho a la educación, aquí es la sociedad funcionando en torno a la sostenibilidad del Estado y no las finanzas del Estado en función de los derechos de la población.

Mire, Estado Social de Derecho queda completamente visto al revés, desde ese Proyecto de Acto Legislativo y por eso nos parece que a la hora de abordar el tema del Proyecto de Ley Estatutaria, y

el tema del Proyecto de Ley Ordinaria, sería muy conveniente mirar primero el tema que tiene que ver con ese Proyecto de Acto Legislativo.

Además no reforma solamente un artículo constitucional, reforma tres artículos Constitucionales para elevar a esa categoría la de principio de sostenibilidad fiscal.

Sí es la primera preocupación que nos asalta a muchas personas, porque podemos hacer muchas cosas discutiendo los proyectos de ley, se pueden hacer muchos aportes, pero al final si queda por encima de los derechos de la población la sostenibilidad fiscal, la situación va a ser muy delicada para el conjunto de la población.

El segundo elemento que nos preocupa sobre manera, es que aquí hay una mayor prioridad en mirar cómo se garantizan las finanzas de las EPS, cómo se garantiza y ni siquiera nosotros hemos hecho una pregunta, ¿Cuántas denuncias penales hay por los hechos de corrupción de los recobros, se ha aprobado que sobre un solo medicamento, hay recobros por el orden de sesenta y cuatro mil millones de pesos de las diferentes EPS.

Sin embargo, ni los funcionarios que pagaron, que han pagado esos recobros, exagerados, ni las EPS que han cobrado, qué han hecho de esos recobros, han sido investigados penalmente por el robo que le están haciendo a esos recursos que son fiscales y parafiscales, que son recursos del conjunto de la población.

Pero igualmente, la Ley Estatutaria que ha presentado el Gobierno, únicamente se limita a determinar que lo que se le va a garantizar a la población es lo que está en el Plan Obligatorio de Salud, sin ni siquiera saber qué es lo que va a contener el Plan Obligatorio de Salud.

Este plan obligatorio que a nuestro modo de ver, de acuerdo a los resultados de las tutelas, es bastante limitado y va a seguir bastante limitado si se tiene en cuenta el tema de sostenibilidad fiscal, es decir, si el Plan Obligatorio de Salud no es sostenible fiscalmente, seguramente que va a ser un Plan Obligatorio de Salud absolutamente restringido y no va a tener una garantía del Estado a la salud de los colombianos.

Por eso nosotros tenemos demasiadas preocupaciones, otra preocupación que nos asalta es el tema de la sostenibilidad de la Red Pública Hospitalaria. Una deuda que supera los 3.5 billones de pesos, mientras se le quita el .5 que damos de solidaridad, los de régimen contributivo al régimen subsidiado, y se pasa para que se sostengan las EPS de régimen contributivo, entonces nos encontramos con que se anuncia una posible readecuación de los recursos del sistema nacional de participaciones para poder mirar cómo se reemplaza, se sostiene el régimen subsidiado, es decir, que en lugar de dársele mayor solidaridad para que se nivelen los planes, lo que se hace es quitarle recursos al régimen subsidiado como lo acabaron de hacer en la Ley Ordinaria en la Comisión Séptima de Senado y Cámara.

Pero además hay una situación sumamente compleja, la Corte Constitucional el año pasado le ordenó al Estado colombiano, que tenía que suspender el sistema de contratación de prestación de servicios para el desarrollo de actividades permanentes del Estado en las entidades públicas. Sin embargo, el Estado colombiano ni la Contraloría, ni la Procuraduría, ni el Ministerio de la Protección Social han hecho que esa Sentencia se cumpla.

Y ya nos encontramos cómo la Contralora que acaba de asumir su cargo, denuncia que el Contralor General de la Nación, que es el que debe vigilar el cumplimiento de esa Sentencia y sus efectos fiscales, tenía contratación por el orden de cuarenta y cinco mil millones de pesos en contratos de prestación de servicios.

La misma situación tiene la Procuraduría y la misma situación tiene el Ministerio de Protección Social, quien hoy tiene más del sesenta por ciento de sus actividades contratadas por prestación de servicios.

Es decir, los que tienen que vigilar el cumplimiento de esa Sentencia, no están cumpliendo con la Sentencia, en la discusión que se dio de la Ley Ordinaria, fuera de eso plantean en el Artículo 94 de la ponencia que solamente a partir de julio del 2013 darían cumplimiento a la Sentencia que ordena que todas esas personas que prestan servicios en esas entidades, deben estar incorporadas en las plantas de personal, es decir, que todo este conjunto de medidas de Proyectos de Ley, no están apuntando a resolver de fondo los problemas y actualmente se puede demostrar cómo la deuda laboral que hoy tienen las empresas sociales del Estado, que debería estar considerado en la Ley Estatutaria, el régimen laboral que se debe aplicar a las entidades del Estado, ese tema no se toca en el Proyecto de Ley, no se considera dentro del Proyecto de Ley y se deja al garete de todo el manejo de las plantas de personal, a través de cooperativas, de outsourcing, de contratos de prestación de servicios.

Entonces las propuestas que presentamos al Gobierno Nacional y que hoy vamos a dejar acá, estamos planteando que hay necesidad de que la Ley Estatutaria contemple el régimen laboral a aplicar en las empresas sociales del Estado de las entidades públicas de tal manera que se resuelva ese gran hueco que cuesta aproximadamente diez billones de pesos la deuda hoy causada por las empresas sociales del Estado, con los más de doscientos cuarenta mil contratistas que tienen los hospitales públicos de este país.

Y que es un tema que el Gobierno Nacional tiene que asumir de fondo y entrar a resolver conjuntamente con el Congreso de la República. Al Gobierno le hemos hecho una propuesta, para reorganizar toda la red hospitalaria del país, sin embargo, hasta el momento no tenemos una respuesta de parte del Gobierno frente a ese tema, y la aplicación del régimen y cómo se le va a pagar los más de tres y medio billones de pesos que se debe a la red hospitalaria colombiana. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al señor Aldo Cadena, Presidente Sindess:

Muchas gracias. Bueno se trata fundamentalmente, nuestra opinión sobre las leyes tributarias, al respecto es decir; lo primero es que ni está la estatutaria ni la ordinaria, tratan los problemas centrales por los cuales el país identificó la crisis de la salud, ninguno de los dos.

Esta Ley es una limitación a fondo, del derecho fundamental de la salud, esta ley plantea un enfrentamiento del derecho fundamental de la salud, con el problema de si existen o no recursos para atender a las personas, en la cual la Ley o el Proyecto define, que mientras no existan recursos suficientes, no existe el derecho, es decir; se terminan los recursos, se termina el derecho, aquí se protege fundamentalmente el criterio en una manera amañada de que el interés general está por encima del interés particular, diciendo fundamentalmente que si la persona que se enferma, sus recursos, los recursos que se van a gastar en él, son muchos, hay que suspenderle ese tratamiento porque estaría atentando contra los recursos para atender a la mayor parte de las personas.

Si este criterio prima, el resto de lo que esté aquí y de lo que se encuentre también en la Ley Ordinaria, no tiene ningún sentido, no pasa de ser única y exclusivamente un maquillaje que se le pretende a la ley como se ha planteado en las intervenciones que hemos escuchado de los defensores de estos Proyectos de Ley.

Lo otro que tengo que señalar aquí, es que no es necesario que este Proyecto de Ley se discuta aquí, deberían retirarlo, porque ocurre que este Proyecto los mismos puntos tanto en el criterio de los principios, como en la accesibilidad, como en las barreras de acceso, son los mismos puntos que están trasladados directamente en el Proyecto de Ley Ordinaria, uno se pregunta, si son los mismos puntos para qué tramitan este proyecto aquí, por qué no lo retiran, si ambos contienen exactamente lo mismo y si ustedes me dan la oportunidad de plantearlo, podía hacerle la comparación para que se den cuenta que son los mismos puntos que están en la estatutaria son los mismos que están en la ordinaria, luego hay razón para que aquí presentemos un Proyecto de Ley Estatutaria cuando los mismos puntos están siendo desarrollados incluso, reglamentados ya en la Ley Estatutaria, es decir, esta es la única Ley Estatutaria que es reglamentada antes de nacer.

Por otro lado si ustedes miran, aquí hay un punto que es necesario llamar la atención, el déficit por razón de deudas, que hoy se tienen con los hospitales públicos, superan los 3.5 billones de pesos.

Cuando la emergencia social, las EPS anunciaron que su deuda era seiscientos mil millones de pesos, se incluyó allí el rescate de ese recurso, cuando (...)

La Ley 1393 se planteó que la deuda era de ochocientos mil millones de pesos, se planteó allí en esa Ley, un préstamo de las cuentas dentro del Fosyga para auxiliar a las EPS.

Hoy cuando la deuda es de 3.5 billones de la red pública hospitalaria, por qué no opera una medida

similar. Nosotros estamos manifestando y si hubiera tiempo y me lo quieren dar, sería muy bueno, demostrar que con este Proyecto de Ley Estatutaria, y con el Proyecto de Ley Ordinaria, vuelve la emergencia social en el país.

Aquí vuelve la emergencia social, aquí está una barrera superior a las que se implementaron con la emergencia social, aquí nuevamente existe la amenaza sobre la autonomía médica, aquí nuevamente existen los criterios de que prima el problema del argumento económico por encima del derecho fundamental de los colombianos, el derecho a la salud, aquí es la única parte donde el Estado desaparece cuando se acaba la plata. Porque desde luego cuando no existen recursos, y la persona tampoco tenga con qué satisfacer sus derechos ahí tiene que aparecer inmediatamente el Estado para poder satisfacer el derecho fundamental que no pudo satisfacerse la misma persona y ocurre que allí también desaparece el Estado porque entonces por Ley dijo: Yo solamente llego hasta donde están los recursos.

Yo creo que si este Congreso aprueba esta Ley después de haberse caído, no solamente por las cuestiones jurídicas en sí, de manera social, sino por sus ataques y su violación a los derechos fundamentales, si aquí cuando se repiten estos mismos principios, estas normas que violaban el derecho fundamental, en la Ley, en la emergencia social, si aquí se vuelven a repetir, si se vuelven a repetir, este Congreso tendría, estaría cometiendo un gravísimo error imperdonable ante el país, porque atenta directamente contra los derechos fundamentales de los colombianos. Eso es lo que tengo que señalar fundamentalmente. Si ustedes me permiten, podríamos decir algunas cosas para señalar que aquí lo fundamental es el problema económico, además, se me olvidaba señalar, este Proyecto de Ley, señores parlamentarios, este Proyecto de Ley, ya había sido anunciado por los Ministros hoy de Hacienda y hoy de la Protección Social antes de haberse posesionado, el 6 de agosto en la Revista *Dinero*, la número 355 se lee “ En el caso de la salud, habrá que definir que no todos los enfermos pueden ser atendidos”, usted encuentra eso transmitido y en el Proyecto de Ley. El país tendrá que definir qué se paga y qué no se paga, Colombia tendrá que definir si prioriza la atención de los niños o de los ancianos. Qué tanto debe pagar de las enfermedades terminales y si se deben establecer toques para el pago de las enfermedades de muy alto costo.

Gracias. Estos puntos no dicen lo que son los proyectos. No se había posesionado el Ministro de Hacienda cuando lo dijo: No se había posesionado en la Revista siguiente, de la siguiente semana, cuando lo dijo el Ministro de la Protección Social, luego este es el fondo del problema. La negación del derecho, la limitación del derecho, la primacía del recurso por encima del derecho fundamental.

Y además, usted encuentra el abandono de una vez, de lo de la tercera edad, cuando se comienza a hacer la primacía exclusivamente de los niños, tal y como lo plantea en su intervención aquí por parte del señor Ministro de Hacienda.

Creo señores Parlamentarios, que haciendo justicia y queriéndole dar la cara en el futuro a los colombianos, es preferible que este Proyecto de Ley se archive. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al doctor Carlos Julio González, ex Senador de la República:

Muchas gracias. Senador Juan Manuel Galán, muy amable por su gentil invitación, señor Viceministro, me encanta volvernos a encontrar, honorable Senadora, Senador Avellaneda.

No podíamos hoy dejar de asistir un momento que sigue siendo uno de los momentos concluyentes, señor Secretario, de la discusión que el Congreso desde hace por lo menos ocho años, de manera seria ha intentado abordar acerca de la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud y concretamente a la Ley 100 y a los fundamentos mismos de la concepción de la salud en Colombia.

Para no extendernos, yo quisiera entregarle a usted Senador Galán, a usted y a sus Senadores, las conclusiones que durante ocho años relatamos acerca de lo que los colombianos a lo largo y ancho de la geografía nacional han hablado de que consideran que debería ser el Sistema de Salud que los cobije y que los proteja, un tema transversal muy complejo que nace desde el mismo concepto de prevención y promoción de la salud, hasta el concepto concreto de intervención, incluyendo el asunto de acceso a medicamentos que con usted señor Viceministro, tratáramos de manera muy amplia durante mucho tiempo en la negociación del tratado de libre comercio con los Estados Unidos.

Pero Senador Galán, hoy lo que surge es una discusión muy concreta y esa es la discusión que el Congreso va a tener que enfrentar sobre cuál es la consideración, cuál es la posición concreta que tiene sobre la concepción de la salud, a qué se le llama derecho cuando se habla de derecho de salud, a qué se le llaman derechos esenciales y fundamentales, cómo está concebida concretamente desde el Estado y desde la democracia la visión misma de la salud, que ha sido el problema que a lo largo de estos ocho años hemos entendido, probablemente hacer una Ley, no sería tan difícil y la mayoría han fracasado en su intento, la 1122 logró avanzar algo, en el momento en que tengamos la posibilidad de tener un consenso y un consenso que vaya más allá de los partidos políticos, que vaya más allá de las concesiones de Gobierno, para llegar a las concepciones de Estado, sobre qué es auténticamente la salud, y cómo se concibe la salud, cuáles son los procesos de definición misma de la salud, que ha sido el grave escollo con el que nos hemos encontrado cada vez que se pretende legislar alrededor del tema de la salud.

Aquí hay un asunto que deberíamos tratar y es el asunto, y Senador Avellaneda, usted me lo informaba de manera muy generosa, la salud debe tener lucro o no debe tener lucro, los operadores

de salud, ¿Cuánto lucro deben tener?, porcentual, honesta y transparentemente.

¿A qué se debe dedicar ello?, es la salud sujeto de derechos de lucro y comercialmente la filosofía que sea de comercialización y privatización de la misma, puede ser concebida como objeto de lucro, puede seguir sucediendo en la historia reciente del país, lo que sucedió por ejemplo con alguna EPS, y hablémoslo concretamente, SaludCoop que dedicó sus excedentes financieros a temas relacionados con el turismo, a temas relacionados con recreación, a temas relacionados con esparcimiento, pero no para sus pacientes, sino para sus propios funcionarios o excedentes colocados en títulos, incluso, en inversiones extranjeras.

Podemos seguir concibiendo la salud como detectora de derechos de lucro, que es la esencia fundamental de esta discusión, hemos discutido y en un documento que le entregaré a la mesa, cómo la salud sí tiene recursos y con sus propios recursos podría funcionar.

Cómo la irrigación de dos punto dos billones se está yendo por una fosa desconocida, invisible y anónima que no ha permitido realmente que los recursos se focalicen en donde se debieran focalizar.

Con usted Senador Galán, hemos trabajado la enfermedad de alto costo, hemos trabajado la enfermedad huérfana, hemos trabajado los procesos de salud mental y ya que está el Ministro aquí presente, el tema fundamental de la salud mental de los colombianos.

Cuando el mismo informe del Ministerio de la Protección Social que dirigiera el doctor Posada Villa, y que adicionalmente fuera auditado por la Universidad de Harvard, mostró que de cada diez colombianos, entre cuatro y cinco padecen, han padecido o van a padecer algún tipo de trastorno mental y que el tipo de atención en el diagnóstico, es de siete años para poder ser diagnosticado adecuadamente desde el inicio de la enfermedad y que la intervención solamente podría cobijar el 12% de los colombianos, porque hay una precariedad en la formulación de la armada de red para la prestación de servicios en salud mental, entendemos la dimensión del drama que vienen padeciendo las familias colombianas.

En los próximos días un informe que realizara un programa de televisión llamado *Séptimo Día*, muestra cómo por ejemplo a través de la Nueva EPS del Seguro Social, la calidad de salud ha deteriorado tanto la prestación misma, la prestación de los servicios en salud, que por ejemplo una paciente vía la ausencia del suministro de medicamentos por ejemplo asesinó a su padre, al padre de ella o que otro paciente se suicidó vía la castración de la posibilidad de los mismos servicios de salud.

Así Senador Galán, que yo integralmente creo que podríamos hablar de cada uno de los capítulos, ustedes incluyen el de la formación médica, que a mí me parece supremamente importante, el de la

preparación del recurso humano en salud que es otra Ley Senador Avellaneda, que ya tratamos en algún momento y que sigue contando con las falencias mismas de la supervisión de la misma, y sigue faltando con el consenso de la decisión política para generar una buena calidad general y no específica o particular o excepcional en la formación médica de nuestro país, sin un compromiso real con lo que son los principios médicos, cada vez más, tenemos los problemas que los especialistas lleguen a las zonas marginales del país y cada vez más tenemos menos compromisos con la formación en relación con la ética de lo que sería una prestación de servicios para lo vulnerable de nuestra nación y para lo marginal de nuestra nación.

Por eso lo que podemos hacer para no abusar del tiempo, es entregarle las conclusiones, del primer foro cuando evaluáramos la Ley 100, del segundo cuando entregamos la 1122 como una alternativa que no fue suficiente en la reformulación de la concepción de la salud en Colombia. Y la tercera en la Ley Estatutaria de la Salud Mental, frustrada siempre por falta de apoyo político y de decisión gubernamental. Para con base en esos tres elementos Senador Galán, poder avanzar en la formulación de una Ley Estatutaria que realmente refleje lo que ya hizo metástasis en el país.

Que a través de Tutela se obtienen los servicios, que a través de inmensas dificultades como la que se avizó en el colapso mismo de la sostenibilidad del sistema financiero, se empieza a tratar este tema con seriedad, para que haya sobre todo a partir de estas audiencias públicas, una pregunta fundamental, hasta dónde estamos dispuestos a llegar, en un criterio de unidad nacional ahora sí, en relación con cuál es la salud que los colombianos se merecen y si estamos dispuestos o no, casi que filosóficamente a determinar cuál es el concepto de salud que vamos a tener de aquí hacia adelante, no como política de Gobierno, sino como política de Estado. Cuando se resuelva esa pregunta, es posible que surjan en la redacción y bajo la técnica legislativa, incluso de la sostenibilidad financiera, una redacción de una Ley que permita entender las necesidades, que permita actualizar la Ley 100, que permita revisar las equivocaciones que probablemente cometimos en la 1122 incluyendo el tema de la integración vertical que debería ser mucho más alta y que permita de una manera u otra hablar de la concesión económica, hablar de la concesión financiera, y sobre todo hablar del tema del lucro, del tema de la generación de excedentes y del tema financiero que es la médula espinal de la discusión sobre el Sistema de Salud de los colombianos. Es una discusión que va de la mano, con la otra discusión y aquí está el Senador Avellaneda, en el tema de educación y de la gratuidad de la educación en Colombia, son dos temas que están relacionados con la concesión de derechos esenciales, de derechos fundamentales, de derecho realmente de los colombianos, cuya redacción posterior va a ser relativamente fácil si la primera y gran discusión es el

acuerdo acerca de hasta dónde estamos dispuestos a llegar.

El modelo está fracasando, es un hecho, luego vamos diariamente alrededor de las quejas de los pacientes, lo palpamos alrededor de todo lo que se pronuncia en la Corte Constitucional diariamente en cada uno de los escenarios de las demandas respectivas que se colocan, lo evidenciamos en el no paralelismo entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo, lo evidenciamos en el plan de beneficios, lo evidenciamos en la precariedad, en el aplazamiento de los beneficios para los colombianos, lo evidenciamos en la desconfianza que se produce y de los colombianos en relación con muchas de las EPS de las que están afiliados y en donde tienen inmensas dificultades para hacer legítimamente escuchados y legítimamente atendidos. Por eso sea la gran pregunta y de esa pregunta creo que se dan los elementos de respuesta en la técnica de redacción. Nosotros le aportaremos con mucho gusto y además con mucho cariño a esta mesa de trabajo, el resumen de ocho años de trabajo, que realizáramos para que sean tenidos en cuenta en el momento en donde la primera pregunta pueda ser amplia y suficientemente respondida. Mil gracias.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

Le damos las gracias al doctor Carlos Julio González, ex Senador de la República y a todos los Senadores que han hecho presencia, al Gobierno Nacional, al Ministro de Protección por su presencia, a los señores Viceministros, a todos los funcionarios que han estado acá muy atentos a recoger las inquietudes, las propuestas, las críticas de la ciudadanía, para eso es esta Audiencia Pública. Agotado el número de intervinientes inscritos, damos por finalizada esta Audiencia.

De conformidad con la Ley 5ª de 1992 publican los documentos radicados en la Secretaría de la Comisión Primera del honorable Senado de la República y se envía copia a los ponentes para lo de su competencia.

Anexos

Anexo 1. Ponencia doctor Carlos Palacino-Presidente Saludcoop

Anexo 2. Ponencia doctor Yesid Camacho-Presidente Antoch.

Anexo 3. Ponencia doctor Zoilo Cuéllar Montoya-Académico Profesor.

Anexo 4. Ponencia Víctor Raúl Castillo Mantilla-Director Ejecutivo Fundación Cardiovascular.

Anexo 5. Ponencia doctor Jorge Maldonado MD, PhD FACP-Vocero de asuntos Educativos de la Federación Medicina Colombiana.

Anexo 6. Ponencia Witney Chávez Sánchez.

Buenas tardes, me permito adjuntar algunas reflexiones sobre la Ley Estatutaria:

1. Adicional al plan de beneficios planteados en el artículo 5° se indica que en el caso de que las prestaciones explícitas no sean pertinentes, el profesional de la salud podrá “prescribir aquellas que sean aprobadas y disponibles en el país, costo-efectivas y estrictamente necesarias”. En este punto, nos preocupa quién será la entidad encargada para determinar que tal tratamiento se encuentra o no aprobado y si las mismas irían con cargo a la UPC, pues claramente permite la ampliación del POS dejándolo atado al criterio del médico, sin que se indique que tal situación debe ser aprobada por una junta o CTC y sin indicar con qué recursos se dará cobertura a estos casos especiales.

Artículo 5°. *Contenido del Plan de Beneficios.* El Plan de Beneficios tendrá un componente de prestaciones explícitas, exigibles necesarias para garantizar la vida y la salud de los afiliados y beneficiarios, e incluirá prestaciones de salud para enfermedad general, enfermedades graves e incurables y la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las personas y sus grupos familiares.

En caso de que las prestaciones explícitas no sean las médicamente pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo, el profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud, sin perjuicio de su responsabilidad médica, podrá prescribir aquellas que sean aprobadas y disponibles en el país, costo-efectivas y estrictamente necesarias.

Quedan excluidas las prestaciones suntuarias; meramente cosméticas; los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica; los que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las prestaciones que no son propias del ámbito de la salud.

Las enfermedades huérfanas no estarán incluidas en el Plan de Beneficios y se financiarán con los recursos establecidos en la ley.

2. En el artículo 6°, referente a los CTC, nos preocupa la premura de los términos, toda vez que se requiere una gran infraestructura para dar cumplimiento a los mismos, y los gastos de funcionamiento de esta figura no se encuentran contemplados dentro de la UPC que recibe la EPS para su funcionamiento. Así mismo, la falta de claridad sobre las denominadas zonas grises, que corresponden a la interpretación de lo que se encuentra incluido o no en el plan de beneficios, ya que en la mayoría de los casos la interpretación de los aseguradores y prestadores no ha coincidido con la de la SNS, quien emitirá la decisión final. De igual forma plantean que la decisión tendrá apelación, la cual supondremos se tramitará ante la misma SNS (quien a la vez es nuestro ente de control), sin que un tercero imparcial pueda pronunciarse sobre el caso.

Artículo 6°. *Accesibilidad a los beneficios del Sistema.* Los afiliados y beneficiarios del Siste-

ma General de Seguridad Social en Salud podrán exigir la prestación oportuna de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios, atendiendo a los estándares definidos para tal fin. Para acceder a las prestaciones no explícitas en el Plan de Beneficios, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud, que se pronunciará en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

La entidad cuyo Comité Técnico Científico negó la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud enviará, al día siguiente, a la Superintendencia Nacional de Salud la documentación relativa al rechazo a la prestación del servicio, e informará al interesado para que intervenga si lo considera necesario.

La Superintendencia podrá pedir informes adicionales a la entidad, a los profesionales de la salud tratantes o cualquier otra persona que estime necesario y resolverá, previo concepto de una Junta Técnico-Científica de pares del profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud y de otros técnicos relevantes, dentro de los diez días siguientes al recibo del rechazo. Si la entidad no envía la información oportunamente deberá prestar el servicio. La motivación de la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud valorará la pertinencia médica de la prestación solicitada, de acuerdo con los principios señalados por la presente ley, la decisión tendrá apelación.

Los conceptos que emitan los Comités Técnico-Científicos y la Junta Técnico-Científica tendrán como referencia los protocolos, guías y procedimientos establecidos de acuerdo con las propuestas y recomendaciones hechas por una entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta de la cual hagan parte las sociedades científicas y los colegios médicos, las cuales deberán observar el principio de sostenibilidad.

3. El artículo 8° plantea que para las prestaciones adicionales al plan de beneficios se recibirá un valor adicional, pero que en todo caso no habrá lugar a recobros. Qué pasa, como se ha demostrado a lo largo de estos años, si el valor adicional no es suficiente para cubrir las prestaciones adicionales, ¿el mayor valor lo deberán asumir las EPS?, cuándo como lo indicó la Corte Constitucional, se trata de una obligación del Estado ¿Qué papel jugará el Estado en este punto? ¿Quién elegirá qué entidad prestará estos servicios de las 4 indicadas?

Artículo 8°. *Financiamiento del Plan de Beneficios.* El Plan de Beneficios se financiará con cargo a la Unidad de Pago por Capitación para el pago de las prestaciones explícitas e incluirá un valor adicional, equivalente a una prima para financiar las prestaciones no explícitas incluidas en dicho plan. En cualquier caso, no habrá lugar a recobros. La prima podrá usarse para financiar dichas prestaciones a través de: 1. las Entidades Promotoras de Sa-

lud. 2. Otras aseguradoras. 3. Una entidad pública que garantice la prestación de los servicios. 4. Otra modalidad de aseguramiento.

4. la norma no indica derogatorias particulares, por lo que deja a interpretación de cada lector si se deben aplicar o no las leyes (100 de 1993, 1122 de 2007) y decretos existentes en seguridad social en salud, toda vez que lo que sea contrario a la norma estatutaria, según cada intérprete, no podrá aplicarse, lo que permite que su interpretación sea infinita. Un ejemplo de ello, es que los principios del proyecto de ley estatutaria no coinciden con los de la Ley 100, ¿cuáles serían los aplicables?

Artículo 14. *Vigencia y derogatorias.* Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias las disposiciones aquí contenidas no afectan regímenes especiales establecidos, ni otros planes y mecanismos de aseguramiento que desarrollan el servicio público de Seguridad Social en Salud conforme a la ley.

5. También sugiero incluir los siguientes artículos:

Artículo nuevo. *Obligación del Estado.* Corresponde al Estado, en forma directa, a través de las entidades territoriales, o a través de terceros, garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de todas las personas[1], así como su afiliación, en forma progresiva, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma establecida en la ley[2].

Artículo nuevo. *Servicios no incluidos en los planes de beneficios.* Cuando una persona requiera con necesidad medicamentos y servicios médico-asistenciales que no se encuentran incluidos en los planes de beneficios y sean indispensables para garantizar su derecho a la vida, los mismos podrán ser otorgados por el fondo de los recursos para la salud, siempre y cuando se reúnan los siguientes requisitos:

1. Que el servicio de salud demandado haya sido ordenado por el médico tratante adscrito a la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el paciente.

2. Que sea aprobado por el Comité Técnico integrado por el fondo de recursos para la salud.

3. Que la persona y su familia estén en imposibilidad de asumir el valor del tratamiento requerido según el reglamento que expida el Gobierno Nacional para el efecto.

4. Que existan recursos disponibles en el Fondo de Recursos para la Salud.

Parágrafo. La dirección y administración del Fondo de recursos para la salud estará a cargo de una Junta compuesta por dos representantes de: Gobierno Nacional, usuarios, profesionales de la salud, IPS, EPS, proveedores de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, empleados y trabajadores. El Gobierno reglamentará los mecanismos para efectos de la elección de estos representantes.

Carta abierta a la opinión pública

Bogotá, 9 de septiembre de 2010

Doctor

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

Presidente de la República de Colombia

Casa de Nariño

Ciudad

Respetado señor Presidente:

Quienes suscribimos el presente documento, representantes de muy diversas expresiones de la vida nacional, ligados e interesados en defender el Derecho Fundamental a la Salud, dentro de los cuales nos encontramos: organizaciones gremiales sindicales, científicas, intergremiales de pacientes, de usuarios, municipios, de Empresas Sociales del Estado, de Cooperativas de Hospitales, de Médicos generales y organizaciones no gubernamentales del sector de la salud que preocupados por la crisis que afronta la salud en el país y los anuncios que provienen de su Gobierno, nos hemos agrupado en una “mesa intersectorial por el derecho fundamental a la salud”, con el fin de tener una interlocución unificada y fluida con el Gobierno Nacional, el Congreso de la República y otros actores de la vida nacional.

Nos parece importante que en el país se planteen propuestas de Unidad Nacional que conduzcan a romper la fragmentación y la profunda brecha social existente, sin embargo, consideramos que esas propuestas no se pueden quedar en la cúpula de los partidos políticos, o en acuerdos parlamentarios que terminan protegiendo más los negocios de los privilegiados, que los derechos de los excluidos. Por tal razón, desde las organizaciones sociales de base que representamos, queremos señor Presidente plantear nuestras observaciones a las propuestas hechas por varios Ministros, algunos Senadores, Representantes a la Cámara y gremios económicos con presencia en el sector salud, al tiempo que planteamos nuestras propuestas, a la espera de que en el menor tiempo posible nos permita mediante una audiencia ampliar lo que sería la Propuesta de Unidad Nacional por la garantía del Derecho Fundamental a la Salud, la que sustentamos en los siguientes elementos:

La Corte Constitucional, con las determinaciones tomadas en la Sentencia T-760 de 2008, y mediante la cual reconoció a la Salud como un Derecho Fundamental Autónomo, es decir, sin conexión con el Derecho a la Vida, o dicho de otra manera, reconocible sin necesidad de que esté en peligro la vida de la persona, sino como una garantía del bienestar físico, mental y social de los ciudadanos, tanto colectiva como individualmente, configuró, quizá, el mayor avance en materia de reconocimiento de derechos ciudadanos en lo que a salud atañe.

Dicha sentencia retoma el rumbo de la Constitución Política de Colombia y le traza al ejecutivo la directriz de manejar y regir la salud como un servicio público a cargo del Estado, más allá, y definitivamente en contra, de lo que con preocupación ve-

mos que ha ocurrido en los últimos años, donde el Sistema de Salud funciona no como un instrumento para satisfacer una necesidad básica, sino como una forma de extraer rentas y donde priman los conceptos económicos sobre los de salud. Es por eso que nos inquietan los recientes anuncios hechos por los Ministros de Hacienda y de Protección Social, en el sentido de tramitar ante el Congreso de la República una Ley Estatutaria que según la Revista *Dinero*: “Enfrentado a este escenario de crisis, un equipo de expertos del Gobierno, encabezado por el Ministro de la Protección, Mauricio Santamaría, trabaja en la preparación de un proyecto de Ley Estatutaria que busca establecer que el Estado garantizará el derecho fundamental a la salud únicamente a través del POS. De ahí en adelante, las responsabilidades serían asumidas por el sector privado, aunque se mantendría el actual modelo solidario”. (Subrayado fuera de texto).

Preocupa, señor Presidente, que una Ley Estatutaria producida en los términos de la declaración citada termine haciéndole el juego a quienes se lucran de manera indebida de la salud como negocio, limitando injustificadamente el acceso de los ciudadanos a los servicios que representan el disfrute pleno del Derecho Fundamental a la Salud.

Los gremios e instituciones que firmamos el presente documento, consideramos que la reforma al Sistema de Salud colombiano debe ser producto de la concertación entre todos los actores, pero partiendo del concepto fundamental contenido en la Sentencia T-760 de 2008: la salud es un derecho fundamental.

Quienes defendemos el ejercicio del Derecho Fundamental a la Salud con principios de Integralidad, Universalidad, Equidad y Solidaridad (entre otros), y establecidos en los tratados internacionales sobre Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales, y que al haber sido ratificados por nuestro país forman parte del Bloque de Constitucionalidad, sostenemos que en acatamiento a las determinaciones de la Corte Constitucional y las recomendaciones de la Procuraduría General de la Nación, se debe desarrollar una Reforma Estructural del Sistema de Salud, y decimos que debe ser estructural, ya que los cimientos e infraestructura del actual modelo, ha demostrado a través del tiempo grandes limitaciones, generando una sensación común en la opinión pública, y consenso entre los actores del sector, de que el modelo ha fracasado y que las actuales Administradoras de Planes de Beneficios lo único que han hecho es realizar una intermediación de los recursos, sin gestionar ni asumir los riesgos, ya que las restricciones del Plan Obligatorio de Salud y las características del modelo de atención, hacen que los riesgos sean trasladados a los prestadores y al ... cuentan siempre con recursos insuficientes, por la corrupción e ineficiencia que la misma intermediación determina, demostrada incluso en la negación constante y sistemática a los usuarios de los servicios contemplados en el POS como se

demuestra en los informes de la Defensoría Nacional del Pueblo, y según la cual más del 50% de las tutelas presentadas y falladas en el país corresponden a eventos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Las administradoras de los recursos parafiscales (EPS-EPSS y ARP) han traspasado su función social, con la permisividad del ente rector del Sistema de Salud y la laxa vigilancia de parte de las Superintendencias (la Supersalud para el Sistema de Salud y la Superfinanciera para el Sistema de Riesgos Profesionales). De hecho, las administradoras se han convertido en entes que ejercen acciones como monopolios sobre algunos sectores específicos y como oligopolios sobre el conjunto de sus respectivos sistemas, apalancándose en los recursos públicos parafiscales. Así que un aspecto fundamental, que no puede ser omitido, es que la reforma que se establezca, elimine esta intermediación onerosa y que su administración sea asumida directamente por el Estado. Ahora bien, si es que se van a conservar las estructuras de la administración delegada de los recursos parafiscales en entes privados, bajo ninguna modalidad pueden las administradoras trascender las funciones determinadas por la ley y deberá restringirse la posición dominante de sus propietarios sobre otros sectores de la economía. Sin embargo, es preferible que se busquen otros mecanismos para que la administración de estos recursos no la ejerzan particulares que derivan su propio beneficio del abuso ejercido por diferentes métodos, de los recursos parafiscales que constitucionalmente tienen destinación específica.

El SGRP se constituye financieramente sobre la base del aporte en dinero que paga el empleador, como prestación social del trabajador que se vea afectado por la enfermedad profesional o el accidente de trabajo, con destinación específica. Sin embargo las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) han venido desconociendo la categoría de recurso parafiscal con destinación específica que tienen esos dineros, y vienen malgastando una enorme proporción del mismo en actividades por fuera de lo que la ley les permite, como si fuera patrimonio propio de las ARP. Es así que una inmensa cantidad de ese dinero que significa un costo social enorme para el productor colombiano, se está derrochando en gastos totalmente ajenos a su propósito constitucional y legal y han convertido las reclamaciones por ATEP en un proceso casi imposible para los trabajadores afectados. Estas anomalías y derroches de los recursos públicos parafiscales, además de otras que implican evasión de IVA y otras, han sido puestas en conocimiento de la Superintendencia Financiera la cual se ha abstenido de intervenir permitiendo el enriquecimiento injustificado de las ARP y de algunos particulares y la consecuente elusión fiscal. Así mismo, el MPS, como Dirección del Sistema, ha permitido que la situación continúe.

Finalmente señor Presidente, consideramos que la crisis que vive el sector no se origina en la fal-

ta de dinero, ya que nos gastamos en salud 38.4 billones de pesos, anualmente, lo que demuestra que el sistema es completamente ineficiente, como se puede observar en el cuadro de Gasto en Salud del año 2009, del estudio elaborado por el profesor Gilberto Barón.

COMPONENTES	FUENTE	VALOR (millones \$)	DISTRIB. %
Régimen contributivo	Cotizaciones, Fosyga PpP, EPS excedentes	12.264.255	31,9
Régimen subsidiado	Fosyga (Subcta. Solidaridad), SGP, otros esfuerzo propio ETS, excedentes	7.353.578	19,1
Población pobre no afiliada (PPNA)	SGP, rentas cedidas, esfuerzo propio ETS, Ecot-Soat (ap. ESE)	2.890.541	7,5
Régimenes especiales	Cotizaciones, PGN, recursos administrados	2.380.000	6,2
Subtotal SGSSS		24.888.374	64,7
Seg. privados (incluye med. Prepagada)	pagos primas pólizas, planes	2.544.669	6,6
Gasto de bolsillo hogares	Pagos directos	8.080.730	21,0
Subtotal recursos privados		35.513.773	92,3
Salud Pública	SGP, Fosyga, PGN, Rentas Terr.	1.514.145	3,9
Otros atención salud	Riesgos prof., SOAT	1.451.224	3,8
Total recursos		38.479.142	100,0
% PIB			7,9

Fuentes: Fosyga, BNP, MPS, ACEMI, DANE-ECV 2008, Fedesarrollo, Documentos CONPES, ANDI.

Propuesta de reforma estructural

Para el desarrollo de una reforma estructural que garantice el Derecho Fundamental a la Salud autónomo, proponemos los siguientes pilares que deberían tenerse en cuenta en cualquier reforma legal que se plantee:

1. Rectoría eficiente del Ministerio

La Rectoría estará en cabeza del Estado como garante de los Derechos Fundamentales de sus ciudadanos y por delegación del mismo será ejercida por el Ministerio, con enfoque de Salud Pública, por lo tanto su accionar fundamental estará dirigido a garantizar el bienestar del conjunto de la población, a establecer el perfil epidemiológico y a atender los requerimientos de salubridad de la población y el medio ambiente, con un enfoque intersectorial, descentralizado por zonas de Salud Pública que no necesariamente corresponden al actual ordenamiento territorial y con la más amplia participación ciudadana.

De igual forma, debe definirse el papel de la entidad encargada de entregar herramientas al Gobierno nacional para la toma de decisiones en el sector. La entidad, debería ser quien realizara el seguimiento a los indicadores de calidad y monitoreo de la gestión del riesgo en el sistema a todos los actores, generando información veraz y oportuna para la toma de decisiones y formulación de políticas estatales.

2. Modelo de atención

Como Fundamento Básico del acceso a los servicios de salud, la estructuración de los servicios de prevención de la enfermedad, promoción, aten-

ción y rehabilitación de la salud, debe darse en la forma de un sistema organizado en redes de atención bajo la responsabilidad del Estado. Los servicios deberán garantizar el acceso y la Atención Primaria en Salud en todos los territorios, con el respaldo de los servicios de urgencias, especialidades y hospitalizaciones, con cubrimiento nacional, de forma directa, dependiendo de la cantidad y perfil de necesidades de la población, en un marco de universalización con suficiencia calificada en respuesta a sus resultados en calidad de vida y salud, y acordados con la población en los consejos de salud desde sus territorios, vivienda y trabajo.

3. Salud Pública

La Salud Pública como disciplina y como elemento fundamental en el contexto del desarrollo de las sociedades humanas, será el soporte del modelo de atención del Sistema de Salud, por lo tanto, estará soportado en estudios de Salud Pública e investigaciones médico-científicas. Con el propósito de lograr un impacto positivo en salud pública se propone que esta, sea una política de Estado en donde acorde con el perfil epidemiológico de las regiones se realicen ajustes al modelo de atención con énfasis en gestión del riesgo y cuyo objetivo principal debe estar enfocado en mejorar las condiciones de vida saludable de la población; sin embargo, esto solo se puede alcanzar cuando se elimine la atomización de los recursos que se asignan para Salud Pública, promoción y prevención y se establezca el Estado como único pagador a las instituciones que realizan las actividades.

Esta política se acompañará de una fuerte inversión en ciencia y tecnología con enfoque en salud, para lo cual se fortalecerá el Instituto Nacional de Salud y la investigación en facultades públicas de Ciencias de la Salud.

4. Financiación

El Sistema de Salud será financiado con los actuales recursos del Estado en sus niveles nacional, departamental, distrital y municipal, con las contribuciones de los patrones y los empleadores, como también con recursos fiscales de carácter progresivo.

En la actualidad no se tienen estudios de suficiencia o insuficiencia de UPC que permitan establecer la falta de recursos en el sector salud en el actual modelo, por el contrario, si se cuenta con estudios serios como los realizados por la Universidad de Antioquia en donde se evidencia la suficiencia de recursos para el sector salud en condiciones de cobertura universal; en este sentido se hace necesario que para la toma de decisiones sobre la financiación del sistema se consideren todos los estudios hasta la fecha realizados, los cuales, demuestran que el actual régimen tiene una distribución inequitativa de recursos y una fuga importante de los mismos.

En el tema de recobro de medicamentos y el precio de los mismos, se evidencian altos costos en los recobros al Fosyga, generándose un gran déficit en los diversos fondos territoriales y en el mismo Fosyga; por lo tanto, se hace necesario la revisión

y el control de los precios de los medicamentos y que estos tengan una reducción importante acorde con los precios del mercado a nivel mundial, generando un verdadero impacto en la salud de los usuarios y aportando a la sostenibilidad financiera del sistema.

5. Régimen Laboral

El Estado colombiano definirá una política laboral, basada en el contrato de trabajo, que garantice la vinculación estable y digna de los trabajadores y profesionales de la salud, para tal fin el Gobierno Nacional concertará un estatuto de trabajador para el sector.

El nuevo sistema deberá contar con una política de formación en salud y de educación continuada, acorde con las necesidades nacionales y regionales del país, con énfasis en los valores propios de la relación interpersonal y social de la atención en salud, garantizando la cantidad suficiente de profesionales idóneos en todo el territorio nacional.

6. Calidad en la prestación de servicios de salud

Es necesario hacer énfasis en la prestación de servicios de salud con calidad, para ello dentro de las estrategias que el Gobierno Nacional implemente, la definición de una línea de base por regiones de los indicadores de calidad reales por servicios y un monitoreo de los mismos que permita conocer las necesidades y la realidad de nuestras regiones.

De otro lado, el Ministerio debe generar la reglamentación que permita garantizar la integralidad en la prestación de los servicios en los municipios en donde las Instituciones Prestadoras cumplen con los requisitos de habilitación para ello. En ese mismo sentido al usuario debe garantizársele la atención en su sitio de residencia de los servicios con los que el municipio cuente debidamente habilitados y evitar el traslado de pacientes de un municipio a otro.

7. Vigilancia y control

Es de consenso que la Supersalud no ha demostrado resultados eficaces frente a inspección, vigilancia y control con relación al papel de los diferentes actores al interior del SGSSS.

Su dependencia administrativa del Ministerio del ramo y su actual estructura organizacional le han generado, limitado a su gestión, por lo anterior se propone que la vigilancia epidemiológica estará centralizada en el Instituto Nacional de Salud y descentralizada por competencias a los departamentos quienes harán la vigilancia en primera instancia de los planes municipales de salud hasta su articulación con el plan Nacional de Salud Pública.

La Vigilancia administrativa, financiera y de atención al usuario estará a cargo de procuradurías especializadas en salud, dependientes de la Procuraduría General de la Nación que de manera desconcentrada, pero articulada, desarrollen las actividades de vigilancia y control administrativo, financiero y fiscal como apoyo permanente a los Consejos Territoriales de Salud y a las Veedurías Ciudadanas.

8. Definición de política pública de prestación de servicios de salud

Ningún país en el mundo, soslaya la importancia que tienen los prestadores públicos en cualquier Sistema de Salud; por el contrario, fortalecen las redes públicas de prestadores.

Se hace necesario que el Gobierno defina una política pública que le entregue herramientas a las ESE para que garanticen la prestación de los servicios en forma eficiente, incluso en los casos en que su cobertura poblacional y en razón del interés público deban operar incluso en condiciones de desequilibrio financiero, porque con su demanda no alcanzan a sufragar los costos de operación. En estos casos el Estado deberá garantizar el funcionamiento de la respectiva entidad.

9. Participación ciudadana y comunitaria

La comunidad organizada autónomamente en asociaciones, comités de participación, veedurías, entre otras, participará en los procesos de Dirección, Gestión, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social. Es una obligación del Estado facilitar la capacitación y formación de los líderes comunitarios, para su cabal participación en los diferentes procesos. Las organizaciones comunitarias y ciudadanas tendrán una participación importante en los Órganos de Dirección del Sistema, de las Juntas Directivas de las entidades encargadas de la administración y prestación de los servicios.

10. Medicamentos, insumos y equipamientos hospitalarios

Son bienes públicos, por tal razón el Estado colombiano los protegerá de prácticas oligopólicas o especulativas, determinará los precios y uso de patentes con fundamento en el interés general del país, procurando ante todo el bienestar de la población, para tal fin generará en el corto plazo una política de reducción de precios, sin que ello afecte la calidad de los mismos.

De igual forma, por las implicaciones e impacto que tienen los medicamentos no POS en las finanzas del Estado es importante que dentro de las políticas que se establezcan por parte del Ministerio, se incluya la compra a empresas con experiencia en la materia y que garanticen economía, calidad en los productos adquiridos y transparencia en los procesos desarrollados.

En el tema de recobro de medicamentos y el precio de los mismos, se evidencian altos costos en los recobros al Fosyga y departamentos, generándose un gran déficit en los diversos fondos territoriales y en el mismo Fosyga; por tanto, se hace necesario que exista revisión, control y la fijación de precios de referencia de los precios de los medicamentos y que estos tengan una reducción importante acorde con los precios del mercado a nivel mundial, generando un verdadero impacto en la salud de los usuarios y aportando a la sostenibilidad financiera del sistema.

Teniendo en cuenta que los medicamentos son bienes de interés público, la información referente a ellos incluidos los precios de adquisición y venta

debe ser de público conocimiento y libre inspección por parte de la ciudadanía en cualquier eslabón de la cadena de comercialización. La información de precios y cantidades no puede ser susceptible de ningún tipo de reserva.

Se requiere la creación de un centro de evaluación de tecnología, insumos y dispositivos biomédicos, independiente y con decisión sobre el ingreso, rechazo o declaratoria de obsolescencia de tecnología al país.

11. Garantizar Autonomía Profesional.

En lo referente a la **autonomía profesional** será un principio de autorregulación médica y se dirige a complementar la libertad del ejercicio médico con un uso responsable del mismo en cuanto a su responsabilidad social sin que ello implique la coartación de su conocimiento en beneficio del paciente y de las particularidades de la población.

El sistema garantizará la autonomía del ejercicio profesional y no será práctica permitida en todo el territorio nacional el constreñimiento del acto de los profesionales de la salud por parte de los entes de gobierno, entidades administradoras de planes de beneficios y de Instituciones prestadoras.

12. El Sistema General de Riesgos Profesionales.

Así que lo que proponemos es que el Sistema de Riesgos Profesionales se unifique en una gran aseguradora de riesgos, a cargo del Estado, con la dirección participativa de los trabajadores que finalmente son los beneficiarios de esa prestación social con destinación específica, y se eliminen todos los parásitos financieros que usufructúan los beneficios de los trabajadores inválidos o enfermos con ocasión o a causa del trabajo.

Reiteramos el llamado a que su gobierno de unidad nacional, en unión con los abajo firmantes, tomemos la bandera por la defensa del derecho fundamental a la salud de los colombianos.

Atentamente,

Carlos E. Castro

Delegado

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Directora Ejecutiva

Asociación Colombiana Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI).

Néstor Álvarez Lara

Representante

Asociación de Pacientes de Enfermedades Alto Costo.

Yesid Hernando Camacho Jiménez

Presidente

Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia (ANTHOC).

Olga Lucía Vásquez

Directora Ejecutiva

Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud (COSESAM).

Aldo Enrique Cadena Rojas

Presidente

Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social (SINDESS).

José Villamil

Director Ejecutivo

Veeduría Nacional de Salud.

Sergio Isazza

Presidente

Federación Médica Colombiana.

Miguel Ángel Rendón Moncada

Director Ejecutivo

Alianza Cooperativas de Hospitales Públicos.

Fabio Alberto Henao

Delegado

Asmedas - Antioquia.

Esperanza Morales

Representante

ANEC.

Roberto Villarreal Ch.

Representante SOLSALUD.

* * *

PRESENTACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO SENADO DE LA REPÚBLICA COMISIÓN PRIMERA

Lunes 29 de noviembre de 2010

Académico Profesor Zoilo Cuéllar Montoya, Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Secretario Ejecutivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal

En cuáles planteamientos no se debe basar un sistema de salud para Colombia.

No creo conocer un solo proyecto de modificación o cambio del Sistema de Salud de Colombia, de los que se han presentado a este Parlamento a partir de 1990 y hasta la fecha que, en mayor o en menor grado, no se haya visto impulsado por intereses individualistas de instituciones o de personas, gran parte de ellos absolutamente imbuidos o por una visión economicista, o por una de poder o con fines políticos electorales, o por todos estos factores sumados, incluidos los intentos por quitar toda responsabilidad en salud al propio Estado, cuando dicha obligación quedó absolutamente clara en el texto de la Ley 15 de 1925, que reconoció la responsabilidad del Estado en la Asistencia Pública en salud y en la cual el concepto de caridad cedió el paso a la acción obligatoria del Estado de velar por los enfermos y los menesterosos. Por lo tanto, el país entero debe ponerse en pie en contra de dichas motivaciones, terreno abonado para la corrupción y causa de gran parte de los males que aquejan a nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud y que lo han llevado a una verdadera Unidad de Cuidados Intensivos, en un estado de falla multisistémica.

En consecuencia, dejo muy en claro que dichos planteamientos no se deben convertir en postulados y no deben ser, a riesgo de atentar contra el inalienable derecho de cada uno de los habitantes de Colombia a la salud y a la vida, los utilizados como base de nuestro sistema de salud.

Cuáles deben ser los postulados para la reforma de nuestro sistema general de salud.

\$540.000.000.000.00 iniciales, faltando los costos de actualización anual y la consideración de que dicha inversión, si se quiere seguir actualizado, se convertirá en un lastre permanente para la Nación, interminable, con el hecho que debe ponerse en claro de que su utilidad docente es nula y se termina ejerciendo la medicina por catálogo.

Ciencia y tecnología en salud: como parte del tema de educación, es indispensable propiciar e impulsar la investigación y desarrollos en salud, que se van a constituir en un soporte indispensable del progreso y de la calidad en la atención en salud de la población. Deben establecerse políticas al respecto que, naturalmente, es indispensable que cuenten con el soporte económico suficiente, adecuado y oportuno.

Atención Primaria de Salud: Aunque hace parte del tema anterior, quiero resaltarlo como una estrategia que, a pesar de haber sido promulgada hace ya décadas por la OMS en Alma Ata (1978), no se ha terminado de implementar en la mayoría de los países y es la mejor de las estrategias para logra un cubrimiento universal con una reducción notoria del gasto en salud. Aunque su ambiente natural de desarrollo es el más próximo a la comunidad, el Primer Nivel de Atención, no debe ser confundida dicha estrategia con el mencionado nivel, que ya se refiere a un primer abordaje de enfermos con patología, del cual puede originarse su tratamiento o su remisión a niveles más complejos. En cambio, es trascendental la medicina de familia y la visita domiciliaria, estrategia que, al detectar oportunamente la posibilidad de desarrollar una patología, puede aplicar medidas preventivas que ahorrarán al sistema ingentes cantidades de dinero y a la población incapacidades y limitaciones que incidirán, necesariamente, en la vida productiva de los afectados y en el equilibrio económico de la sociedad y de la Nación.

Calidad: como elemento prioritario en la búsqueda de un Sistema de Salud óptimo, es indispensable, en forma incontrovertible, alcanzar y mantener la calidad en la atención de quienes recurren al Sistema en cuestión, exigible en todos los niveles de este, sin excepciones. Es este otro de los hechos positivos de la Ley 100 de 1993: concientizar al sector de la salud de la importancia de la calidad, como derecho y como deber. Todas las disposiciones que en una u otra forma atenten contra ella, deben ser suprimidas.

Autonomía de los profesionales de la salud: debe tener como base, naturalmente, el conocimiento, apoyado permanentemente en la educación continua y en una actualización, también permanente, de la realidad económica del país. Toda profesión debe ejercerse con conocimiento, el cual

debe ser amplio, libre y sin sesgo; independiente de los intereses económicos de muchos de los actores del sistema.

Justicia laboral: aunque no me parece adecuado mezclar los aspectos laborales y pensionales con los de la salud, un postulado ineludible es el manejo justo, con todas sus prestaciones, con el pago absolutamente puntual de sus honorarios y salarios, de la totalidad de los trabajadores de la salud y su defensa de cooperativas inescrupulosas que tan sólo buscan el lucro a expensas del sacrificio económico-laboral de quienes se entregan al servicio de la salud. La retribución debe ser proporcional, no solamente al tiempo laborado sino, en forma muy importante, a los conocimientos y a la inversión realizada por cada profesional de la salud en su propia formación, en la adquisición de políticas de salud del Ministerio correspondiente. Deben multiplicarse los aportes a las dos entidades, con lo cual se podrán realizar investigaciones impostergables en salud pública y medicina tropical, por parte del primero, y en efectividad, calidad y actualización de los medicamentos, así como los parámetros regulatorios de los biofármacos, por parte de la segunda.

Hospitales: Nada de lo aquí expuesto tendría valor y efectividad si no se aplican medidas efectivas para restituirles a los Hospitales Públicos los más de 3.5 billones de pesos que se les adeudan y al sistema privado de Clínicas y Hospitales una cantidad similar. Pero no basta con dicha restitución: el legislativo debe trabajar muy a fondo para otorgarles un terreno jurídico que les permita salir del endeudamiento y progresar hacia una real autosostenibilidad. El Estado, y el sector privado —y eso se considera solidaridad—, deben aportar apoyos técnicos administrativos que ayuden a los Hospitales a corregir los vicios y los defectos que desde este punto los tienen al borde de la quiebra.

Delegación de funciones gubernamentales: no estoy de acuerdo, para nada, en que el Estado delegue funciones gubernamentales a particulares, así se trate de asociaciones médicas. El manejo de la Recertificación se debe realizar en el seno de un Consejo compuesto por los Ministros de Protección (o de Salud, según el caso) y de Educación, o sus representantes, y representantes, al menos, de la Academia, la Asociación de Sociedades Científicas, el Colegio Médico, ASMEDAS, ASCOFAME y Federación Médica Colombiana.



* **

Bogotá, noviembre 29 de 2010

Honorables Congresistas

Ciudad

Respetuoso saludo:

Una vez conocido el proyecto de ley estatutaria en debate por parte del honorable Congreso de

la República, queremos poner a su consideración algunas iniciativas a tener en cuenta, las cuales han sido concebidas con el fin de contribuir a la solución de la problemática actual del sector.

1. Nuevas Iniciativas

Aseguramiento

Entendiendo que el aseguramiento en salud incorpora la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios individuales con el fin de garantizar el acceso efectivo, la garantía de la calidad, oportunidad en la prestación de los servicios de salud nuestra propuesta es que exista un solo régimen de seguridad social que incorpore a quienes hoy son afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado así como a los beneficiarios de los regímenes de excepción formándose un régimen único con afiliados contributivos y subsidiados a quienes se les garantizará el mismo Plan de Beneficios incluyendo todas las necesidades actuales que se vienen reconociendo vía acción de tutela o vía recobro al FOSYGA.

En el 2010 el gasto en salud se estima en 21 billones de pesos, adicionalmente se estima un gasto de 2.5 billones de pesos por cobertura de NO POS y 0.8 billones de pesos por atención de beneficiarios de regímenes de excepción. Esto significa que en total contamos con un presupuesto de \$24.3 billones que al dividirla en la población colombiana la cual está cercana a los 44.000.000 de habitantes daría una UPC general de \$552.2270, cifra muy superior a la UPC promedio contributiva de \$470.000 para el 2010, incluyendo toda la atención del plan obligatorio de salud más el no pos. Sin embargo, está comprobado que en el régimen subsidiado con los mismos servicios de la UPC que se fijó en Barranquilla está cercana a los \$400.000 por usuario, la cual aparentemente ha sido suficiente para dar una adecuada atención a estos pacientes.

Facturación, Autorización y Pago de Servicios de Salud

En este punto la FCV propone la creación del registro único de autorización, validación y pago electrónico de las entidades responsables del pago de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y la optimización en el giro oportuno de los recursos del sistema a los diferentes actores del sistema.

Para lo anterior la FCV plantea:

a) Crear la Red Nacional de Certificadores (RNC) para la autorización de Servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, servicio que será prestado por particulares, los cuales se encargarán de tramitar y verificar la efectividad de las solicitudes de autorización de servicios efectuada entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago conforme a lo establecido por la Resolución 3047 de 2008 y por

aquellas normas que la adicionen, la modifiquen o la sustituyan.

b) Las autorizaciones de servicios deben expedirse por las EAPB de forma integral para una misma patología y por una única vez. En caso de que el usuario requiera la prestación de servicios no relacionados con el tratamiento integral de la patología por la cual se expidió la autorización la IPS deberá tramitar una autorización por separado ante la EAPB, la cual deberá ser atendida de conformidad con los procedimientos y tiempos de respuesta regulados por el Decreto 4747 de 2007 y sus resoluciones complementarias.

c) Adoptarse el sistema de facturación electrónica desde las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) hacia las entidades responsables del pago de servicios de salud, mediante el cual la factura se entenderá radicada una vez se verifique el cargue y el envío correcto de la información y su recibo por parte de la entidad responsable del pago de servicios de salud.

d) Giro directo de Recursos del Sistema General de Participaciones, del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, de las Rentas Cedidas y de los Recursos Propios de los Departamentos y Municipios.

e) Pago electrónico de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS), de las Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) y de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) a las IPS.

Calidad y Libre Escogencia

Para la FCV el Sistema Nacional Único de Acreditación en Salud es una de las formas mediante las cuales el Estado puede de manera indirecta, en su calidad de ente gobernante, lograr la obtención de un resultado favorable en cuanto a la calidad de los servicios de salud. Este instrumento contribuye a la competencia por calidad, así:

a) Fomenta la competencia en igualdad de condiciones ya que el punto de partida para quien decida acreditarse es exactamente el mismo. Es decir, que a toda institución que decida acreditarse se la evaluará con iguales estándares.

b) Suministra al usuario información acerca de los agentes que prestan el servicio de atención y aseguramiento en salud, favoreciendo las decisiones informadas.

c) Genera información para el usuario o sus agentes creando señales de calidad.

En pro de fortalecer estos beneficios al Sistema la FCV propone incentivar los procesos de acreditación de las IPS públicas y privadas, así:

1. Recompensar la calidad al generar beneficios para las instituciones que han merecido este reconocimiento en términos de preferencia por parte de los usuarios y prerrogativas en la contratación y pagos diferenciales por parte de las entidades aseguradoras.

2. De acuerdo con lo anterior se propone que las entidades responsables de pago cuenten de manera obligatoria dentro de su red de prestadores con los servicios que de acuerdo a su portafolio ofrezcan las IPS acreditadas nacionalmente en la región, para lo cual las intendencias regionales de la Superintendencia Nacional de Salud supervisarán el cumplimiento de esta disposición.

Control y Vigilancia

Actualmente el Sistema de Salud Colombiano se caracteriza por carecer de un real y eficiente sistema de Inspección, Vigilancia y Control que integre las entidades a nivel nacional y territorial, predominando el incumplimiento de las funciones de IVE asignadas al orden departamental y territorial.

La **Fundación Cardiovascular de Colombia** en tal sentido propone:

a) Se envista al Presidente de la República con facultades extraordinarias para expedir una norma con fuerza de ley para descentralizar la Supersalud, a través de intendencias regionales que tendrán entre otras funciones vigilar que las Entidad Territorial de su jurisdicción cumpla las funciones señaladas en la Ley 715 de 2001, ejecutar las funciones de inspección, vigilancia y control de la Red Pública y Privada en el área de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Superintendente Nacional de Salud y expedir los actos administrativos que en sus funciones de inspección, vigilancia y control le correspondan.

b) Fortalecer y dotar de carácter coercitivo frente a todos los actores del sistema de salud las decisiones y/o pronunciamientos de las intendencias regionales, facultándose a estas a que en caso de incumplimiento se proceda con la intervención técnica y administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

c) Ampliar dentro del listado de conductas sancionables por parte de la Superintendencia evadir o no realizar oportunamente el pago a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Solución de Controversias

Sobre este aspecto, la FCV propone la creación de **Tribunales Departamentales y Distritales de glosas** con el objeto de dirimir las glosas que no hayan sido conciliadas por los actores, tanto públicos como privados, en la oportunidad de Ley, el cual tendrá autoridad para conocer las controversias técnicas o médicas derivadas del ejercicio de la auditoría en los casos en que persista el desacuerdo y se hayan vencido los términos establecidos en el Decreto 4747 de 2007 o en aquellas normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Dichos Tribunales deberán decidir de fondo y con fuerza de cosa juzgada las controversias que conozcan en un plazo máximo de quince (15) días calendario a partir de la presentación de la solicitud.

En cuanto a su procedimiento, las solicitudes para el trámite de este proceso podrán ser presentadas

individualmente o de manera conjunta por las partes en cuyo caso podrá solicitarse por estas la reducción del plazo establecido en el presente artículo para la decisión de las controversias.

La FCV propone con el ánimo de dar seriedad y transparencia al proceso que estos Tribunales estén conformados por un representante de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital respectiva, según corresponda, un representante de las EPS (subsidiadas y contributivas) y un miembro de las IPS.

Para su funcionamiento este estaría delegado a la intendencia regional de la Superintendencia Nacional de Salud respectiva y los costos de funcionamiento y honorarios serán sufragados por la parte vencida. La carga probatoria de la glosa corresponderá en todos los casos a las entidades responsables del pago de servicios de salud, por lo cual, sin perjuicio del trámite que se establezca las facturas deberán ser pagadas en su totalidad y si llegare a existir glosa aceptada por la IPS, su valor se descontará en el pago de la facturación que se radique con posterioridad.

Medidas Antievasión y Antielusión

Concedores de la problemática y de la amenaza que representan estas situaciones para la viabilidad del SGSSS se hace indispensable fortalecer las medidas que garanticen el recaudo efectivo, oportuno y en la proporción justa de los aportes al Sistema. La evasión y elusión al Sistema deja sectores de la población sin acceso a sus derechos en salud, pensiones y riesgos profesionales, lo que cada vez los margina más ya que pierden la prevención y las coberturas ante estas contingencias y expone a los empleadores a sanciones y reclamaciones por responsabilidad civil que llegan a tener valores que comprometen su patrimonio o incluso, superan su valor. Por lo anterior proponemos las siguientes medidas:

- Acuerdos de pago entre aportantes y ERP. En el momento en que algún aportante se encuentre en mora en el pago de cotizaciones y aportes podrá suscribir acuerdos de pago con la respectiva Entidad Responsable de Pago (ERP), momento a partir del cual la afiliación no podrá ser suspendida y tales periodos no computarán para la desafiliación, siempre que el aportante esté cumpliendo con las obligaciones adquiridas. Las condiciones para la suscripción de estos acuerdos estarán supeditadas a lo que establezca en el reglamento el Gobierno Nacional.

- Contratos de prestación de servicios. Tanto la celebración y cumplimiento de las obligaciones derivadas de contratos de prestación de servicios debe estar condicionada a la verificación por parte del contratante de la afiliación y pago de los aportes al sistema de protección social relacionando en la factura o en la cuenta de cobro el número de referencia de la planilla de pago de los aportes y el valor cancelado. En el evento en que no se hubieran realizado totalmente los aportes correspondientes,

el contratante deberá retener las sumas adeudadas al sistema en el momento de la liquidación y efectuará el giro directo de dichos recursos a los correspondientes sistemas.

Sanciones. Es necesario hacer extensivas las sanciones que tiene establecidas el Sistema General de Riesgos Profesionales al empleador así: para los casos de evasión una sanción de hasta quinientos (500) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes y para las conductas de elusión una sanción con multa de hasta quinientos (500) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

Evaluación y seguimiento a tecnologías. Intervenciones y procedimientos

Nuestro Sistema de Salud enfrenta grandes dificultades de gestión que a menudo se relacionan con la incorporación de nuevas tecnologías, la utilización de tecnologías existentes para nuevos usos, o bien la sola dificultad para consensuar o normatizar “qué” usar y “para qué” usarlo. Es por esto que consideramos necesario incorporar dentro de las funciones establecidas para la CRES en el artículo 7° de la Ley 1122 de 2007, las siguientes:

- Definir una política de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con Colciencias y con el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud del cual hace parte el Ministro de la Protección Social.

- Revisar esta política cada dos años.

- Establecer las metodologías aceptadas en Colombia para evaluación tecnológica de medicamentos, insumos y dispositivos, con el objeto que puedan ser consideradas a ser incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

- Priorizar la evaluación y la atención de nuevas tecnologías, intervenciones y procedimientos hacia las IPS acreditadas.

Planes Adicionales de Salud

De conformidad con el artículo 18 del Decreto 806 de 1998 los planes adicionales de salud (PAS) se definen como aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

Con respecto a estos planes que incluyen los planes de atención complementaria en salud, los planes de medicina prepagada, y las pólizas de salud, nuestra propuesta sería:

- Cambiar el acceso libre y espontáneo entre el POS y los PAS buscando que siempre la utilización de los servicios se haga con cargo al POS y solo aquellos beneficios que no hagan parte de su cobertura y que se rijan por los PAS sean cubiertos con cargo a estos planes adicionales.

- Permitir que los Planes de Atención Complementaria en Salud sean creados y ofrecidos también por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Historia Clínica Electrónica

Entendiendo que la Historia Clínica es una herramienta indispensable y fundamental en la práctica de los profesionales de la salud y entendiendo la actualización que se quiere promover desde el Gobierno Nacional para que en lo posible todos los registros sean electrónicos como parte del desarrollo del Plan “Vive Digital” que es el plan de tecnología del gobierno de Juan Manuel Santos, que busca que Colombia dé un gran salto tecnológico mediante la masificación de Internet y el desarrollo del ecosistema digital nacional.

Bajo el liderazgo de la Presidencia de la República, el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, consideramos pertinente incluir una herramienta electrónica unificada que permita masificar la utilización de la Historia Clínica Electrónica que se encuentre en red en todo el Sistema de Seguridad Social disponible tanto para la red pública como para la red privada de prestación de servicios dándole el enfoque de integralidad y de historia clínica individual por paciente independientemente de la región o zona geográfica en la que se encuentre.

La implementación de una Historia Clínica Electrónica trae las siguientes ventajas:

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
Inviolabilidad	
No puede ser adulterada, por medio de firma digital. Inserción de hora y fecha automática e técnicas de Back up adecuadas	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
Secuencialidad de la información	
Garantizada por mecanismos de campos autonumerados e inserción de hora y fecha automática	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel
Reserva de la información privada del paciente	
Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos	Garantizada por mecanismos de control del archivo
Accesibilidad	
Utilizable en todo momento o lugar vía internet, wireless y wap	Utilizable en un solo lugar
Disponibilidad	
Siempre disponible para cuando se necesite. Todos los que están justificadamente habilitados deben poder acceder a toda la información que se requiere para el acto médico, así como para la auditoría, estadísticas, epidemiología, planes de prevención y peritajes legales	Dependiendo de la accesibilidad a los Archivos físicos
Riesgo de pérdida de información	
Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)	Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfisarse
Integridad de la información clínica	
La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada	Frecuentemente se encuentran dividida en ser vícos, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente
Durabilidad	
Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces
Legibilidad	
Legibilidad garantizada	Algunas veces ilegible
Legalidad y valor probatorio	
Garantizado por la firma digital y el inserción de hora y fecha automática	Garantizado si está bien confeccionada, clara, foliada y completa
Identificación del profesional	
Por la firma digital	Por la firma holográfica y el sello con la matrícula
Temporalidad precisa	
Garantizada con fecha y hora con inserción de hora y fecha automática de servidor local y de entidades de	A veces con fecha y hora

certificación de inserción de hora y fecha automática	
Garantía de la autoría	
Identifica en forma inequívoca a quien generó la información mediante la firma digital	Por medio de la Firma manual y sello que a veces suele faltar
Redundancia	
Potenciales tratamientos redundantes o reducidos	Incompleta con información duplicada e innecesaria
Errores de consignación	
Menor número de errores	A veces inexacta
Estandarización de datos	
Ingreso estandarizado de datos	Organizada según necesidad de cada servicio
Costos de personal administrativo	
Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC)
Costos de imprenta	
No requiere	Es necesario para los distintos formularios que la componen
Costos de papel	
Bajo, sólo cuando necesariamente se requiere imprimir	Alto
Tiempo de Consulta	
Más corto	Más largo
Tiempo de búsqueda de evoluciones	
Tiempo de búsqueda de estudios complementarios	
Más corto	Más largo
Orientaciones en la terapéutica	
Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas	
Recordatorios y alertas	
De fácil implementación	
Disponibilidad de los datos para estadísticas	
inmediata	Mediante tediosos procesos
Búsqueda de información de pacientes y separación de datos por distintos ítem	
Fácil y accesible	Difícil, poco confiable y costosa
Robo de la historia clínica	
imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y back up. Si se llegara a perder se puede recuperar del back up	Si se roba o se pierde es imposible de recuperar

La Historia Clínica como tal ha tenido dificultades en las Instituciones de Salud por ser un documento legal que a veces es ambiguo, no claro de leer, con riesgo de perder información contenida en ella por los aspectos inherentes al manejo del papel, el variado acceso de personal, forma y espacio de archivar, y se tiene uno en cada Institución sin posibilidad de integrarla como un documento único por paciente; con la historia clínica electrónica se pretende que muchas de estas dificultades tiendan a desaparecer por lo cual se hace urgente e indispensable que se regule al respecto.

Telesalud

- Se propone que los Entes Territoriales incorporen los servicios de telemedicina al proceso de atención de los Centros Reguladores de Urgencias, como un mecanismo efectivo para análisis y priorización de casos, apoyados en criterios médicos especializados.

- Se debe redefinir el administrador de los recursos correspondientes al 0,3% de la UPC que en la Ley 1151 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 se definió dedicar para la coordinación y financiamiento de servicios de Telemedicina y permitirle al Estado realizar funciones de control y vigilancia sobre la utilización de los recursos.

- La transferencia de recursos de la seguridad social a una persona de derecho privado (la entidad

nacional que agremia a los distritos y municipios) para que sufrague gastos de una actividad que no corresponde al aseguramiento de la población ni a la prestación directa del servicio de salud, vulnera la prohibición constitucional de utilizarse los recursos de la seguridad social para fines diferentes a ella.

2. En relación al proyecto de Ley Estatutaria

Una vez leído su articulado queremos manifestarles lo siguiente.

1. Tutelas: consideramos que la tutela es un derecho fundamental que debe mantenerse vigente como última instancia para hacer cumplir los planes de Beneficio.

2. Universalidad: nuestra propuesta es que exista un solo régimen de seguridad social que incorpore a quienes hoy son afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado así como a los beneficiarios de los regímenes de excepción formándose un régimen único con afiliados contributivos y subsidiados a quienes se les garantizará el mismo Plan de Beneficios incluyendo todas las necesidades actuales que se vienen reconociendo vía acción de tutela o vía recobro al FOSYGA.

1. En relación al artículo 15. Destinación e inembargabilidad de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Queremos manifestarles nuestra preocupación ya que esta medida no contribuye a la normalización de los pagos de las acreencias por prestación de servicios de salud de las IPS y de las acreencias de estas últimas con sus proveedores. La experiencia nos indica que este es el último mecanismo coercitivo para hacer cumplir a los responsables del pago y giro de los recursos las obligaciones contempladas en la legislación vigente. Se debe definir el alcance de la inembargabilidad y dejarlo claro en el texto que tanto las EPS como las IPS puedan ser embargables por acreencias no canceladas dentro de los términos contractuales.

Agradecemos la atención prestada y esperamos con nuestras iniciativas contribuir al mejoramiento del Sector Salud Colombiano.

Atentamente,



Victor Raúl Castillo Mantilla

Director Ejecutivo

Fundación Cardiovascular de Colombia

Artículo.27XII O

Derecho a la Educación Médica Continua y a la Información en Salud

La Salud y la Educación son derechos fundamentales consagrados por la Constitución que generan deberes de los ciudadanos.

Derecho de los profesionales a la Educación Médica Continua:

El conocimiento médico actualizado o permanente es un pilar esencial de la calidad de la

práctica profesional y por ende del mantenimiento de la salud. Un profesional no idóneo en lugar de proteger la salud constituye un riesgo para la sociedad.

En los diferentes proyectos de la Ley Estatutaria de la Salud bajo consideración de una u otra manera se hace alusión a la educación de los profesionales de medicina a cuyo cargo está la salud de los ciudadanos.

Específicamente el artículo 12, Capítulo IV, de la propuesta del ejecutivo reza: “Los egresados de los programas de educación superior en medicina tendrán el **derecho** y el **deber** de participar en procesos de formación continua y recertificación de su idoneidad y competencia, como requisito para el ejercicio de su profesión”.

El derecho a la educación médica continua implica que el sistema tendrá la responsabilidad de cumplir con ese derecho de todos los profesionales, quienes tendrán el deber u obligación de utilizar los medios educativos y de demostrar la asimilación del conocimiento.

A ese tenor, debe enfatizarse que la Corte Constitucional al declarar inexecutable el artículo 25 de la Ley 1164 de 2007 manifestó que la recertificación de los profesionales debería tramitarse a través de una Ley Estatutaria, como en efecto procede a hacerse en la actualidad.

La Corte reconoció la necesidad de la demostración de la idoneidad profesional para protección de los ciudadanos.

Derecho de los ciudadanos a la información sobre la salud y deber del autocuidado:

En la Ley Ordinaria de la Salud que hace tránsito en el Congreso Nacional, se consagra la obligación ciudadana del autocuidado.

Sin embargo, ese deber no puede cumplirse a cabalidad si todo ciudadano, de cualquier edad o condición, no cuenta con medios para informarse y educarse sobre la salud, el autocuidado y la recuperación del bienestar.

Se colige que el **deber** del autocuidado debe conllevar el **derecho** a la información en salud.

Proposición:

Respetuosamente sugerimos a los legisladores y al Gobierno Nacional que se incluyan en la Ley Estatutaria motivo de consideración, dos artículos que consagren el **derecho y el deber de la educación médica continua** para los profesionales y el **derecho a la información en salud** así como el **deber del autocuidado** para los ciudadanos.

Consideraciones adicionales

La educación médica continua y la información sobre la salud deben ser amplias e incluyentes, sin restricciones, cortapisas e imposiciones y sin sesgos comerciales o económicos.

La evidencia científica nunca es completa y menos aún inmutable; la renovación del conocimiento es permanente. De esa manera la educación y el conocimiento que se ofrezcan deben ser basados en “la mejor evidencia disponible al

momento de la emisión del documento educativo”, permitiendo al profesional en su autonomía el uso o aplicación discrecional.

La educación médica continuada para los profesionales y la información en salud para la comunidad deberá valerse de las tecnologías de la información y de la comunicación que permiten llegar a todos los rincones del país con metodología y tecnologías de punta (**Educación Médica Continua Virtual**).

Con esos propósitos se debe recabar la participación decidida de otros ministerios, como el de las TICs y el de Educación.

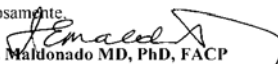
Es fundamental que el país propicie la generación de los contenidos apropiados para las tareas educativas en consideración, para lo cual ya hay experiencias valiosas en el país, en el campo de la salud y de la medicina.

Finalmente, como la Atención Primaria y la Prevención son pilares esenciales de la reforma, la educación médica continuada deberá estar fuertemente enfocada en esos objetivos.

Es muy importante enfatizar que en la actualidad la inmensa mayoría de los centros de atención médica del país no cuentan con ninguna clase de recursos educativos en medicina y salud.

Una Biblioteca Médica Virtual que supla esa seria deficiencia no es solamente factible sino una realidad parcial en la actualidad.

Respetuosamente,


 Jorge E. Maldonado MD, PhD, FACP
 Profesor Titular de Medicina Mayo Clinic College of Medicine
 Profesor Visitante (Lecturer) Harvard University School of Public Health
 Vocero en Asuntos Educativos de la Federación Médica Colombiana
 Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina de Colombia

* * *

“La salud es un derecho no un negocio”

Análisis de los proyectos de reforma constitucional para la sostenibilidad fiscal y del proyecto de ley estatutaria en salud

Introducción

A continuación se presenta una síntesis de los análisis que ha venido adelantando la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-, conformada por varias asociaciones profesionales de la salud, grupos de investigación de diferentes universidades públicas y privadas, y organizaciones de la sociedad civil. La CSR ha sido reconocida por la Corte Constitucional en su Auto 316 de 2010, proferido por la Sala Especial de Seguimiento.

La CSR saluda y agradece el espacio ofrecido por la Comisión Primera del honorable Senado de la República para la discusión de dos proyectos de ley que afectan profundamente la manera como el Estado colombiano entiende y desarrolla el proyecto del Estado Social de Derecho expresado en la Carta Constitucional. Decisiones de tal envergadura no solo deberían ser discutidas en el

Congreso de la República, sino en la más amplia esfera de lo público, pues ellas definen la relación fundamental entre la sociedad y el Estado y, sobre todo, la relación entre el ciudadano común y organización política por excelencia.

Toda decisión pública implica valores que orientan las acciones en algún sentido. Los valores ordenan las prioridades y los proyectos políticos. No puede entenderse un debate sobre los derechos como un asunto estrictamente técnico, pues siempre implica dilemas morales que las sociedades democráticas deben resolver a partir del debate público y del reconocimiento de las diferencias en las posiciones, pero también, de las desigualdades de poder. Por esto, la velocidad con que ha impulsado el gobierno el debate de los proyectos en cuestión no es conveniente y debería esta Comisión ampliarlo, al máximo posible, para no tomar decisiones apresuradas que puedan llevar a consecuencias inconvenientes y prevenibles.

El análisis que hasta el momento ha realizado la CSR permite afirmar que las dos propuestas gubernamentales, el Acto Legislativo 016 de 2010 y 186 de 2010, sobre sostenibilidad fiscal y ley estatutaria en salud respectivamente, son contrarias al desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional y al bloque de constitucionalidad relacionado con los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (DESC), según las observaciones de los comités internacionales de Naciones Unidas. Esto, desde la perspectiva deontologista, esto es, del deber ser de los derechos, pero también, desde la perspectiva de las consecuencias derivadas de las propuestas presentadas.

1. La sostenibilidad fiscal en el marco constitucional

Respecto del proyecto 016/10 sobre sostenibilidad fiscal, es necesario reconocer que se trata de un viejo debate, que se ha presentado en el país de tiempo atrás, pero que se expresó de la manera más amplia en la Asamblea Nacional Constituyente. De la correlación de fuerzas del momento, surgió el mandato constitucional de la prioridad del gasto social en la organización del gasto público, para garantizar el sentido de prioridad de la vida y de la dignidad de las personas, por encima de los intereses económicos, en las decisiones que toma el Estado respecto del manejo de los recursos fiscales.

La decisión no es técnica. Es un asunto político que debe ser analizado desde diferentes opciones y conveniencias para la mayoría de la población. Como ha propuesto el profesor César Giraldo, ¿por qué no aplicar una regla fiscal que recupere la política monetaria, restrinja el pago de la deuda y el gasto militar, y garantice los ingresos necesarios para sostener la prioridad del gasto social que ordena la Constitución? Si realmente se quiere desarrollar el mandato constitucional del Estado Social de Derecho, es necesario revisar la estructura de la fiscalidad en su conjunto, tanto en los ingresos como en los gastos, de manera que

la orientación fundamental sea el bienestar de la población más que las garantías al capital.

Con seguridad, este debate se presentará en la Corte Constitucional en el momento de ejercer su función de control de las iniciativas de reforma constitucional. La jurisprudencia desarrollada por la Corte y el bloque de constitucionalidad apuntan hacia una perspectiva garantista, ligada a la dignidad, a la vida y al bienestar de la población, como lo ha afirmado la Corte en las discusiones sobre el estado de cosas inconstitucional que se presenta en la población desplazada.

2. La limitación del derecho a la salud por la ley estatutaria

La exposición de motivos del proyecto de ley estatutaria en salud que ha presentado el Gobierno Nacional se ubica también en una posición neoclásica, en la cual se identifican los servicios de salud como bienes privados que se transan en el mercado de aseguramiento y reduce la salud pública a un conjunto de actividades del Estado para corregir altas externalidades, esto es, asuntos que afectan a muchos al mismo tiempo². Desde allí, el gobierno propone una definición del derecho fundamental a la salud, lee la jurisprudencia de la Corte Constitucional, valora la situación crítica del sistema, interpreta las causas y propone soluciones. Pero esa no es la única posición posible ni deseable. Cuando se acepte esto será posible el debate. De lo contrario, se cierra la puerta y avanza la dictadura de la tecnocracia. El debate, con seguridad, se presentará en la Corte Constitucional cuando ejerza su función de control, pues el espíritu de la jurisprudencia acumulada no se basa en una perspectiva individualista y utilitarista, como la que sustenta la visión neoclásica, sino en una perspectiva deontologista, universalista y sobre todo, basada en la dignidad del ser humano, fundamento de los derechos sociales económicos y culturales del bloque de constitucionalidad.

Al examinar en detalle la argumentación y los fundamentos de la propuesta gubernamental, se encuentra una posición política muy clara, similar a la sustentada por el gobierno Uribe para la Emergencia Social. En esta posición, los recursos de un país periférico como Colombia son siempre escasos. El derecho fundamental a la salud, declarado “autónomo” por la Corte Constitucional, puede serlo solo “frente a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS)”. De allí que la ley estatutaria se concentre en “regular el núcleo esencial” del derecho, y establezca los criterios para definir y actualizar el Plan de Beneficios, que será el contenido explícito de ese derecho.

Los dos regímenes —el subsidiado y el contributivo— persisten, y solo en febrero de 2015 se unificarían sus planes, dependiendo del cálculo “costo-beneficio”, con lo cual se abandona el cumplimiento de la orden de la Corte sobre este tema y se acepta la permanencia de la inequidad estructural del sistema en función de la “sostenibilidad fiscal”.

Según el proyecto, las personas y familias deben aportar su “autocuidado” y el cuidado de sus discapacitados, sus ancianos y su salud mental, porque estos servicios presentan baja relación “costo-efectividad”. Por esto se acude a un principio de “corresponsabilidad”, según el cual el deber del Estado de garantizar el derecho se equipara a la responsabilidad de los individuos y las familias por la “atención integral”. Este desacierto supone que tiene el mismo poder el ciudadano y el Estado, las mismas responsabilidades y por tanto, las mismas consecuencias. Desconoce totalmente la determinación social de la salud y las limitaciones de las opciones individuales. Si bien el autocuidado es un instrumento para la prevención de algunas enfermedades, no puede elevarse al nivel de los derechos ciudadanos, pues implica que quien no se “autocuide”, no tiene derecho. Si sus padres fumaron y hoy son oxígeno-dependientes, pueden ser castigados con el corte del suministro de oxígeno, o premiados si consumen menos oxígeno y hacen ejercicio. El mensaje es: si cumple con las normas de autocuidado y si usa menos su póliza, le daremos un beneficio económico, como funciona en los seguros para carros. Así, el Estado organiza un sistema de premios y castigos para todos. Esta es una lógica contractualista que funciona entre iguales que se encuentran en el mercado, pero nada tienen que ver con los derechos derivados de la condición de ciudadano.

Precisamente, el derecho se plantea de esta forma porque se asume que la salud es un bien privado que se transa en el mercado, entre agentes racionales que defienden su interés de quedarse con más por menos. Es igual una EPS, que un médico o que un enfermo de alto costo. Todos son unos interesados y cada uno trata de apropiarse del máximo de “beneficios”. De acuerdo con la fórmula de “costo-beneficio” el Estado simplemente debe regular hasta encontrar un “equilibrio perfecto” entre el interés general que él representa y el interés puramente privado del usuario, entre, por ejemplo, la necesidad de atención de un paciente con cáncer y la rentabilidad de la EPS a la que está afiliado. Para que los agentes del mercado de aseguramiento tengan muy claro qué están vendiendo y qué están comprando se necesita un plan de beneficios. Pero también debe hablarse de “corresponsabilidad” de los individuos, para exigir su contribución y demandar de ellos su “autocuidado”.

La posición del Gobierno suena racional. Pero, ¿es aceptable? ¿No existen formas de resolver dilemas morales distintos a dirimir entre individuos egoístas? La respuesta depende de dos grandes discusiones que no han tenido lugar en el país, o por lo menos, que no se han hecho visibles.

Primero, explorar si los colombianos estamos dispuestos a pensar en la sociedad en su conjunto y no solamente en el propio beneficio. Ésta es una medida de la solidaridad. De hecho, existen sociedades más solidarias que otras. Mientras en Suecia el tráfico se detiene ante cualquier peatón, en Colombia el peatón es siempre considerado

imprudente. Cuando una persona se pone en los zapatos de otro, comienza a percibirlo como un igual y puede imaginar que el sufrimiento de su situación podría ser el propio. Cuando se acepta la misma dignidad del otro, se le puede tratar como a sí mismo. Ésta es la base de la solidaridad y del bloque de constitucionalidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)³. En sociedades en guerra social, política y económica persistente, como la colombiana, la solidaridad tiende a desaparecer. Pero eso no quiere decir que se tenga que aceptar que siga siendo así.

El Gobierno afirma que en todos los países del mundo existen el control del gasto en salud y las formas de establecer prioridades. Esto es cierto. Pero el proceso en cada país es muy distinto, según predomine o no el interés público sobre las relaciones de mercado.

Se puede demostrar que en el Servicio Nacional de Salud (SNS) inglés, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, por su sigla en inglés), no se dedica a establecer “*el contenido del plan de atención primaria cubierto con recursos públicos*”, como afirma el gobierno, sino a “*garantizar que cada uno tenga igual acceso a tratamientos médicos y a atención de alta calidad en el SNS, sin importar dónde viva*” (puesto que de esto no depende si el paciente es atendido).

En contraste, el famoso Plan Concertado *estándar* del Estado de Oregón en Estados Unidos, es solo “*un plan limitado de servicios médicos [que] cubre un número limitado de adultos sin seguro médico que no reúnen los requisitos del programa tradicional de Medicaid*”. ¿Es lo mismo? Definitivamente no. El conocimiento o la “*evidencia científica*” puede ser una guía para mejorar las decisiones médicas o las de los ciudadanos, como lo afirma el NICE en todos sus documentos, y no un medidor de beneficios pagados por el Estado.

Honorables Senadores: no es necesario correr. Está en juego un conjunto de decisiones fundamentales para el futuro del bienestar de la población colombiana. Abran la puerta, más allá del Congreso, a un debate público que reconozca las diferentes posiciones, trate de superar las desigualdades de poder y dé voz a los que no tienen voz.

Mario Hernández Álvarez

Vocero· Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social, CSR

* * *

Ponencia para la Audiencia del 11 de noviembre.

LA CUT RECHAZA EL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA EN SALUD PRESENTADO POR EL GOBIERNO NACIONAL.

La reforma “de fondo” al sistema de salud, anunciada por el gobierno Santos y en particular por el ministro de Hacienda, Juan Carlos Echeverri, como respuesta a la profunda crisis del sector, a la fallida emergencia social decretada por Uribe y a los pronunciamientos de la Corte Constitucional,

no aparece por ningún lado. Al contrario, las iniciativas del gobierno y su bancada, no van más allá de un reto que a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 dejando intactos los problemas centrales y perpetuando indefinidamente la crisis.

El primer borrador de Proyecto de Ley Estatutaria, colocado tardíamente a consideración de las mesas de trabajo, recibió tantas críticas desde diferentes sectores, que obligaron su retiro 10 días después. No era para menos. Se trataba de un proyecto que revivía la emergencia social, que no reconocía el carácter fundamental del derecho a la salud, que regulaba el servicio no el derecho y que desconocía los pronunciamientos de la Corte Constitucional.

Apareció luego un **segundo borrador** que en nada difiere del primero: Que predica un acceso sin discriminación pero conserva las barreras de acceso y mantiene hasta 2015 la diferenciación entre los planes de los regímenes contributivo y subsidiado; que lejos de garantizar o incorporar los servicios y procedimientos No-Pos, los elimina. Así, propone, en algunos aspectos, una normatividad peor que la establecida en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1393 de 2010.

El Estado es el gran ausente del proyecto tanto en su acepción general como específicamente en relación con la Nación y las Entidades Territoriales, lo cual es no solo inconcebible sino también violatorio del artículo 49 de la Constitución Política que define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos “a cargo del Estado”. La responsabilidad estatal en la financiación, la administración y la prestación de los servicios, desaparece totalmente en aras de la privatización.

En correspondencia con lo anterior, la financiación del sistema descansa en la solidaridad “entre personas, generaciones, regiones y comunidades” y en los nuevos recursos que puedan captarse por la revisión de los “pagos según que un proyecto con pretensiones de Ley Estatutaria no se refiera a la salud pública ni al saneamiento ambiental, que persista en un enfoque estrictamente curativo y que apenas mencione la prevención y la promoción.

Un Proyecto de Ley Estatutaria que no reconoce la salud como derecho fundamental, que mantiene la discriminación, que sustrae al Estado de sus obligaciones, que insiste en la intermediación y el lucro, que abandona la red pública hospitalaria, no aporta a la discusión y menos a la solución de los problemas que pretende resolver.

El documento final, radicado ante el Congreso de la República no supera las objeciones de fondo aquí formuladas. Allí se omite reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud. Se mantienen los copagos, las cuotas moderadoras, las barreras de acceso y la discriminación según la capacidad de pago. Se condiciona el derecho a las limitaciones financieras impuestas por el Estado. Se supedita el derecho a la rentabilidad y el lucro de los intermediarios privados. Se agrade nuevamente la autonomía médica con el sofisma de la recertificación, que busca la funcionalidad de la profesión a las políticas de “racionalidad financiera” y de “costo-efectividad” del mercado de la salud.

Por eso la Central Unitaria de Trabajadores exige el retiro del Proyecto de ley Estatutaria del gobierno y que la discusión gire alrededor del Proyecto de Acto Legislativo número 018 de 2010, presentado por la bancada del Polo Democrático Alternativo, que asume la salud como derecho fundamental y rechaza la intermediación y el lucro, que son los principales responsables de la crisis y de la negación del derecho.

Witney Chávez Sánchez

D. D. Seguridad Social, CUT

Bogotá, noviembre de 2010.

Siendo las 11:44 a. m. y no habiendo más inscritos la Presidencia da por terminada la Audiencia Pública.

El Presidente,

Eduardo Enríquez Maya.

El Vicepresidente,

Roy Leonardo Barreras Montealegre.

El Secretario,

Guillermo León Giraldo Gil.