



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 725

Bogotá, D. C., martes, 17 de septiembre de 2013

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013

(abril 11)

**PROYECTOS DE REFORMA
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD**

Bogotá, D. C., jueves once (11) de abril del 2013

Siendo las nueve y cuarenta y cinco minutos de la mañana (9:45 a. m.), del día jueves once (11) de abril de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, en su calidad de Vicepresidente y, como Secretaria General (E), la doctora *María Teresa Reina Álvarez*, se dio inicio a la Audiencia Pública programada para la fecha, llevada a cabo en el Auditorio “Luis Guillermo Vélez”, del Edificio Nuevo del Congreso, con el siguiente Orden del Día:

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE REFORMAS AL SISTEMA
DE SALUD

1. Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, *Edinson Delgado Ruiz*.

Número de artículos: doce (12).

Fecha de radicación Senado: agosto 1° de 2012.

Fecha de radicación Comisión Séptima Senado: agosto 15 de 2012.

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 488 de 2012.

2. Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

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

Número de artículos: sesenta y siete (67).

Radicado en Senado: 19-03-2013

Radicado en Comisión: 21-03-2013.

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 116 de 2013.

Participantes de la Audiencia Pública: Entes Territoriales (Federación de Departamentos, Gobernadores, Federación de Municipios, Alcaldes Distritales y Municipales) y Secretario Distrital Salud de Bogotá.

Hora: de 09 a. m. a 02:00 p. m.).

Lugar: Auditorio “Luis Guillermo Vélez” del Edificio Nuevo del Congreso. (Entrada por la calle 8ª entre carreras 6ª y 7ª).

ORDEN DEL DÍA

para la Audiencia Pública del día jueves 11 de abril de 2013

I

Apertura de la Audiencia

(Señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado)

II

De 09:00 a 09:15 a. m.: Inscripción de Intervinientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, Propuestas Reformatorias al Sistema de Seguridad Social en Salud. No se dará el uso de la palabra a quien no acredite tal requisito.

III

Invitados

3.1. Entes Territoriales (Gobernadores, Alcaldes y Secretarios de Salud de Despachos): Federación de Departamentos y Federación de Municipios.

3.2. Señor Ministro de Salud.

3.3. Señor Superintendente Nacional de Salud.

3.4. Señor Defensor del Pueblo.

3.5. Señor Procurador General de la Nación.

3.6. Señora Contralora General de la República.

IV

Intervenciones de los inscritos, para sustentar sus propuestas presentadas ante la Secretaría de la Comisión (el tiempo se determinará de acuerdo con el número de inscritos)

A esta Audiencia Pública fueron invitados, además, como participantes únicos: los Entes Territoriales (Federación de Departamentos, Gobernadores y Federación de Municipios, Alcaldes Distritales y Municipales), así:

- Julio Rincón, Federación Colombiana de Municipios (FCM).

- Sofía Riveros, Federación Colombiana de Municipios (FCM).

- Nicolás Díaz Silva.

- Andrés Uscátegui, Representante Legal, Organización Lasum, Mosquera, Cundinamarca.

- Ednith Montaña, Directora Ejecutiva, Organización Lasum, Mosquera, Cundinamarca.

- Andrea Franco Rincón, Secretaria de Salud Pública Candelaria, Valle del Cauca.

- Adrián Fernando Zamora Duque, Asesor Contratista de Salud Pública Candelaria, Valle del Cauca.

- Sobeida Viafara, Contratista de Salud Pública, Participación Social Candelaria, Valle del Cauca.

- Jorge Martínez Galvis, Alcalde Galán, Santander.

- Cecilio Moreno Arroyo, Alcalde Riosucio, Chocó.

- Daniel Correa Hernández, Periodista Federación Colombiana de Municipios.

- Jorge López, Periodista Federación Colombiana de Municipios

- Carlos Cifuentes, Periodista Federación Colombiana de Municipios.

- Carlo Ramírez, Periodista Federación Colombiana de Municipios

- Doctor Norberto Acosta, Defensoría del Pueblo, Defensor Delegado en Salud.

- Doctor Herman Redondo, Defensoría del Pueblo.

- Doctor John Alberto Marulanda, Defensoría del Pueblo.

- Doctora Alexandra Orjuela Guerrero, Defensoría del Pueblo.

- Doctora Lyda Mariana González, Defensoría del Pueblo.

- Norma Patricia Barahona Londoño.

- Julián Alberto Arbeláez Barahona.

- Luz Marllie Alonso Gaviria.

- Jiomar Estefanía Bohorquez Pérez.

- Edilson Huérfano Ordóñez, Sacerdote Ortodoxo.

- Doctor Germán Chica, Director Ejecutivo Federación Nacional de Departamentos.

- Doctor Carlos Humberto Arango, Asesor de la FND en Temas de Salud Federación Nacional de Departamentos.

- Pamela Fonrodona, Asesora de Asuntos Legislativo de la FND

- Cidalía Falla Domínguez, Secretaria de Salud, Amazonas.

- Luz Marina Agudelo Suárez, Secretaria de Salud, Antioquia.

- Germán Darío Gómez Avila, Secretario de Salud, Boyacá.

- Jorge Hernán Yepes Alzate, Director General Dirección Territorial de Salud, Caldas.

- William Ramón Montoya, Secretario de Salud, Caquetá.

- Dubán Ely Quintero Muñoz, Secretario de Salud (e.) Cauca.

- Rocío del Carmen Gamarra, Secretaria de Salud, Cesar.

- Guillermo Verhel Cruz, Director General (e.) del Departamento Administrativo de Salud del Chocó.

- Germán Augusto Guerrero Gómez, Secretario de Salud, Cundinamarca.

- Luis Fernando Guevara Parra, Secretario de Salud y Seguridad Social, Guainía.

- Ema Constanza Sastoque, Secretaria de Salud, Huila.

- José Antonio Correa López, Director Instituto Departamental de Salud, Quindío.

- Lina Beatriz Rendón Torres, Secretario de Salud, Risaralda.

- Luz Manuel Corpus, Secretaria de Salud, San Andrés y Providencia.

- Juan José Rey, Secretario de Salud, Santander.

- José Jorge Madera Lastre, Secretario de Salud, Sucre.

- Marco Tulio Sánchez Gómez, Alcalde Municipal de Zipaquirá, Cundinamarca.

- Édgar Rey López de Mesa, Director de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios de Salud Alcaldía Municipal de Zipaquirá.

- Nidia Puerto, Reyes y González Abogados.

- José Octaviano Rivera, Gobernador de Guaviare.

- Ana María Álvarez Castillo, Secretaria de Salud de la Gobernación de Bolívar.

- Samira Fadul, Directora de Asuntos de Gobierno de la Federación Nacional de Departamentos.

- Felipe Muñoz, Dirección de Anticontrabando de la Federación.

- Diana Margarita Ojeda Visbal, Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social.

- Piedad Mejía Rodríguez, Asesora Adscrita a la Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social.

- Doctor Guillermo Alfonso Jaramillo, Secretario de Salud del Distrito Capital.

- Doctor Aldo Enrique Cadena, Subsecretario de Salud del Distrito Capital.

- Doctor Hernando Nieto, Asesor Secretaría de Salud de Bogotá.

- Doctor Giovanni Rubiano, Director Aseguramiento Secretaría de Salud de Bogotá.

- Adela Flórez Sáenz, enlace Congreso-Secretaría de Salud de Bogotá.

- Doctor Jaime Hernán Urrego, Director de Salud Pública Secretaría de Salud de Bogotá.

- Doctor Octavio Henao, Asesor, Funcionario de la Contraloría.

- Rubén Argote Fuentes.

- Orlando Moreno Gaviria, Funcionario de la Contraloría.

- Eliana Jaimider Díaz Lemus, Funcionaria de la Contraloría.

- Erika Tobar, Jefe de Prensa Federación Colombiana de Municipios.

- Ricardo Lozano, Asesor Regional Federación Nacional de Departamentos.

- Luis Enrique Peralta, fotógrafo del Gobernador del Guaviare.

- Bertha Sofía Díaz, Asesora del Gobernador del Guaviare.

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

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Carlosama López Germán Bernardo

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Ruiz Edinson

García Romero Teresita

Ospina Gómez Mauricio Ernesto

Sánchez Montes de Occa Astrid

Santos Marín Guillermo Antonio

Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth.

Con excusa dejó de asistir la honorable Senadora:

Jiménez Gómez Gilma.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente Audiencia Pública, Legislatura 2012-2013, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muy buenos días a todas y todos, señor Ministro buenos días. El Orden del Día para la audiencia.

Secretaria (e) Subsecretaria, doctora María Teresa Reina: Comisión Séptima Constitucional Permanente, honorable Senado de la República.

Orden del día de hoy para la audiencia pública, del día jueves once (11) de abril de dos mil trece (2013), proyectos de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, Proyecto de ley 2010-2013 Senado.

El Orden del Día dispuesto es el siguiente:

1. Apertura de la Audiencia Pública, a cargo del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, a quien aprovechamos para darle un caluroso saludo, hoy en el día de su cumpleaños, de parte de su equipo de trabajo, de todos los Senadores integrantes de la Comisión y del equipo de trabajo de la Comisión.

2. Inscripción de intervinientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, propuestas reformativas al sistema de seguridad social en salud.

3. Invitados:

3.1 Entes territoriales, Gobernadores, Alcaldes y Secretarios de Salud de Despacho, Federación de Departamentos y Federación de Municipios.

3.2 Intervención del señor Ministro de Salud.

3.3 Señor Superintendente Nacional de Salud.

3.4 Señor Defensor del Pueblo.

3.5 Señor Procurador General de la Nación.

3.6 Contralora General de la República.

4. Intervenciones de los inscritos para sustentar sus propuestas, presentadas ante la Secretaría de esta Comisión.

Está leído el Orden del Día, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretaria. El señor Ministro va a intervenir al final, después de todas las intervenciones, de los Gobernadores, Alcaldes, Secretarios, que a bien tengan. Secretaria, primer punto del Orden del Día.

Secretaria (e) Subsecretaria, doctora María Teresa Reina:

Primero, apertura de la audiencia, a cargo del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, doctor Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Por razones de logística me va a tocar intervenir acá, bueno, nuevamente buenos días a todas y todos, al señor Ministro de Salud, a los señores Gobernadores, seguramente van a asistir a esta audiencia algunos de ellos, a la Federación de Departamentos, a la Federación de Municipios, a los señores alcaldes, a los señores Secretarios de Salud Departamental y Municipal, a los distintos funcionarios del Gobierno Nacional, a las entidades de control, a quienes hemos invitado a esta audiencia y por supuesto a los miembros de la Comisión Séptima, su Vicepresidente, el Senador Edinson Delgado, y los Senadores que hoy nos acompañan en esta importante audiencia.

La Comisión Séptima, en su papel y en su interés de que este proyecto de reforma a la salud sea suficientemente socializado, discutido y debatido, con todos los actores del sector y también con la sociedad civil, ha elaborado una serie de audiencias públicas, que se van a realizar algunas de ellas acá en la ciudad de Bogotá, unas ocho audiencias acá en Bogotá, y cuatro por fuera de Bogotá, en distintas regiones del país. La Comisión pretende con esto cumplir con su competencia, de ser, y una parte, digámoslo así, el contacto, el puente, entre la sociedad, el Gobierno y el Congreso. El papel del legislador que nos atañe, el papel de ser también mediador entre la sociedad y el Gobierno, y en temas tan cruciales como esta reforma a la salud, pretendemos que en lo posible al final de este proceso, realmente se construya una reforma que recoja las inquietudes, las preocupaciones de todos los colombianos, porque indudablemente que esta reforma a la salud le apuesta fundamentalmente a que haya una mejor respuesta de parte del modelo a los usuarios y comenzaríamos manifestando que hoy es reconocido nacionalmente que el sector de la salud atraviesa por una crisis sistémica, la he llamado yo, en donde hay dificultades de orden institucional, de orden financiero, de confianza, realmente ese es un tema que se percibe en todos los escenarios del país, una pérdida de confianza del sector, no solamente de confianza entre los mismos actores, sino también de confianza de los colombianos frente a la operatividad del sistema que hoy tenemos en salud.

Por ello y en razón a que el Gobierno ha radicado dos iniciativas de ley, una de orden estatutario y una de orden ordinaria, nosotros desde la Comisión Séptima, que tenemos la competencia de abordar el compromiso, de abordar la ley, el proyecto de ley ordinaria, pretendemos, repito, que estas oportunidades de las audiencias, sirvan para recibir los aportes, los insumos, de los distintos actores del sector y la sociedad civil misma. Quiero dejar cla-

ridad, frente a que la ley estatutaria se tramita por las Comisiones Primeras, que hoy está radicada en la Comisión Primera del Senado, que tiene mensaje de urgencia y que se pretende que esta ley pudiera ser aprobada en el Senado con este mensaje de urgencia, a más tardar el 15 de junio, es decir, al terminarse esta legislatura; por el contrario la ley ordinaria, puede tramitarse inicialmente, como así lo vamos a hacer, por la Comisión Séptima del Senado, luego hace tránsito a la Plenaria del Senado, luego a la Comisión Séptima de Cámara y finalmente a Plenaria de Cámara, no es un trámite en este momento de urgencia, de tal manera que esto pudiera facilitar, y así lo hemos considerado, que la complementariedad de la ley estatutaria frente al proyecto de ley ordinaria.

El propósito señalaba inicialmente de estas audiencias, es escucharlos a ustedes, más que en nosotros los miembros de la Comisión hagamos planteamientos sobre la reforma, porque llegará el momento en que la Comisión como tal, entrará en la discusión de la ponencia, que será finalmente presentada y debatida, y eventualmente aprobada en la Comisión Séptima. Como resumen general del proyecto, yo quisiera acudir aquí a un resumen **(Sin audio desde minuto 08:36 hasta 20:36)**, valga la redundancia, que elaboró el Programa Así Vamos en Salud, para tratar de por lo menos de orientarnos y ubicarnos en el escenario de la reforma; básicamente los elementos medulares de la reforma son cuatro, tres o cuatro; primero, la creación de un fondo único que se denominará Salud Mía, que tendrá carácter financiero, autonomía administrativa, financiera, presupuestal y que se va a encargar de la afiliación al sistema, del recaudo de los recursos del sector, del pago directo a los prestadores y además ser reasegurador estatal; un segundo elemento importante es el plan integral de beneficios que va por supuesto a modificar el actual Pos, que pretende la unificación de los beneficios que ya se ha avanzado en ello, que busca integrar servicios y medicamentos y que en esencia también pretende eliminar todos aquellos procedimientos, medicamentos, intervenciones que se llamaban No Pos, es decir que estaban por fuera del Plan de Beneficios y con ello además se plantea una lista negativa, una lista de exclusiones para tratar de ser lo suficientemente puntual en este plan integral de beneficios.

Aparecen también en el proyecto del Gobierno, en el proyecto de ley ordinaria, una figura que se llama gestora de Servicio de Salud, que tienen también unas funciones muy específicas en el proyecto, que pudiera resaltar de ellas administrar el riesgo integral en salud, gestionar la prestación de servicios en un área determinada, administrar la atención básica, incluidos los programas de promoción y prevención, van a ser aseguradoras según el proyecto la atención especializada, realizarán auditorías y la gestión del riesgo, ordenan pagar las cuentas a los prestadores y velar por un modelo de atención en salud claramente definido. Otro elemento es lo que se pretende en la propues-

ta que la Secretaría de Salud y es un tema que toca esencialmente a esta audiencia, las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales especialmente, que cumplirán con unas condiciones estrictas, se les encargará de administrar y coordinar redes y de alguna manera también administrar el régimen subsidiado.

Se definen en el proyecto unos territorios o áreas de gestión que serán competencia de los nuevos gestores que se organizarán territorialmente con un número mínimo de afiliados; aparecen también en el proyecto, unas áreas de gestión sanitarias, que es una zona delimitada por el Gobierno para gestionar la salud de la población y allí habrá una responsabilidad de los Gestores; se hace énfasis en las redes prestadoras de servicio, con unas categorizaciones de red, básicas red de especializadas y redes especiales. Esto es brevemente básicamente muy por encima el contenido del proyecto de ley presentado por el Gobierno, para reformar el Sistema de Salud. Hecha esta introducción, yo declaro abierta esta Audiencia, no sé si el Vicepresidente quiera la metodología que vamos a desarrollar.

Señor Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:

Gracias señor Presidente, un saludo para el señor Ministro, mis colegas Senadores, miembros de la Comisión Séptima que están presentes, igualmente para todos los distinguidos señores y señoras. Realmente tal como lo mencionaba nuestro Presidente, ese es el talante de este Congreso, admitir que esta reforma tan importante para el país sea orientada bajo este esquema de Audiencias Públicas, en la cual vamos a tener la oportunidad de escuchar los diferentes planteamientos, análisis y propuestas por parte de los sectores que están vinculados en todo lo que tiene que ver con el sector de la salud, y hablábamos claramente al interior de la Comisión, que para que estas audiencias tengan realmente un esquema propositivo, que podamos tener muy buenos resultados la idea es que los participantes además de los análisis que puedan hacer inclusive las inquietudes, ojalá nos plasmen algunas recomendaciones muy concretas, desean modificar los articulados de lo que está planteando en el proyecto del Gobierno, nuevos articulados e inclusive aún más se puede plantear eliminar algunos articulados previamente sustentados, de eso se trata; yo creo que eso le da un gran talante a la discusión y esperamos y ese es como el mensaje que queremos darle al país, es que esta reforma definitivamente pueda permitir que la salud de los colombianos esté en el esquema de la eficiencia, la calidad, la universalidad, la oportunidad, ese es un sueño que realmente tenemos todos y es un compromiso de los Congresistas de este país. Gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Entonces, hechas estas observaciones y estos comentarios por parte de la Mesa Directiva, vamos a abrir la audiencia; pretendemos que quienes va-

yan a intervenir ojalá se inscriban acá en la Secretaría, si hay algún documento para sustentar esta intervención, igualmente dejarlo en la Secretaría, si hay alguna presentación pues estamos también con las herramientas disponibles para que se pueda hacer esa presentación; entonces comenzamos.

Secretaria (e), Subsecretaria, doctora María Teresa Reina:

Gracias, con su venia señor Presidente y Vicepresidente, me permito informarle que llegaron dos excusas; una de la Contraloría General de la República donde nos expresan que la doctora Sandra Morelli Rico, no puede asistir a esta sesión debido a que la señora Contralora no podrá acompañarlo por compromisos institucionales adquiridos con antelación; los funcionarios Rubén Argote Fuentes, Orlando Moreno Gaviria y Eliana Jami-der Díaz Lemus serán las personas quienes asistirán a dicha audiencia para tomar atenta nota de las solicitudes y posturas que se presenten durante la Audiencia; el oficio lo firma Juan Alberto Duque García, Jefe de la Unidad de Apoyo Técnico del Congreso.

Igualmente, hay una excusa también de abril 10 del 2013 de la Procuraduría General de la Nación en donde informan que el doctor Alejandro Ordóñez Maldonado no podrá asistir a la Audiencia de hoy por encontrarse cumpliendo compromisos previamente adquiridos como Jefe del Ministerio Público; no obstante y dada la importancia del tema, asistirá en su representación la doctora Diana Margarita Ojeda Visbal, Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, y así mismo la doctora Piedad Mejía Rodríguez, Asesora adscrita a la delegada antes mencionada. Firma el oficio la señora Secretaria Privada, Ana María Silva Escobar. También envía excusa el señor Superintendente de Salud, por reuniones previas y de última hora a esta sesión.

Cuarto punto, intervención de los señores inscritos para sustentar sus propuestas a quienes les invitamos a pasar al atril en el orden en que la Mesa lo designe.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Entonces para iniciar las intervenciones, le damos la palabra al doctor José Octaviano Rivera, Gobernador del departamento del Guaviare y sigue en el orden de intervenciones el doctor Carlos Humberto Arango, Asesor de la Federación de Departamentos. Tiene la palabra el doctor Rivera.

Doctor José Octaviano Rivera, Gobernador del Guaviare:

Bueno, muy buenos días para todos los asistentes a esta importante Comisión, saludar muy especialmente al señor Ministro, al doctor Alejandro Gaviria, agradecerle por su visita al departamento del Guaviare hace ya unos meses, saludar a la Mesa Directiva de la Comisión, señor Presidente y Coordinador ponente de esta importante ley, el doctor Jorge Eliécer Ballesteros, saludar a los Se-

nadores, doctor Antonio, encantado de saludarlo y a todos los asistentes, Gobernadores, Secretarios de Salud, Alcaldes que hoy acuden a esta importante invitación.

Como Gobernador y como profesional del área de la salud, en donde he trajinado las tierras del Guaviare durante más de veinte años, pues preocupado por la situación que atraviesa y que cada día pues se ven más las dificultades en la prestación del servicio de salud en todo el país y lógicamente en estos territorios con grandes dificultades.

Desde el año 2012, cuando asumimos los Gobernadores ese mandato constitucional y apoyados por la Federación Nacional de Departamentos, como integrante del Consejo Directivo en el anterior periodo y con el doctor Germán Chica, a quien pues le envió un saludo y saludo a todos los integrantes de la Federación, funcionarios, pues hemos venido participando de manera muy activa en la revisión en el análisis y la formulación de propuestas para entrar a definir y a revisar el tema del Sistema General de Seguridad Social en el país. Dentro de esa actividad pues hemos tenido varias reuniones con el señor Presidente de la República y también con funcionarios del Ministerio de Salud, de la Protección Social, entre Gobernadores y Secretarios de Salud, se han adelantado varias mesas técnicas pues buscando llevar unas reflexiones y proposiciones, para aportar y como representantes de los territorios, que es donde nos toca vivir el día a día y las penurias en el sistema de salud, pues con más veras esa gran preocupación y esa importante participación.

Las presentaciones previas, pues nos llevaron a hacer un planteamiento a la reforma, que se hiciera con el doctor y con el Ministerio de Salud y anteriormente la anterior Ministra y lógicamente desde que asumió el doctor Alejandro, pues, y con todo su equipo, generar un ambiente positivo, que llevará a la manifestación pública de respaldo a esta reforma, pero tenemos que decir que desde el primer momento les dijimos al señor Ministro y al señor Presidente, respaldamos una propuesta de reforma al Sistema General de Seguridad Social y de Salud del país, pero hoy también tenemos que reconocer que después de conocer el proyecto de ley, el proyecto que conocimos después de ya haber sido presentado, pues tenemos que decir que frente a los planteamientos realizados previamente por la Federación Nacional de Departamentos, pues encontramos que hay coincidencias, pero también tenemos que decir que encontramos un marco muy amplio de inquietudes frente a lo que veníamos trabajando. De entrada hay un tema muy importante, se había planteado que era una reforma, pero el mismo título del proyecto, pues lo que manifiesta es una redefinición del sistema general de seguridad social en salud; esto pues, teniendo conocimiento que el origen viene de la Ley 100 del año 1993, el cual pues para todos fue la, digamos, en su momento la panacea en el tema de salud, que era lo que nos iba a llevar a que los colombianos

tuviéramos un mejor servicio de salud, pues hoy encontramos que hay serias dificultades y que lo que lleva a esta redefinición es a una reformulación estructural de la política pública y no al contrario al, y al contrario pues al mantenimiento y a la profundización de la misma problemática. Esta redefinición tiene pues varias reformas que ya hemos visto y que es importante traerlas a colación, como la Ley 1122 del 2007 y la Ley 1438 del 2011, que hoy aún están pendientes por reglamentar algunos de sus articulados y algunas de sus acciones que se pretendían llevar a cabo en estas dos reformas.

Como Gobernador y como integrante del Consejo Directivo de la Federación, considero valioso y trascendental, pues que el Ministerio de la Protección Social haya tomado la decisión de aperturar este importante debate con la radicación de esta ley, ley que nos debe llevar a buscar una propuesta iniciativa gubernamental, que dará apertura, primero, a discusión, a confrontación de ideas, a posturas, a nuevas propuestas, a decisiones que interesen y que afecten a toda la sociedad colombiana. Esperando que se logre alcanzar al final un nuevo marco de operación, para el sistema con que se afronta y solucionen graves problemas actuales, de esa manera la Federación Nacional de Departamentos, además de contar con la participación activa de todos los Gobernadores, hace poco tuvimos un importante diálogo con el señor Procurador, el doctor Alejandro Ordóñez, pues también contamos con la asesoría del doctor Carlos Arango, que será la persona que terminará esta intervención como Federación Nacional de Departamentos y en la cual va a hacer énfasis en tres temas importantes: primero, la propuesta que presentara la Federación Nacional de Departamentos en el año 2012, para el debate y pues lo que se ha podido avanzar en este tema; segundo, la propuesta del Gobierno, el Proyecto de ley número 210 del año 2013; y tercero, la posición inicial, y lo planteamos inicial porque digamos que pues se está retroalimentado, de la Federación Nacional de Departamentos frente a los proyectos presentados, documento que será ya en su momento, pues cuando esté ya más depurado digámoslo así, pues será radicado de manera formal, para que haga parte, como lo manifestaba la mesa, pues de los documentos de discusión.

Quiero contarles que una de las mayores preocupaciones y como Gobernador de los antiguos territorios, y que allí en la reforma o en el proyecto se plantea, las zonas especiales o para nosotros denominadas zonas dispersas; hoy la mayoría de estos departamentos tenemos nuestras empresas intervenidas; el Guaviare lleva tres años intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud, y aunque se ha logrado garantizar la prestación del servicio de salud, pues hoy encontramos que todavía no hay una luz en el camino para cuál va a ser la situación de dos empresas, que son del departamento, y que más que ser del departamento, pues prestan un servicio esencial como es el tema de la salud.

Entonces, importante este tipo de diálogos, de discusiones que se van a adelantar con los diferentes sectores, con las EPS, con los hospitales; importante que a nosotros los territorios, que somos, como le digo, donde nos llega el paciente allí: es que llevo tres días con mi familiar allá hospitalizado, no me lo han atendido o no me le encuentran cama, o no me le autorizan la remisión, y tener que casi que uno como Gobernador convertirse en patinador y, entre comillas, en un tráfico de influencias para poder llamar al interior del país, en el caso nuestro, Granada, Villavicencio, Bogotá, al gerente; gerente, por favor recíbame ese paciente, mire que se está muriendo, más que sea el amigo de uno o algo así.

Entonces, esa es la situación y ese es el día a día que vivimos nosotros los gobernadores, y los alcaldes mucho más, en sus territorios.

Entonces, pues con esto agradecerles nuevamente y me permito darle la palabra al doctor Carlos Arango. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Gobernador. Continúa en el orden de la palabra el doctor Carlos Humberto Arango, es un asesor de la Federación de Departamentos, experto y conocedor del sector.

Quería comentarles también a ustedes que en aras del aprovechamiento del tiempo y bajo el entendido de que este es un tema bastante, pero bastante complejo, la Mesa Directiva ha dispuesto unas cuatro horas de esta audiencia, pero igualmente queremos abrir los espacios para que haya el mayor número de intervenciones. Pretendemos que los intervinientes pudieran utilizar unos quince o veinte minutos, para que a bien esto sea dinámico.

Asesor de la Federación de Departamentos, doctor Carlos Humberto Arango:

Muy buenos días. Continuando con la intervención que inició nuestro Gobernador, por supuesto presentándole un saludo especial al Senador Ballesteros, al Senador Edinson Delgado, al señor Ministro, a nuestros Secretarios Departamentales de Salud que están aquí presentes, al doctor Jaramillo, Secretario Distrital y a los demás asistentes.

Nosotros básicamente en la Federación hemos venido trabajando en ese asunto desde el año anterior, desde el 2012, de alguna manera hemos tenido la posibilidad de tener un acercamiento y que nos han abierto las puertas, digamos, en el Ministerio, la doctora Beatriz en su momento y siempre, ahora el doctor Gaviria también y junto con Presidencia de la República, digamos con los actores principales con los que hemos estado interactuando.

Finalmente, digamos, en esta etapa del año 2012, nosotros hemos adelantado la idea de tener una, desarrollar una propuesta que se basara de manera breve en algunos de los elementos que nosotros habíamos considerado son la razón o están ligados a las causas que originan la situación

de disfunción o malestar, si se quiere, que se ha presentado en el sistema durante todos los últimos tiempos, digámoslo así. Y a partir de ahí, poder entonces contrastar lo que propone el Gobierno en la propuesta y a continuación mirar los puntos en los cuales sentimos que tenemos coincidencias y en los que no, y en los que no, desde donde se desprendería pues el asunto de la parte propositiva de lo que la Federación junto con los Gobernadores y los Secretarios de Salud, en comunión con las otras personas y organizaciones con las que hemos venido hablando, nos hemos, hasta ahora, puesto de acuerdo.

Entonces, de alguna manera voy a centrar lo que voy a mencionar en estos diez minutos, en esos tres aspectos.

La propuesta de la Federación, bueno, voy a resumirlo de la siguiente manera: nosotros, cuando empezamos a tratar de analizar las causas de los fenómenos que conducían a la disfunción del sistema, como la llamamos, pues terminamos entendiendo que probablemente las causas no estaban situadas justo en seguir reformando la Ley 100 tal como la traíamos y luego de haber pasado por dos sesiones de reforma, que tal vez las causas no estaban justo orientadas en hacer un refinamiento de la Ley 100 y hacer un ajuste de la Ley 100, como ya se había propuesto en dos reformas anteriores, sino que probablemente habían unas causas que estaban de fondo, que nosotros nos atrevemos a llamarlas, que son más estructurales, que cuestionan un poco el diseño que está a la base del sistema que tenemos hoy y que hemos, con el que hemos convivido durante estos veinte años. Y en ese orden de ideas propusimos que había que adelantar una serie de acciones que fueran coyunturales inmediatas, que tenían que ver con el tema del flujo de recursos, de hospitales fundamentalmente y de giros directos, que fue el trabajo tan intenso que se hizo pues con el Congreso de la República y con el señor Ministro, a final del año pasado, que terminó en la entrega de la discusión de los recursos nuevos que llegaron a los hospitales, pero adicionalmente nosotros entendíamos que era posible solucionar gran parte de los problemas, si reglamentábamos las leyes que se habían trabajado y se habían dejado de reglamentar, y a eso lo llamábamos unas acciones inmediatas, en su momento trabajadas con la Ministra y en ese momento la insistencia de nosotros era, por Dios, lo que hay que hacer en este momento es reglamentar parte de eso. Y la otra parte que pensábamos es que si de fondo habría que pensar en unas acciones de más mediano y largo plazo, que seguramente conllevarían todo el tránsito de lo que hoy se plantea como la propuesta de reforma y que seguramente, digamos, decíamos allí, es el espacio en donde es posible tocar elementos de fondo o estructurales.

Bueno, finalmente, digamos, nosotros nos planteamos tres objetivos, que nos daban la orientación acerca de porque lo que teníamos aquí entre manos era un problema mucho más de fondo, que un

problema de cómo agilizamos el flujo de recursos simplemente y en ese sentido planteamos tres cosas: el primer propósito que habíamos dicho era, cómo diablos hacemos para tratar de lograr que se ponga la salud de las personas y la garantía del derecho a la salud como centro y fundamento del sistema. Esto parte de una reflexión que hemos tenido acerca, bueno y muchos de ustedes, que hemos tenido acerca de cómo el diseño del sistema que hemos vivido en estos veinte años, básicamente ha privilegiado la atención de la enfermedad y de alguna manera ha estado muy proclive a generar beneficios individuales, usualmente ligados a la captura de rentas en cualquier nivel del sistema, eso es en cualquier instancia, incluso hasta en la base de los usuarios y en ese orden de ideas, haber sembrado ese montón de incentivos es lo que nos lleva a nosotros a pensar hoy que de alguna forma están creando comportamientos disfuncionales en las personas, como personas individuales, con sus intereses individuales, puestos en el sistema como cualquiera de los actores del sistema, pero también como personas que representan organizaciones y decimos, hay organizaciones que también han estado absolutamente tocadas, todas las organizaciones, por estar pensando primero en el asunto de la renta y después en la salud.

Nosotros llegamos a una conclusión ahí central y era, en donde decíamos: ¿porque no le apostamos a tratar de inventar algo en donde identifiquemos cuáles son los incentivos que están generando este fenómeno y los revertimos?, de tal suerte que, carajo, aquí los incentivos deberían estar orientados en que primero va la salud y luego la renta. Y en ese orden de ideas fue que tratamos de armar un conjunto de propuestas que simplificamos en tres cosas en este momento y que debatimos mucho también en su momento. Estas tres cosas eran: primero, ¿cómo hacemos para reorientar el modelo de atención en salud que nosotros tenemos?, con esto, digámoslo, estábamos vinculando al concepto de gestionar salud y ¿qué es lo que hay que hacer en el sistema para poner de relieve la gestión de la salud?, y pues nosotros nos encontramos que eso está muy de llave y muy de la mano con, de verdad, pa Dios, tener la intención de poner a mover toda la operación básica del sistema de salud, esto es lo que hoy en la reforma se llama las atenciones primarias y es como toda puerta de entrada al sistema y toda la operación básica se logra poner de relieve, pero eso sí, detrás de eso, sobre algo en lo que ya habíamos tenido ganancia con la 1438, era sobre la base de atención primaria en salud y como atención primaria en salud se podía convertir en el gran transformador de la gestión de la salud del país, dado que tenemos una reglamentación que hoy está viva, que esta ley no derogó esos artículos de manera específica o esta propuesta, y que sigue absolutamente vigente en la mente de todos.

El segundo punto era, cómo hacemos para transformar los incentivos que llevan a que nos preocupemos más por la renta, antes que por cualquier otra cosa en cualquiera de los niveles del sistema,

como decía ahorita, y eso significaba como hacemos que transformemos un concepto, el concepto de competir en mercados por el concepto de ser competente, competitivo por ser competente, y usted demuéstreme la competencia por ser capaz de lograr resultados en salud, no es por ser competitivo en cuanto más renta o gana o domina el otro mercado, o compra otros, o es capaz de quitarle un contrato a otro, o es capaz de mediar en todo este fenómeno de transacciones comerciales y de mercado que se sembró en el sistema. Y por último, decíamos, bueno y es importante al lado de estas cosas, meterle la mano a un asunto que es clave, que nosotros llamamos el fallo regulatorio del sistema y el fallo del sistema de control del sistema, que no solo es Superintendencia, como todo mundo siempre lo siente y lo referencia, es también toda la red de controladores que aparecen en todo el mapa del sistema y como en toda esa red hemos fallado.

Digamos que voy a sintetizar, esto está explicado en detalle en el texto que vamos a pasar, seguramente en el receso del día, pero digamos que ahí estaban centradas las preocupaciones nuestras. Nosotros decíamos, a partir de esas preocupaciones, deberíamos empezar a hacer un marco propositivo que llevara a que cuando saliera una propuesta de reforma, fueran tomadas en consideración o no, y eso es lo que queremos ver a continuación, de cómo interpretamos que salió la propuesta que nos presentó nuestro señor Ministro y en virtud de cómo entendemos lo que nos presentaron, hacemos la contrastación entre eso y lo que nosotros estábamos pensando. Por supuesto digamos que estamos, yo quiero hacer de relieve el asunto de que cuando nos estamos metiendo en un primer concepto, que es gestionar salud y prestarle atención a ese asunto y eso lo estamos concentrando fundamentalmente en la base de operación del sistema de salud, en todo lo que estamos diciendo es la base del sistema de atención primaria y es la base de todo el conjunto de atenciones básicas, que no solo pasa por promocionar la salud y hacer todo ese trabajo intersectorial y hacer, bueno, todas las cosas que no voy a detallar ahora, que están circunscritas en ese ámbito, pero además sigue con prevención colectiva e individual, que es gestión de riesgo pura y dura, pero además también tiene que ver con la gestión asistencial de nivel básico, que es atender un parto en el nivel básico, como también resolver problemas de salud en el nivel básico y todo ese conjunto, y nosotros ahí consideramos que hubo un error histórico en el diseño de Ley 100, cuando desaprendiendo la salud pública de tantos años, decidimos convertir o separar esta integralidad del manejo de determinantes de la salud, en un asunto que se llama salud pública, mal llamado, pero le llamamos hoy atenciones colectivas y otro que llamamos atenciones individuales, como hoy lo propone o lo sigue manteniendo la propuesta.

Y ese asunto de separar individuales con colectivos, ya nos está rompiendo un principio de inte-

gración en la acción, en donde unos actores hacen una cosa y los otros hacen otra. Y resulta que los que atienden temas individuales son los que están atendiendo la enfermedad hoy y supuestamente la gestión de servicio en salud quedó en manos de los que atienden la salud, los que deben atender las acciones colectivas y eso quedó en manos de los territorios, pero es una cosa absolutamente segmentada, que no debió haberse separado nunca y parte del principio de lo que reflexionamos, debería proponerse, es encontrar una manera de unirlo de nuevo y unirlo de nuevo tiene como excelente excusa y estrategia la atención primaria en salud, nos permite hacer eso.

Muy bien, que entendemos de la propuesta del Gobierno, de la propuesta del Gobierno entendemos más o menos lo siguiente. Voy a leer algunas partes puntuales, si me permiten también ahorrar un poco de tiempo en explicaciones muy largas. Decimos lo siguiente: el proyecto mantiene la estructura básica, conceptual y el diseño original del sistema de salud, del sistema general de seguridad social en salud que hoy tenemos.

El proyecto propone refinar el modelo de organización y de operación del sistema, lo entendemos como un trabajo de refinamiento del mismo. De hecho pensamos que ni siquiera es profundamente una reforma, creemos que es justo el título que tiene el proyecto, que es una redefinición del sistema. Y decimos: el proyecto propone simplificar la operación de flujo de recursos, eso es bastante evidente para todos, a partir de toda la estrategia que se marca como una de las más relevantes con el tema de Salud Mía, pero también el proyecto reemplaza la figura de las EPS, que es en la figura del concepto original quien cumple un papel articulador. Recuerden ustedes que el articulador del diseño original tenía dos papeles, articulaba las cuentas de recursos con los prestadores y articulaba a los usuarios con los prestadores, pues bien, los Gestores hacen exactamente eso mismo, y en ese orden de ideas el reemplazo de la figura de EPS por Gestor, creemos que es bastante similar. Lo que entendemos en este momento es que se manejan usuarios asegurados, que tienen una UPC que no se llama UPC en el documento sino Valor per cápita ajustado por riesgo, bueno, la misma cosa, igual que hoy serán estas nuevas Gestoras las que reciban las cuentas, las que auditen las facturas, las que reconocen y ordenan los pagos.

Finalmente es algo así como, yo no recibo la plata y no la tengo, porque bueno, la puedo usar mal y la guardo y todas estas cosas, pero finalmente da la misma situación no tenerla y no manejarla, digamos en estos términos, que ordenar los pagos y decir qué audito, qué pago, que reconozco y que no. Entonces, en ese sentido, repasando, desde Ley 100 cuando se tuvo el perfil de funciones de EPS, lo que ha cambiado en las reglas y lo que tenemos hoy son bastante similares. Eso no es malo, digamos es un refinamiento de lo que se está proponiendo y en ese sentido digamos que es malo si

la postura radical está en “oiga es que el sistema de fondo no debería tener un articulador”, nosotros creemos que si debería aparecer la figura del articulador y la figura del articulador debería ser en todo caso bajo los principios que dije originalmente, al principio de la intervención, de ninguna manera ligados a ningún incentivo de captura de renta; de hecho habíamos dicho en algún momento: oiga, si estas EPS se quedan, con un nombre nuevo o con un nombre diferente, o como EPS renovadas como lo escribimos el año pasado sin ponerles un nombre, decíamos, caramba, si es así estas EPS de entrada debería ser sin ánimo de lucro, pero de entrada no deberían captar recursos y de entrada deberían irse a un fondo único de recaudo, una gran central de recaudo y una gran central de giros, y de giros directos por la experiencia que habíamos tenido, pues bien, en eso coincidimos perfectamente con toda la propuesta y en eso tenemos plena sintonía y me parece que es una ganancia en esos puntos.

Sin embargo seguimos diciendo, bueno y empezamos a leer más detalles de la propuesta, y también empezamos a identificar otras cosas. Nos parece sospechoso que en el literal l) de las funciones de las gestoras, todavía, realmente la palabra no es sospechosa, es ambigua, digamos, aquí no hay, digamos, no estamos hablando de mala fe de nadie, sino ambigua, y ambigua por qué, porque decimos: ellas no van a ser las que recaudan, pero ahí dice exactamente, hombre: podrán apoyar a Salud Mía afiliando y recaudando. Dejar esa palabra es muy peligrosa, van a terminar otra vez recaudando y lo que se intentó hacer con mucho juicio ahí se embolató.

Entonces, yo no sé mucho de estas cosas de las leyes y del Senado, de estas cosas, esta es mi primera experiencia, pero yo sé que cada palabra vale y por una palabra se caen los proyectos y las cosas y generan conflictos enormes. Esa palabra pesa mucho ahí; lo mismo que las palabras que están relacionadas con el hecho de que los recursos que hasta ahora se han protegido como públicos, sobre lo cual se han basado todas las sentencias y judicializaciones y demás, quedan convertidos en última instancia en recursos privados, asunto que yo no me voy a meter, ya lo tocó la Contralora, lo han tocado por muchos lados y no vamos a ahondar ahí.

Que más nos encontramos, nos encontramos esto: el decreto en la parte final, si ustedes han visto los artículos que deroga, tiene cuatro errores, no. Está derogando una parte, creemos que es un error, de pensiones, del libro de pensiones de la Ley 100, creo que faltó un número o faltó algo, es el artículo 15 de la Ley 100, lo van a mirar ahí, y tiene otros tres que cuando se van a buscar los literales o numerales no coinciden o no aparecen, entonces no sabemos cuáles son. Sin embargo, cuando revisamos el resto de derogatorias, nos encontramos que las derogatorias derogan cosas como esta: el artículo 16 de la 1122, queda derogado el asunto

de que le sigan dando el 60% de los recursos de manera directa a los hospitales públicos en el régimen subsidiado. Pues bueno, digamos que eso va en el marco del modelo original, fue extrañísimo que eso hubiera aparecido en el camino, porque el modelo era exponer los hospitales públicos a la competencia en términos de que ese era el mejor camino para obligarlas a mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, por aquello de que se adoptaran las prácticas modernas de gestión de las empresas privadas y las incorporaban, eran capaces los hospitales públicos de lograr mejores niveles de desempeño y ese fue el concepto detrás, la base detrás del concepto de una Empresa Social del Estado. Pues bien, digamos que en el camino se coartó la posibilidad de que se expusiera en el mercado, pero razones hubo, seguramente, en el camino para que no hubiera sido de esa manera, de manera explícita y se dejó el reconocimiento del 60%. Hoy se quita el 60% pero aparece también un articulito dentro del texto, que dice que en todo caso las gestoras que se dediquen al régimen subsidiado tendrán de primeras que contratar, si hay allí, hospitales públicos, y seguramente los contratarán hasta la capacidad que tenga el hospital, digamos esa es la gabela que queda en reemplazo de la una por la otra.

Sin embargo, ahí están las consideraciones acerca de si quitar o no este tipo de amparo a los hoteles públicos, es un error o no en contra del sistema. En todo caso cuando la línea detrás del pensamiento es de defensa de lo público y en este caso del hospital público, considerando que los escenarios de mercado, que en los estudios que hemos hecho y en los que hemos participado, que se han desarrollado en el país para competir y para que la competencia genere buenos estímulos, como le genera a los capi. Alguien decía en la prensa hace ocho días: oiga, a los capitalistas lo que hay que ponerles es capitalismo, entonces lo que hay que hacer es que no haya monopolios, ni oligopolios y que compitan con mucha competencia y que hayan muchas reglas de juego sobre la base, bueno. Pues bueno, en este caso es, ¿y dónde creamos competencia de mercados en Colombia en el sistema de salud? En veinte años lo que aprendimos es que esta cosa, más o menos, medio opera en el régimen, en la medicina prepagada, en ciertas ciudades, bueno, en el régimen contributivo, en ciertas ciudades del país, que son justo las más grandes, las que contratan la mayor parte de la población, que son más o menos como 14 ciudades y algunas periféricas, que terminan siendo como cuarenta entidades, y en el resto del país no hay con quien competir, es que el principal principio para competir, de tal manera que me incentive a forzar a ser más eficiente y a mejorar mi calidad sobre el principio básico que tiene la competencia, pues es que hay al frente alguien con quien competir, pero el sesenta y tanto por ciento del país solo hay uno, que es un prestador público, y en otro segmento que sube hasta casi el noventa, hay otros dos o tres que presten el servicio, pero es el rural

que se quedó haciendo odontología, el médico del consultorio, eventualmente una que otra clínica. Total, la mayor parte del país no tiene escenarios, no se pueden crear, ni se han configurado escenarios de mercados para que la competencia sea un incentivo proclive al mejor desempeño. Creo que no deberíamos terquear más con este cuento de la competencia y eso es parte de la explicación de todo el asunto, bueno.

Y terminado, lo que encontramos en la reforma, también encontramos que el proyecto expresamente deroga los artículos 60, 64 de la 1438, que tienen que ver con toda la reglamentación de RIS, todo lo que se reglamentó allí de RIS desaparece para transformarse en los artículos que tenemos ahora, relacionados en la propuesta con redes integradas de servicios.

Recuerden que hasta ahora ha habido siempre una ambigüedad en el tema de redes públicas, ¿Qué son? ¿Qué viene siendo una red pública de servicios?, cuando todo el mundo contrata con ellos y ya no hay vinculados. Tenían razón de ser cuando habían vinculados y el departamento contrataba la red pública hospitalaria, como una red completa, para que la red provea los servicios, pero no habiendo vinculados, o pues teóricamente ya casi cerrándose esa brecha, entonces cómo quedan las redes, en la 1438 habían quedado unas redes que habían considerado los hospitales como una ganancia, que incluso la colocaron como uniones temporales y consorcio y que podían ser las RIS, y quedó una cosa muy ambigua, porque ni siquiera se pudo terminar de reglamentar en ese sentido y quedó muy ambigua porque chocaba con el modelo original. Es que el modelo original lo que decía es que las redes, hay tantas redes, habrían tantas redes de servicios de salud en el sistema, como EPS hubiera o pagadores hubieran, pues bueno, eso se retoma ahora, se anula lo de la 14 y se pone aquí de relieve y visible, en términos de “un momentico, volvamos al origen”, las redes son de las EPS y aquí las redes son de las Gestoras y así ordenamos el sistema.

Nos pareció muy chévere encontrar, digamos, la nueva forma de pensar las áreas de gestión sanitarias del país; siempre y cuando hemos trabajado tanto en el país en el diseño del tema de redes, nos hemos encontrado con esos límites, que no necesariamente la gente sigue, de límite político de un territorio, sino que hay unos límites naturales donde la gente fluye a buscar un servicio o a buscar, y ese es el mapa que se está pretendiendo hacer, que en realidad no es tan grave. Los departamentos que más tocan otros departamentos o la redes, son Santander y Cundinamarca, el resto se salen por pequeños espacios en todo lo demás. En todo caso, digamos, eso es una buena lógica porque está persiguiendo el usuario, está diseñándose con base o conforme se mueven las personas.

La otra partecita que estamos diciendo es: se mantiene en este sistema complicado, intrincado y peligroso, complejo y maluco mecanismo de

compra y venta de servicios entre la EPS y la IPS. Si por algo se ha caracterizado, digamos, los malestares y las quejas en el sistema, ha sido por el bendito tema de la letra menuda cada vez que se aumenta el grosor de los contratos año tras año, sobre la base de “y cómo hago yo para hacer una transacción con usted, y cómo hago con el medio esta transacción, yo terminé demorándome todo lo que me termino demorando para pagarla, a pesar de que todos los años salen decretos para mejorar eso, y eso no funciona y no pasa nada”. Pues bueno, ahí sigue viva y sigue viva la misma compra venta de servicios, según el término es muy eficiente porque es que en cada área van a haber máximo cinco Gestoras, entonces los contratos que voy a tener yo en un área van a ser menos que antes, pero de fondo el problema transaccional de EPS-IPS, la glosa, la factura, no tiene ningún capítulo, ninguna palabra de solución, sigue siendo el mismo comportamiento vivo.

Y la última parte es el cuestionamiento acerca de las Gestoras deberían tener un no utilidades, que me llamó mucho la atención, nosotros pensamos que cuando decíamos en la discusión nuestra, al interior, dejémosla sin ánimo de lucro para quitar incentivos de renta, nada qué hacer; pero cómo les parece a ustedes que yo dejo una gestora sin ánimo de lucro y la dejo solo pagando la administración, pues yo ya me imagino las Gestoras aprobándole todo lo que requieran pasar las prestadoras, entonces se pierde el incentivo para que la gestora sea capaz de meterle la mano, digámoslo así, a controlar el gasto médico y ese incentivo estaba dado porque si yo rento y si yo tengo el incentivo de renta y genero utilidades y excedentes, pues bueno, yo me voy a preocupar por parar el gasto médico, y si la UPC me tiene apretado y no puedo, mi flujo de caja también está apretado, ¿qué hago? Entonces en ese sentido, quizás interpretamos, que se deja el tema de la renta para poder generar ese tipo de incentivo, no obstante si se deja por esa razón, no puede de ninguna manera seguirse considerando el incentivo de renta porque volvemos a lo mismo ¿El incentivo de renta entonces qué hace?, ¿me van a quedar excedentes?, ¿o sea que si yo controlo mucho el gasto médico de las tres partes en las que se dividen los excedentes, va a haber una parte que me quede a mí?, caramba que yo me le mido a eso de pronto y tengo un incentivo fuertísimo para trabajar por mis utilidades. Entonces, es un artículo peligro en ese sentido y es, oiga no será que eso más bien no lo damos como excedente y utilidad, sino que si me muestra resultados de desempeño ese excedente lo paso a que usted lo pueda utilizar en ciertos usos, porque hay menos niñas adolescentes en embarazo afiliadas en su EPS de un año a otro, porque bajo la tasa de mortalidad infantil que tenía, bueno, lo que fuese de los ocho indicadores básicos a los que uno esperaríamos empujara a medirlos los primeros años.

Bueno, finalmente tengo que pasar solamente a la parte propositiva, porque esta es la parte que decía de lo que interpretamos, me voy a saltar un

buen pedazo, lo último era el defensor del usuario, se anula el defensor del usuario por si no se han dado cuenta, de las dos leyes anteriores. Y en ese sentido, ya habiendo mencionado los temas coincidentes, voy a hablar de los temas propositivos solamente, voy a hablar de tres puntos en los temas propositivos. El primer tema propositivo es los gestores.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Doctor Carlos Humberto.

Asesor de la Federación de Departamentos, doctor Carlos Humberto Arango:

Para cerrar estos tres puntos, entonces los tres puntos son: el de los Gestores, el de los Gestores es, ya lo mencioné el del literal l), sobre el tema del recaudo y lo otro es, un tema que nos compete significativamente y es, bueno, y cómo se abre la posibilidad para que un gestor tenga participación pública; digamos que nos queda claro que de ninguna manera la propuesta trae consigo el hecho de que a los entes territoriales, cualquiera que fuere, departamentos, distritos, municipios, se les va a entregar el régimen subsidiado, digamos, es claro que no. Y entonces, en este sentido lo que propone la propuesta es, va a haber una gestora, una EPS ahora como gestora, que va a hacer su función de articuladora, pero en esa se está dando un chance, oiga si usted es público y quiere participar pues tiene un chance, puede poner una sola, usted como público, puede apuntarse con otro, incluso un privado o con otro público y puede presentarse como gestora, al fin y al cabo pueden haber cinco gestoras en un área de gestión sanitaria y usted puede ser una de esas, máximo una pública que tenga esta característica y con un número de habitantes. Pues bien, la propuesta concreta nuestra y es que debería ser un imperativo de la reforma, que en cada área de gestión sanitaria no se deje la opción de que haya una pública, sino que se deje la razón concreta de que tiene que haber una pública y nosotros digamos que estamos en la idea de que debe ser de esa manera, por la necesidad de contar de manera explícita y directa siempre en cada una de estas áreas, con ese tipo de gestores públicos, porque si alguna vez, por la razón que fuese, un factor, cualquiera que fuese, fracasa y alguien decide, como hemos tenido el ejemplo en Medellín con el que trabajamos profundamente, irse de ahí porque eso no es negocio, entonces ¿Qué hacemos con la gente y qué hacemos de un día para otro con la operación?, bueno, un día para otro son dos o tres meses, el tiempo que pasa en esto.

Nosotros creemos que la presencia de lo público, tanto de los hospitales públicos como en gestores públicos, es absolutamente necesaria y no se trata de defender la posibilidad que nos choca a muchos, incluso a muchos propios gobernadores, que se vuelva lo mismo del sistema de antes y que sean las Secretarías de Salud de manera directa que lo manejen. Digamos, tiene tanto cuestionamiento, tiene tanto cuestionamiento eso, pero bueno, y si

fuese de esa forma, ¿Cómo podríamos replantearlo de tal suerte que los incentivos no sean los mismos de antes?, y en ese sentido también estamos diciendo, cabe la posibilidad de que este gestor, si es público y si nos dan la oportunidad de entrar como públicos, en ese orden de ideas, no se le apliquen los mismos requisitos y el mismo nivel de exigencia, patrimonial, financiero y de todas esas características que le está pidiendo a cualquier otro gestor, y en este caso casi que no es para que salgan a buscar mercados, ni a competir en mercados y a ver con qué gente me quedo para poder yo competir con los otros gestores que están allí alrededor, en este caso estamos componiendo, oiga por qué no, en cada una de las áreas de gestión comunitaria se deja una, o se abra la posibilidad, si se quiere además, porque si no aparece una ley pues no, pero sí se quiere que haya una, por lo menos pública en esos lugares y que esa pública tenga la opción, al menos, de tener asignado el mínimo número que van a designar.

Entonces, no adelanto eso porque ya el tiempo me lo pasé y, la segunda parte, que me parece es muy relevante es, algo que no está en la propuesta, pero que sigue siendo significativo para nosotros y es, cómo diablos hacemos en el tema de la atención primaria en salud, para poner la atención primaria en salud a funcionar acá. Hay una cosa que contradice en la propuesta como quedó armada hoy, la posibilidad de que lo que quedó vivo en 1438 lo podamos poner a rodar. Lo que se contradice es esto: si yo tengo en un municipio que hace parte de un área de gestión sanitaria, los cinco Gestores a los que yo como ciudadano puedo escoger, libre elección, a ver con cual me quedo y ese me presta los servicios, seguimos en el mismo problema, una casa donde yo estoy con el gestor uno, mi abuelito está con el gestor dos y el vecino está con el gestor tres, y hay un principio básico de trabajo que hemos mencionado muchas veces, hasta aburridos somos con eso, y es que la atención primaria se hace, porque además nunca fue pensada para modelos en mercados y eso fue, eran cosas muy estatales, pero igual cuando la adaptamos a esto, hay una forma de adaptarlo a la propuesta y es decir: hombre, un principio básico es geografía población; yo intervengo los determinantes sociales de la salud en un grupo de población, un barrio digamos, con todos sus determinantes de manera integral ahí, no es que viene el gestor tal a intervenir este y el otro a hablar con el Alcalde que hace la salud pública a ver qué puede hacer por factores del ambiente, del comportamiento, de cualquiera de esos, que nos afectan a todos y que no son de atenciones individuales, pero tampoco alcanzan a ser de la dimensión de las intervenciones colectivas que se quedaron tan pobres y en el piso, la gestión de la salud.

Entonces en ese orden de ideas estamos proponiendo: no un momentico, debería haber dentro de las áreas de gestión sanitaria unos distritos sanitarios, y dentro de los distritos sanitarios deberían tener unos territorios copados por ochocien-

tas familias en cada territorio y yo le asignó las IPS de atención primaria, que hay que formarlas y reeducarlas con un trabajo muy fuerte, que estamos de cinco años, con recursos de la Nación y crédito externo, que se dedica a reentrenar a toda la gente, empezando por el médico; yo ya no quiero más médicos en hospitales de primer nivel, casi todos públicos en el país, no los quiero más cobrando, haciendo gestión comercial, con la maleta haciendo que la glosa y el cobro y cómo le presta plata en el banco. Yo los necesito como gerentes de la salud pública local y en ese orden de ideas queremos proponer que se involucre un artículo donde demos una transformación, si se quiere de entrada a los hospitales públicos, que ya nos cubre la mayor parte del país y de municipios más chiquiticos, para transformar los hospitales públicos de primer nivel, dejarlos como ESE autogestionadas, pero que jamás vuelven a recibir un peso a base de salir a negociar con nadie ningún contrato y prestan unos servicios mínimos, que no importa el tamaño del municipio como los que hemos reestructurado, dejándolos tan chiquitos como la plata les aguanta, debe haber un criterio de los mínimos decentes de servicios que un colombiano, con eso le pegamos bien al tema del derecho a la garantía de la salud, que un colombiano en cualquier lugar en donde se viva, así sea un municipio de esos de Boyacá con quinientos habitantes, debería tener mínimo ahí, no importa que eso no sea sostenible y si hay que darle recursos de oferta hay que dárselos.

Y en ese sentido cierro con el punto que nos interesa mucho a los nuevos departamentos, y es que en los nuevos departamentos también somos muy radicales y ahí decimos, el aseguramiento ahí no funciona, el cuento de los mercados ahí no funciona, la compraventa de servicios no funciona, ser ESE para competir contra yo mismo no funciona y además creamos todo el modelo para que se volvieran más eficientes y terminaron en medio de todo esto, de la plata atrapada en el camino, de la plata no girada, de la plata mal gastada, en una ineficiencia quizás peor que la que sonábamos cuando eran pegados del Estado. En este caso, en los nuevos territorios decimos, qué cuento de gestores siquiera, eso debería ser directo del Estado, subsidio, oferta y manejo directo desde la Secretaría de Salud de los hospitales y del proceso de atención de la gente en ese lugar, hay no frieguen que no va a haber, ni hay, ni ha habido, ni va a haber cuentos de mercados de competencia que estimule la mejora y en ese caso el nivel superior nacional debe pararle ojos, porque ya concentrar atención en siete sitios a los que deberá prestarle mucha atención en control, pero estamos hablando es algo que por encima del asunto primario y muy importante, la eficiencia de los recursos, es por encima de eso, de la garantía del derecho a la salud de las personas. Bueno, yo no puedo hablar más. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, doctor Carlos Humberto, interesante su planteamiento, se sobró de tiempo. Continúa en el uso de la palabra el doctor Guillermo Alfonso Jaramillo, Secretario Distrital de Salud y se prepara el doctor Germán Guerrero, Secretario Departamental de Salud de Cundinamarca.

Secretario Distrital de Salud, doctor Guillermo Alfonso Jaramillo:

Bueno, muy buenos días a todas y todos, un saludo especial a toda la Mesa Directiva, yo quisiera decir que el año pasado presentamos, varios, un proyecto de ley estatutaria, que creemos que por ahí es que se debe comenzar. El Gobierno Nacional también ha presentado un proyecto de ley estatutaria, catorce puntos, la gran mayoría de las Federaciones y Confederaciones, academia, los científicos, las sociedades científicas presentaron este proyecto, nosotros nos acogemos a ese proyecto estatutario que sea como un marco ley, como una ley marco, porque lo que nosotros hemos entendido es que hay un fervor popular, el cual no se va a poder nunca ocultar.

Cuando usted le pregunta al común de la gente si usted está de acuerdo con el modelo de salud que hay en el país, casi el ochenta por ciento le contesta que está en total desacuerdo; cuando usted le pregunta a la gente si quiere EPS, la gente le dice “no queremos EPS”, pero el Gobierno sigue insistiendo con las EPS; entonces, yo sí creo que aquí vamos a tener que ponerle orden a este proceso y yo creo que el Congreso le ha puesto orden, primero buscando la posibilidad de tener un proyecto de ley estatutaria, sobre eso se base verdaderamente el proyecto, ¿Cuál es el modelo de salud que queremos en Colombia?, primera situación, y no comenzar a hacer pequeñas reformitas, cierto, ya hemos hecho todas, la última fue la 1438, ni siquiera se ha implantado, ni siquiera se ha logrado concertar claramente esa ley, ahora vamos a hacer una nueva ley ordinaria y seguramente quedaremos en las mismas, mientras la crisis que nos golpea a todas las puertas de los hospitales y la gente sufriendo permanentemente, pues nos preocupa.

Bien, voy a tratar de ponerme en el tiempo, entonces voy a sacar el reloj para hacerlo, para que no. Los argumentos del Gobierno han sido, no tengo nada qué hacer, cuando presenta el proyecto de ley el Gobierno, en todas sus reflexiones que hace, estamos totalmente de acuerdo, indicadores de salud pública se han estancado; quiero decirle Ministro, están empeorando, estamos de acuerdo, las encuestas de opinión revelan problemas serios en la calidad y oportunidad de los servicios, totalmente de acuerdo; las prioridades para los ciudadanos son la oportunidad, la integralidad y la calidad de la atención, entonces el ciudadano está pidiendo oportunidad, integralidad y calidad de la atención; una persona en Usme se le puede prestar el servicio en Usme, pero como tiene una EPS, la

EPS, entonces lo manda al norte, al norte de la ciudad, cuatro horas en una época difícil de las horas de tránsito.

Una cosa que más me preocupa todavía, es que el Gobierno en su reflexión dice, las condiciones crónicas de baja frecuencia y alto costo como el cáncer son un gran reto para el sistema, dieciocho meses para poder atender un niño de leucemia, desde el momento en el que médico sospecha que tiene una leucemia, solamente dieciocho meses después se le da tratamiento y en esto estamos totalmente de acuerdo. La cobertura del sistema general de seguridad es alta, pero el acceso real a los servicios es muy limitado, la gran mayoría de los colombianos, el 90% de los colombianos tienen un carnet que no les sirve para nada, con eso no tienen salud y algunas poblaciones son vulnerables y algunos departamentos particularmente del litoral pacífico; aquí en Bogotá no hace mucho tiempo, más de doscientos cincuenta mil carnés nunca se entregaron a los que los deberían de tener, nunca supieron que estaban asegurados, pero cobraban las EPS permanentemente, no hace muchos años, cada Entidad Promotora de Salud diseña su propia red de prestadores, según las condiciones de mercado y no las tiene, entonces aquí que está el doctor, Senador de la República, el doctor Guillermo Santos, sabe muy claramente qué le pasa por ejemplo en su municipio de nacimiento, allá en la zona Santa Isabel, un hospital que recientemente tuvo la oportunidad de visitar, lo único que hacen es montar la persona en una ambulancia porque no hay ninguna posibilidad de servicio, cierto. Todos terminan en Bogotá o en Ibagué, o en cualquier otra parte, menos en donde deberían recibir la atención; los recobros han entorpecido el funcionamiento del sistema y han tenido un efecto regresivo, no hay, los flujos de recursos en todas partes están trancados, cierto. Entonces, y lo menciono claramente.

Pero quisiera hacer énfasis en algo que es muy importante, la crisis financiera es evidente y el Ministro nos dijo, hay una crisis financiera pero no hay una crisis en la salud. Ministro, los indicadores nos muestran lo contrario, aquí en Bogotá murieron más mujeres maternas, más mujeres murieron por dar a luz perdieron la luz, aquí en Bogotá; los índices de vacunación han disminuido y estamos por debajo del 95% en ese sentido y hemos luchado y podemos demostrar cómo hemos trabajado arduamente y lo que hemos encontrado es que las EPS no cumplen con su función de vacunar a los niños, veintitrés muertes de tosferina cuando habíamos tenido catorce, cierto, por eso estamos vacunando ahora nosotros, nosotros directamente a las mujeres gestantes para poder lograr eso.

Bien dice usted, claramente y estamos de acuerdo, que muchas EPS están en dificultades financieras, no muchas, todas, en el régimen subsidiado ninguna cumple estrictamente con los requisitos de habilitación, ninguna, por eso es que estamos diciendo nosotros: entréguenos a nosotros el régi-

men subsidiado de Bogotá, porque ninguna de las EPS, de las cinco que quedan, de las ocho que habían, cumplen, ya deberían estar por fuera, no entendemos por qué no lo han hecho, no entendemos por qué la Superintendencia no retira a esas EPS que no llenan los requisitos y no cumplen con sus funciones. En el Contributivo, las EPS con mayores afiliados enfrentan problemas serios, a unas sí las intervienen a otras no, Caprecom, que debería estar más que intervenida, liquidada, la mantienen para que toda la gente en toda esta ciudad de Bogotá y en todo el país se quejen del mal servicio que hace Caprecom; entonces es una situación supremamente grave y ojalá pudiera mostrar uno acá cómo la situación de las EPS se han reflejado en el crecimiento acelerado de la deuda a los prestadores. El régimen subsidiado como le debe al sistema, ¿a cuál?, a los públicos, aquí más de trescientos mil millones de pesos, en el Tolima cien mil millones de pesos, le deben EPS al sistema, seiscientos mil en Medellín, eso quiebra a todos los hospitales y tiene sometidos a los hospitales públicos a una situación supremamente compleja.

Entonces, yo personalmente quiero decirle que estoy en total desacuerdo con este proyecto, totalmente en desacuerdo y hay una opinión general y es que el modelo de salud fracasó, pero lo que quieren es redefinir el sistema, continuar con ese sistema que hay y la gente tiene, la opinión pública tiene y cree que hay una necesidad de un cambio profundo estructural. Entonces las perspectivas son diferentes, ahí es donde no nos encontramos nosotros con el Gobierno central, nosotros no creemos en un sistema de salud sobre la base del mercado, si es un derecho fundamental, nosotros decimos la salud no puede ser un negocio, pero aquí se quiere seguir perpetuando el negocio, perpetuar el negocio. Necesitamos fortalecer lo público, hemos dicho nosotros, y ahí nos diferenciamos; en este Proyecto lo que tratan es de acabar definitivamente con lo público como lo puedo yo demostrar, donde la salud sea un derecho fundamental, solidario, gratuito y sin ánimo de lucro, es en donde nosotros pasamos todas nuestras posibilidades y perspectivas; por eso las perspectivas son diferentes, que se fortalezca la descentralización y la gobernabilidad local es lo que nosotros exigimos, aquí ya todo se centraliza, todo absolutamente, todo, aquí todos los recursos quedan centralizados, cierto.

Este es un país que habla, presentan una ley y la presentan como la gran cosa, el POT, la ley de Ordenamiento Territorial, la presentan como, después de veinticuatro veces tratar de hacerla y terminamos en que lo que inmediatamente hace el Gobierno es quitarle todas las regalías a los municipios, a los departamentos y centralizar los recursos, cierto. Entonces aquí no estamos nosotros descentralizando, ni fortaleciendo el Gobierno local, la reforma debe permitir dignificar el trabajo y lo deja como una cosa de ahí a un lado en un artículo, diciendo que les den facultades para poder hacerlo. Nosotros creemos que ya es hora de

que si hay una sentencia de la Corte que estipula claramente cómo debe ser el trabajo, no puede seguir un trabajo permanente de la neo-esclavitud que se ha generado en Colombia y muy especialmente que golpea al sector salud, que es el que ha sido más golpeado por la forma como se paga en el país. A tal punto que en las elecciones presidenciales, pasadas, dos candidatos presidenciales le preguntaron que si un salario de un millón de pesos para un médico era un salario justo, y contestaron sin titubear que era un salario justo, y uno de ellos está gobernando este país; entonces es una situación muy preocupante de qué es lo que sienten que es lo que hay que pagarle a las gentes que trabajan en el sector de salud.

Y hay que promover y garantizar la humanización de los servicios de salud, por eso el análisis que se contempla en todos estos artículos que se han hecho, nosotros encontramos en un análisis transversal, que el proyecto de ley resulta muy etéreo, en muchos de sus acápite, por cuanto no precisa o deja sujeto a futuras reglamentaciones la operación del sistema, ya lo han mencionado, ya lo mencionaba el doctor Arango; deja ahí para que mañana se interprete de la manera que sea. No constituye la tan anunciada reforma estructural del sistema, sino como se expresa tácitamente es la redefinición del mismo, es fortalecer la Ley 100 y volver a fortalecer más a las EPS, para que continúen siendo el instrumento de las barreras de acceso y de la situación que hoy vivimos.

La tesis es que busca eliminar la intermediación financiera de la EPS, mediante la conformación de un fondo único centralizado, pasar el Fosyga a Salud Mía, configura un solo plan de beneficios incorporando al actual no POS, entonces del POS pasamos a Mi Plan y de las EPS pasamos a las Gestoras, aquí no hay ningún cambio de fondo, cierto. Entonces, de EPS a Gestores, de POS a Mi Plan y de Fosyga a Salud Mía.

Con algunas cosas mucho más preocupantes, porque si canalizamos los recursos y en ese artículo cuarto que me preocupa, a mí, que entonces lo que hace es que una vez se transfieran los recursos de Salud Mía a esas gestoras, inmediatamente se convierten en no públicos esos dineros. Si ahora que por lo menos son públicos, podemos investigar y mirar, y que llegue la Procuraduría, y la Contraloría, y la Fiscalía y todos, como será apenas entonces y se queden ellos con eso y por consecuencia, pierden su carácter de recursos públicos, el Gestor no asume ningún riesgo, se la ponen muy facilita a esas EPS que se van a transformar en Gestoras, todas están ya listas para ver cómo es que hay que aterrizar allá como Gestoras, cierto; cada Gestor tendrá derecho a un valor per cápita ajustado al riesgo, ajustado por riesgo, imagínese, fuera de que a los gestores les dejamos también que si tienen excedentes, los puedan compartir. Yo me imagino ahora, si ahorítica en como lo tenemos, todas esas barreras de acceso, como serán las barreras de acceso en el futuro que van a generar

esos Gestores, cuando les van a decir; si ustedes logran contener el costo, entre más lo contengan, más excedentes van a tener y se los vamos a entregar a ustedes, porque es que este es el mercado, aquí nosotros queremos es que ustedes tengan ganancias, que ustedes tengan recursos, que estén muy bien motivados sobre la base del capital y de la ganancia. Yo me imagino en qué vamos a terminar, si hoy de pronto hay una posibilidad de que no lo hagan y tienen ganancias, en qué podemos nosotros terminar.

A los gestores de servicios sobre salud se le dan todas, son los responsables de la organización y la gestión de las prestaciones individuales, coordinarán con las entidades territoriales las acciones de salud pública en el territorio, para la consecución de resultados en salud de la población, las prestaciones individuales serán realizadas mediante la conformación de redes de prestación de servicios, o sea que ahora les damos la posibilidad de que ellos conformen las redes, ellos manejen la salud pública, pueden hacer integración vertical en el primer nivel, ¿no es cierto?, dicen a cómo contratan, dicen con quién contratan, eso pasa y se lo dije al señor Ministro, porque esto ya lo discutimos en su despacho, pasa exactamente como en mi casa: yo tengo una cuenta corriente, el sueldo me llega a la cuenta corriente y mi señora es la que tiene la chequera y cada mes me dice: “aquí le queda para sus dulces”, aquí vamos a hacer exactamente lo mismo que hacemos en mi casa, nosotros recaudamos, nosotros respondemos y le entregamos a los señores de las Gestoras, que van a ser las mismas EPS, de pronto cambiándole el nombre; señores hagan lo que ustedes quieran, en el nuevo mercado que les vamos a poner para que sigan ustedes manejando la salud de este país.

Entonces la situación a mí sí me parece supremamente grave, porque es que hay dos tendencias. Cuando nosotros hablamos por primera vez en el Ministerio con el Ministro, lo vimos muy abierto con toda esta discusión, después comenzaron los mandos medios que son los que manejan, es como en el Ministerio de Hacienda, ¿no es cierto?, los Ministros de Hacienda negocian con el Banco Mundial y nos endeudan a nosotros y nos meten en una cantidad de cosas y ustedes después los ven, después cuando terminan de ser Ministros los ven ustedes manejando en los puestos más importantes del Banco Mundial, allá están. Aquí más o menos en este Ministerio de Salud está pasando lo mismo, los que estaban hasta hace poco manejando el Ministerio ya son los Gerentes de la Nueva EPS de Medellín, o sea, ellos pegan unos saltos, allá donde está el mercado, allá en donde está el negocio, allá en donde están las cosas, entonces, por eso es que nos dicen que este es el mejor sistema; el sistema de las EPS, ciento noventa y ocho países del mundo no tienen EPS y tienen mejor salud que nosotros, cierto.

Entonces es importante que nosotros miremos si las gestoras, responsables de la derogación de

las redes, eliminan el papel del Estado en la reorganización y armonización de una oferta equitativa de servicios de salud, bien.

Lo que queda en esto es que no solamente las EPS van a seguir siendo las mismas funciones que tienen ahora, sino reforzadas, van a quedar fortalecidas, el sistema de mercado y el sistema del manejo por el privado va a ser mucho más fuerte; porque hay diferencias, ahí es donde está la diferencia, yo creo que la salud tiene que ser, debe de ser un servicio como un derecho fundamental, es decir un servicio al Estado. Ahí es donde encontramos las diferencias y por eso es que no nos podemos encontrar, no nos podemos poner de acuerdo.

Además, durante los periodos de transición no podrán haber traslados, lo que va a generar una fidelización, una fidelización obligada, no se van a poder retirar, o sea, estos señores que ya tienen ahí, consideran que nosotros somos propiedad, yo soy, yo tengo Sanitas, y ya creen que es que son dueños de uno, lo venden a uno como vendiendo ganado, porque esos son los únicos, usted mira esas EPS del régimen subsidiado no tienen nada, son de garaje, no tienen ningún capital, están quebradas y cuando comienza uno a decirles: ¿y ustedes cuánto valen?, comienzan a vender es animales, como si vendieran animales y no ciudadanos de primera; entonces es una situación supremamente compleja.

La garantía de la prestación de servicios en condiciones excepcionales y transitorias, que era una posibilidad clara que nos podían dar a los entes territoriales, cuando usted ve el artículo 35, cuando nosotros proponíamos que nos dieran la posibilidad del manejo del régimen subsidiado, para demostrar que lo podemos hacer muy diferente y en mejor forma, y estamos dispuestos a aportar más recursos de los necesarios para atender bien a la gente, cuando usted mira esa posibilidad de que los entes territoriales pudieran, inclusive transitoriamente manejar alguna posibilidad el régimen subsidiado, ese artículo inmediatamente lo impide. Entonces la administración por el tema que hemos propuesto de que los entes territoriales pudieran hacerlo, está totalmente bloqueado, cuando hoy, la ley claramente estipula que donde las EPS no cumplan y ninguna está cumpliendo en Bogotá, transitoriamente puede entregar el régimen subsidiado al ente territorial, pero no se atreven a hacer eso porque tienen temor a tomar determinaciones, porque entienden, porque quieren defender el mercado, quieren defender a las EPS y no darle fortaleza a lo público. Aquí lo que sucede es exactamente lo que sucedió con el Seguro Social, al Seguro Social lo mandaron a una pelea y lo marchitaron, no lo dejaban afiliar, le dejaron todos los pacientes de alto costo, hasta que acabaron el Seguro Social. Aquí vamos a terminar en las mismas, como vamos, acabando todo el sistema público de atención en salud.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Doctor Guillermo el tiempo.

Secretario Distrital de Salud, doctor Guillermo Alfonso Jaramillo:

Bien, voy a terminar, bien, yo creo que ya el doctor Arango dijo la integración vertical, se deroga el porcentaje mínimo, ya no sabemos cuánto es que van a contratar con nosotros, ahora sí vamos a quedar en el peor de los mundos, eso generaría un marchitamiento de todo el sistema público. La inspección, vigilancia y control que decíamos nosotros, se la dejaron a los entes territoriales y que en segunda instancia fallara la Super, tampoco lo plantea, lo dejan a discreción de la Superintendencia; los excedentes del sistema general, del sistema de participación asignados para la población pobre la vamos a utilizar en pagarle lo que no nos ha pagado a nosotros, ni va a pagar nunca, las EPS; en fin, yo creo que en lo que a mí respecta y lo que respecta al Distrito, nosotros no estamos en condiciones de apoyar este proyecto de ley, que lo consideramos nefasto para las posibilidades de la salud.

Bien, voy entonces a dejar algunas de las, en aras del tiempo, a pesar de que a mí sí me lo tienen controlado y a los otros les dieron una hora, porque yo la contemplé, cuarenta minutos habló el doctor Arango, cuarenta y cinco minutos, bien, bien, bueno.

Entonces aquí todo parecería que el Estado se convierte en el que respalda al ente privado y esa es una situación que a nosotros nos preocupa, nosotros también encontramos que el terminarla, el acabar con la meritocracia en la elección de los gerentes, sería una cosa que miráramos con mucho detención. Nosotros no estamos de acuerdo con esa situación, este proyecto no habla y no tiene en cuenta para absolutamente nada lo que es la atención primaria en salud, la deja muy por fuera de cualquier posibilidad. Lo otro es que permite que el Gestor entonces comience a prestar unos servicios muy mediocres, para que entonces, como se puede trasladar la UPC al Gestor, entonces el Gestor comience a hacer el aseguramiento y los seguros voluntarios y entonces tengamos otra categoría diferente, ahora vamos a tener los que pueden tener prepagada, vamos a mejorar el negocio, le vamos a mejorar entonces el negocio a las EPS y vamos a darle la posibilidad de que un millón y medio que puede pagar, entonces vamos a tener un servicio muy especial para los que tienen plata.

Bueno, ¿Qué son las conclusiones que nosotros podríamos tener rápidamente? El proyecto en su esencia debilita el concepto de lo público, es favorable al mercado, permite la recentralización de competencias, no mejora la gobernabilidad local, no resuelve en su conjunto las violaciones sistemáticas en materia de derecho fundamental a la salud. El proyecto no aborda los problemas estructurales del sistema, ¿Cuál es el rol del Estado aquí?, ¿otra vez va a dejar en manos de los particulares?, ¿el

derecho fundamental a la salud en dónde queda?, el ánimo de lucro sigue siendo el proceso de todo esto, son los cuarenta y cinco billones de pesos de la salud en manos de los particulares. El modelo de salud no se toma en cuenta, el modelo de atención y la rectoría en salud tampoco está en consideración. ¿Qué reforma es la que nosotros consideramos que se requiere?, el ejercicio real y efectivo de la rectoría sanitaria por parte del Estado a nivel nacional y descentralizado, el desarrollo de un sistema único integrado o integral para la equidad de la salud, un modelo preventivo basado en la atención primaria en salud, con enfoque familiar y comunitario que garantice la adscripción territorial y poblaciones a equipos y redes integradas de servicios. Una política de talento humano, que promueva el conocimiento para un nuevo modelo de salud y garantice condiciones laborales dignas en cumplimiento de la Sentencia SU-614, donde se privilegie la rentabilidad social, mediante la financiación de la nómina de los hospitales, como se hace con las escuelas, los colegios y las universidades públicas de Colombia.

Permitir la administración y gestión directa de los recursos del régimen subsidiado, a los entes territoriales, departamentales, municipales. La administración de la prestación de servicios de promoción y prevención por parte del ente territorial, ya que eso no lo hacen las EPS, la reglamentación de mínimos en las formas de contratación, nosotros aquí, le aumentaron la UPC a las EPS y las tarifas todos los días siguen siendo inferiores, hasta tal punto que hoy las EPS están diciendo que pagan las tarifas más bajas todavía, a pesar de que hoy tienen y están teniendo rentabilidad. Entonces ni tenemos tarifas, ni tenemos pagos anticipados como los tienen ellos, ni las facturaciones se han simplificado a tal punto que hoy no nos giran sino el 50% a las EPS, y nos tienen entonces bloqueados, porque no nos pagan el restante, entonces hay necesidad de garantizar la sostenibilidad de los prestadores dentro de un mercado imperfecto.

Y sexto, para terminar y quedó dentro de los veinte minutos, una política de investigación, ciencia y tecnología en salud que permita la financiación y sostenibilidad de los Hospitales Universitarios, la eliminación de mecanismos perversos que favorecen el lucro en materia de medicamentos y suministros por parte de laboratorios farmacéuticos y proveedores y una estructuración y diferenciación de los recursos del Fondo Único en Salud, estableciendo los recursos específicos para cada uno de los diferentes ítems; Atención Primaria Integral en Salud, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados, Servicios Especializados en Salud Ocupacional, control de enfermedades de Interés en Salud Pública, Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Laborales, Infraestructura y equipamiento en salud, Formación en salud y enfermedades raras o huérfanas, como lo presentó últimamente el nuevo proyecto contemplado con diferentes organizaciones, que se presentó en el día de ayer un proyecto ordinario.

Entonces amigos y amigas que nos acompañan en el día de hoy y Mesa Directiva, doctor Ballesteros muchas gracias a usted por la oportunidad que nos brinda y al señor Ministro por oírnos y decirnos a todos ustedes que en lo que respecta al Distrito Especial, nosotros estamos totalmente en contra de este proyecto, este es el proyecto más nefasto para las posibilidades de que el Estado comience nuevamente a dirigir la salud y le preste los servicios que necesita el pueblo colombiano y está reclamando; mientras el pueblo sale y marcha en contra de las EPS, en todos los sitios geográficos de este país, mientras le pide al Estado que se haga cargo de la salud de cada uno de los ciudadanos, en este proyecto no solamente le entregan nuevamente el Estado a los privados para que sigan haciendo el negocio y el derecho fundamental a la salud que el Gobierno Nacional y el señor Presidente dijo cuándo mencionaba en sus discursos diciendo claramente que no puede haber más mercaderes de la salud, aquí continuarán los mercaderes haciendo de lo suyo y el Estado cerrándose los ojos ante el dolor, la sangre y el sufrimiento del pueblo colombiano.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias, doctor Jaramillo, si fueran tan amables, el doctor Carlos Humberto y el doctor Guillermo Alfonso, de radicarnos en Secretaría la propuesta que se ha hecho visible. Sigue en el uso de la palabra el doctor German Guerrero, Secretario Departamental de Salud de Cundinamarca.

Secretario Departamental de Salud de Cundinamarca, doctor Germán Guerrero:

Buenos días, bueno, yo no soy un buen hablador, entonces voy a leer un texto, espero gastarme diez minutos y ser muy propositivo.

La Gobernación de Cundinamarca, dentro del seno de la Federación Nacional de Departamentos, reitera la necesidad de tramitar ante el legislativo una reforma estructural del sistema de salud colombiano, que permita solucionar los graves problemas que afronta la población colombiana, para acceder de una manera oportuna y con calidad a los servicios de salud. Por ello, apoyamos al Gobierno Nacional en su decisión de presentar un proyecto de reforma y su espíritu de lograr un consenso, con el fin de cumplir con un cambio de fondo.

Creemos que es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Fondo único para el manejo de los recursos. Consideramos oportuna la creación de la unidad de gestión Salud Mía, que facilitará el flujo y control de los recursos financieros y disminuye su fungibilidad al pasar por diferentes actores, como en la actualidad se está haciendo, pero no estamos de acuerdo de que se pierda el carácter público de los recursos al salir del fondo, porque se perderían, entre otras, la necesaria rendición de cuentas ante la sociedad, que los actores manejan estos recursos.

2. Gestores. Apoyamos la creación de los gestores, como un modulador, coordinador o articulador entre la fuente de financiamiento del sistema, en este caso el fondo de Salud Mía y los prestadores de servicios, porque sin ellos sería imposible controlar efectivamente todos los gastos generados en el país y Salud Mía no tendría la capacidad operativa para hacerlo. Hacemos las siguientes consideraciones y recomendaciones en la creación y funcionamiento de los gestores:

a) Es importante, para evitar que se perpetúe el funcionamiento perverso de las EPS y para esto los gestores no deben manejar los recursos, ni la UPC de ningún régimen y además no se les debe permitir ingresos adicionales, productos de excedentes financieros del ejercicio, porque es el principal estímulo al limitar el acceso a los servicios de la población.

b) No deben encargarse de la prestación de servicios de salud en ningún nivel de atención. Para mejorar la eficiencia del sistema, se debe especializar las fusiones de los agentes. En otros términos, se debe prohibir la integración vertical, porque además, la experiencia ha demostrado la disminución de la calidad en la prestación de los servicios, para mejorar la rentabilidad de los agentes que integran esta integración, perdón la redundancia.

c) Es necesario la realización de una auditoría de cuentas externa, no contratada por los gestores y así soluciona lo que estaba diciendo el doctor Arango.

d) No deben ser quienes conformen las redes de servicios de salud, estos solo deben realizar la labor de contratar con las redes que organicen en cada región o área de gestión sanitaria.

3. Tercer punto de recomendación. En las entidades territoriales, apoyamos que los departamentos y distritos puedan convertirse en gestores, con las mismas exigencias en el manejo de los recursos que los gestores privados, pero se les debe facilitar su formación con condiciones especiales, como mecanismo de hacer sinergia en los resultados del uso de los recursos e impactos en salud.

4. Salud pública. Actualmente la población está segmentada en términos de la intervención en actividades de salud pública y de promoción y prevención, por lo que las acciones no son costo-efectivas y los resultados graduales son escasos y con muchas brechas dentro de la misma población. Por lo que se requiere la unificación de los recursos, su asignación y operación, siendo necesario que se incluya en el proyecto que los departamentos, distritos y municipios capitales de departamentos, manejen y sean los responsables de la salud pública y de los planes de intervención colectiva en su territorio, como se llaman en la actualidad.

5. Redes integradas. En el proyecto se elimina lo avanzado en la conformación de redes integradas de servicios de salud, se elimina el artículo 16, como decía el doctor Arango, de la Ley 1122, por lo que se debe es mejorar la normatividad y no suprimirlas.

6. Contratación con red pública. Se pierde el mínimo obligatorio de la contratación con el régimen subsidiado que tiene la red pública, al suprimir el artículo 16 de la 1122 del 2007, con lo que queda a voluntad de los gestores su contratación y dificulta la supervivencia de las empresas sociales del Estado.

7. Auditoría. Debe existir una auditoría global del sistema, que no aparece en ninguna parte del articulado, con perspectiva de sociedad, que verifique los resultados, no solamente del fondo único de Salud Mía, sino de las relaciones entre los gestores con los prestadores de servicios de salud.

8. Población sin afiliar. El proyecto no define la afiliación al sistema de un grupo importante de la población, que en este momento las están asumiendo las entidades territoriales, pero si se les quita los recursos para ir a Salud Mía, quedan totalmente desprotegidos en la atención de salud. Se calcula entre dos o cuatro millones de personas en todo el país.

Las áreas de gestión sanitaria pueden generar tensión con las entidades territoriales, por lo que se pone a consideración un artículo nuevo, con lo que se trata de mejorar estas tensiones entre los gestores en las distintas áreas de gestión.

Reiteramos el compromiso de apoyar el cambio del sistema de salud y abiertos a los aportes y discusiones, para que del Congreso salgan las normas que se requieran con urgencia y darle una respuesta efectiva al clamor de la sociedad.

En resumen, nosotros le enviamos a las Comisiones Séptimas la propuesta concreta, en la cual se presenta una modificación a 22 artículos, el 3°, el 4°, el 10, el 12, el 17, el 18, el 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 52, 60, 63, 64 y 67. Se suprime el capítulo sexto con los seis artículos, del 37 al 42, donde se habla lo de medicina prepagada, consideramos que no es viable incluirlo, estas relaciones eminentemente de privados en una propuesta pública. Se incluye un capítulo nuevo de auditoría externa del sistema de salud con dos artículos.

Por último, mire, me preocupa una cosa, doctor Ballesteros, Comisión y señor Ministro, que el trámite de la ley estatutaria, que puede ser necesario, es necesario para el país, haga que no se tramite y no se discuta una ley estructural del sistema. Mire, nosotros a pesar de que decimos que es inviable el sistema, en el final del año son inviables también los hospitales públicos, el giro directo, el uso de las cuentas maestras, el aumento de la UPC no ha sido suficiente, el pago de las cuentas antiguas, las EPS, lo están pagando con la UPC actual, ¿eso qué genera en este momento?, se descompleta la UPC del año, de la vigencia 2013, entonces esto no tiene solución y hay que darle una respuesta, como Estado, a los problemas de salud de la población, porque, no nos digamos mentiras, la ley Estatutaria no va a solucionar este problema, un problema de administración del sistema y yo no estoy de acuerdo

que hagamos una crisis total, para ahí si responderle a la sociedad con una propuesta de reforma que cambie totalmente el sistema de salud.

Hay problemas que no se tocan nunca en el proyecto, como las deudas de las EPS ¿Cómo se va a pagar?, ¿Quedará para posteriormente definir que los? Uno debe ser atendido en un sistema de salud por ser ciudadano colombiano, aquí se perpetúa los dos regímenes, ahí no tiene solución y por lo que discutíamos con el Ministro, requería una Reforma Tributaria nueva, que es inviable en este momento, porque ya pasó recientemente la Reforma. Son temas que no se discuten, ¿Cómo vamos a hacer para que lleguen los médicos a provincia?, ¿Cómo vamos a hacer el tema de la formación de recurso humano en el país?, lo de investigación y tecnología, como lo que decía Guillermo.

Bueno, creo que no me gasté los diez minutos. Muy amables.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, doctor Guerrero, continúa con el uso de la palabra el doctor Julio Alberto Rincón, de la Federación de Municipios, Director de la Corporación de Secretarios de Municipios de Salud, el Secretario de Salud.

Director de la Corporación de Secretarios de Municipios de Salud, doctor Julio Alberto Rincón:

Buenos días, ya casi tardes, señor doctor Ballesteros, honorables Senadores, doctora Teresita, doctora Wilches, todos, gente del sector.

Nosotros no contamos, no sé si la presentación es posible presentarla, correcto, ahí se logra ver algo, bueno.

Realmente nosotros antes que empezar a decir sobre articulado concreto del proyecto de ley radicado por el Gobierno Nacional, el cual fue anunciado previamente ante la prensa nacional, con algunas cosas que después en la ley no se vieron, en el proyecto no se vieron luego. El tema de acabar las EPS, que fue un tema que tuvo mucha prensa, con la radio, con *Caracol* y una cantidad de situaciones que uno dice, bueno. Antes de empezar con eso sí queremos llamar la atención, como Federación Colombiana de Municipios, como municipios colombianos, y partimos de una frase; no pretendamos que las cosas cambien si seguimos haciendo lo mismo, gracias a Albert Einstein.

Nosotros proponemos una reforma que transforme el sistema actual, basado en el negocio de la administración y el flujo de los recursos, hacia un sistema productor de institucionalidad pública, que dé acceso y mejora de salud a los colombianos. Realmente tenemos que hacernos una reflexión, o hemos sido muy tontos nosotros y que hemos fracasado, hemos venido al Congreso de la República, que ha sido en cierta forma generoso en darnos leyes; la primera fue en el 2004, cuando empezamos la 152, que después de dos años se hundió, que conversamos y revisando presenta-

ciones de esa fecha y a la de hoy, simplemente lo que veo es que las cosas se han complicado más. Les podría poner la presentación del 2004 y sería la misma, y después el 2007 con la 1122, y cuando pusimos que indicadores de salud, iba a ser como el parámetro para medir el sistema. Dijimos ahora sí, y tampoco paso, 2011, 2010.

Recién posesionado el Presidente Santos, le metimos otra reforma, 1438 y dijimos ahora sí y tampoco, y le metemos remiendos, yo fui miembro del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, e hicimos cuatrocientos diez y seis (416) acuerdos, para no hablar de decretos, que son cientos y cientos, y por eso cuando la gente llega nueva al sector, yo digo, tiene que ser gente muy, muy inteligente, trate de entender este sector, cuando uno lleva quince años y no ha podido de entenderlo a veces. Definitivamente yo creo en que nos equivocamos, en la generación de leyes o en la implementación y desarrollo de las leyes, porque esas leyes quedaron ahí, esos sueños que invocamos y que el Senado de la República nos respaldó, el 2007, 2011 se quedaron ahí; atención primaria en salud, redes integrales, y la organización, pero parece que ahí no es la cosa, yo realmente el año pasado en Cali con el propio Senado de la República, Comisión Séptima, decíamos es un problema de leyes, es un problema que hagamos cumplir lo que hay, una cantidad de gentes, se metieron a hacer cosas y no hubo control, aquí lo que ha fallado es el Estado, creo que lo que ha faltado grandemente ha sido el Estado, para coger a quienes en un momento dado, atraparon, capturaron el sector y se beneficiaron y cogieron a exprimirlo.

Frente al proyecto de ley uno podría decir que el documento diagnóstico no podría discutir con el diagnóstico, lo compartimos gran parte, falta profundizar las causas, pero es un documento de diagnóstico, está muy bien construido. Lo que pasa es que después cuando uno ve la propuesta no es tan coherente con el documento diagnóstico. Pero yo no puedo así, por ejemplo, aceptamos el aseguramiento creció obviamente, tenemos alta cobertura supuestamente en aseguramiento, tanto en zona rural, como urbana, que el gasto de auxilio bajó, que crecieron servicios de salud para alto costo, realmente necesitamos esto, la gente antes de esto, quien tenía un cáncer o un problema renal, definitivamente era ruinoso, se arruina la familia y después se moría. En eso avanzamos, pero también creemos que el diagnóstico tampoco es por efecto de las EPS, esto, aumentamos gasto en 3.47% del PIB, es que le metimos una cantidad de recursos importantes, entonces hay que mirar que efectivamente sí logramos eso, nosotros sí sentimos que la sociedad colombiana se ha hecho un esfuerzo muy grande en meterle recurso al sistema, hay que reconocer eso, esos avances, desafortunadamente los resultados no son del mismo calibre.

Cuando el Ministerio dice que ha sido débil, sí, el Ministerio ha sido débil en su rectoría y conjuntamente con la Supersalud, le ha faltado capacidad

para controlar un sistema que se hizo complejo, permitiendo la sustracción de los recursos del sistema, productos económicos legales e ilegales, porque no solamente son grupos económicos legales, también ilegales ahí.

Matizado, una de las grandes causas de la situación es, la baja capacidad del Estado a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda y Supersalud, acabo de enterrar un (**palabra ininteligible**) a la CRES, que reemplazó el Consejo, era también no se incentivó la salvación, y (ininteligible....) y aquí esta Comisión muchas veces citaron aquí a la CRES, y sabe quién venía, un comisionado, que no representaba a nadie, pero el Presidente de la CRES nunca vino a rendir cuentas de la CRES y al Ministro, doctor Gaviria usted no le tocó, pero el Ministro, mucho, sí la CRES fracasó, fracasó el Ministerio de Salud.

Fosyga, el Fosyga con el tema, que qué corrupción y todo, sí, pero es que Fosyga es una fiducia, y cumplía órdenes, ¿de quién?, Ministerio, Supersalud, la debilidad, miren a Supersalud en la 1122, se le dieron herramientas, un capítulo íntegro para herramientas y plata, creemos la tasa, todo eso.

En la 1438, otra herramientas, hoy vuelve otros diez (10) artículos, el problema será de normas o será de que tenemos capacidad como Estado, de efectivamente ejercer esa legalización de Estado de vigilar y controlar, saquemos otra norma.

Por eso a nosotros nos preocupa en esto, cosas como las siguientes, el diagnóstico, las EPS con contadas excepciones ya que no cumplieron su papel que le dieron de gestor, ahora le llama gestor, perdón de gestión de riesgo, de agente del afiliado, de organizador de redes, sabe cuándo los (palabra ininteligible) no había servicios que hacían, pues se robaban la plata, nunca se preocuparon de ver como montaban el servicio allá, porque es que si menos servicios hay, menos hay que pagar. Entonces realmente yo no entendería, yo defendí en una época 2004, 2007, defendí mucho el tema del asegurador y el tema de la ley del mercado, Carlos Humberto, definitivamente el mercado mostró que tiene otro interés, a menor servicio de salud, más utilidad, a más negación más utilidad, la tutela que lo hablamos tanto tiempo, desde el 98 el pueblo dice 60% servicio incluido en POS, cuánto han sido sancionados por eso, si les pagamos, y todavía falta una cuenta que no para el diagnóstico, señor Ministro, es la explicación, en todas la insuficiencia de UPC del año 2005 a 2010 publicado por el Ministerio de Salud, muy bien publicado, dice que el gasto en salud quedó en el 89, 90%, la cuenta de aporte que si es por declaración eso, o sea que ha sido suficiente, entonces uno diría bueno, si es suficiente por qué está tan envainada, por qué tiene una cantidad de cuentas por pagar; hasta el año 2011 excusaban que los municipios debían una cantidad de plata, 2012 con la 1608, y una cantidad de normas 1080 y todo eso, se demostró que no es una suma abombada, pero qué hueco hay, y hoy deben una cantidad de plata al sistema, enton-

ces no han cumplido el papel, no lo han cumplido, han hecho algunas, con algunas excepciones interesantes han hecho cosas, pero no cumplen el papel, no han gestionado la salud, no han representado al afiliado, le deben al sistema, entonces ahora las convertimos, las premiamos, las volvemos gestoras, antes pasamos de ARS, EPS ahora a Gestoras, pero en el fondo afortunadamente siguen siendo lo mismo.

Los municipios efectivamente, nosotros tuvimos baja capacidad para actuar también, hubo competencia en los más pequeños, ahora habíamos, lástima que no pueda proyectar el tema del mapa, ni que necesitaba mayor apoyo, sabe qué pasa además, siempre nos prohibieron gastar en la gestión de eso, en el 2007 logramos un PIB por allá del 0.4% y hay que contratarlo, obviamente algún día fueron capturados por ahí por la corrupción, lo aceptamos, sí señor, pero también fueron capturados por grupos armados, lo aceptamos también, pero si nosotros fuéramos a que cuando se presente un brote de corrupción en cualquier parte lo cerramos, empezamos cerrando la Presidencia de la República y empezamos con el correo de la República y cerramos los Ministerios, y acabamos los municipios y el Estado lo cerramos.

Los hospitales, que hemos pasado los servicios de salud, han crecido sobre todo los altamente rentables, unidades de cuidados intensivos, renales, todo eso ha crecido; sin embargo, en un mapa que presenta, señor Ministro, sus posiciones, muestra un mapa que es, lástima que no esté proyectado, que muestra el mapa de Colombia, allá está se ve ahí, en blanco están los municipios en donde hay oferta de servicios integrales y suficiente y a medida que se vuelve verde, verde, verde, no hay nada, baja los servicios de salud, por favor la siguiente ya que volvió la luz al escenario, yo tengo una gráfica que muestro, igual que no aparece ahí, bueno ahí, no se ve tampoco, imagínensela, en Colombia tenemos 1103 municipios donde hay medicina general en todas partes, y odontólogos, sabe en cuántos municipios hay rayos X, en el país, en 499 municipios, nos gastamos una cantidad de plata estos años, ah claro, si no prestan el servicio uno ahorra, ese es el problema, cuando lucra surge de control de gasto, si yo niego el servicio me ahorro, y si está con cáncer y espero un ratito, lo muevo y lo muevo ahí y se muere, pues lástima, entonces me ahorré el tratamiento.

¿Saben en cuántos municipios hay rayos X de odontología?, en 602 municipios, ¿sabe cuánto vale un rayo x en odontología?, siete millones (\$7.000.000) y es muy importante el tratamiento, ¿saben en cuántos municipios hay pediatras? Después de tres años de igualar planes de beneficios de menores de 18 años, entre 330 municipios hay pediatra, y ya dimos la plata hace tres (3) años, yo no he visto que haya habido con este plan de servicios 2009, 2012, en más de 18 años, incremento de servicios, no lo he visto, no lo han mostrado, yo pienso que en el Ministerio pues deben tenerla con

seguridad, pero no hemos visto eso, con seguridad ha sucedido, pues espero yo; medicina interna 283 municipios, y así, servicio no hay, como vio el mapa, y hay una gráfica muy interesante que también le vi al señor Ministro de presentación, que me gustó mucho, en la gráfica, en la cual se manifiesta, la preocupación del Ministerio por la alta incidencia de cáncer de mama y dice Antioquia, Risaralda, el Eje Cafetero, Valle, claro muy preocupante tanto cáncer de mama, si saben una cosa, porque no hay cáncer de mama en chocó, porque no hay diagnóstico y no hay médicos, no hay tratamiento y obviamente esa gente se muere en el anonimato del sistema de salud, allá debe haber también de eso, es que no hay diagnóstico.

Y por último, esta parte, porque nuestro estos municipios, porque es que hablo en nombre de los municipios, nosotros tenemos doctor Ballesteros, solamente 109 ciudades mayores de 50 mil habitantes, tenemos 632 municipios menores de 15 mil habitantes, esto es Colombia, en donde esos municipios ocupan el territorio nacional, en esos obviamente apenas viven 18 millones de colombianos, cuando uno mira rayos X, el acceso a los servicios de rayos X, encuentra que en municipios pequeños por cada mil consultas hay 14 imágenes diagnósticas en los municipios pequeños, en las grandes ciudades hay 179 mil consultas, entonces la gente allá está sana, entonces no necesitan rayos X, igual para el laboratorio, por cada 1000 consultas en pequeños municipios, ocurren 655 laboratorios, y en los municipios grandes, por cada 1000 consultas 1447, hay es barreras reales, bueno vamos ya entonces, la trampa de la corrupción, han oído hablar de la trampa de corrupción, corrupción y riesgo en todas partes, no creamos que el hecho de estar en Presidencia de la República, allá no puede ocurrir corrupción, allá también hay riesgos y una sola es más costosa que la de 15 municipios o 5 municipios, o sea riesgos ocurren en todas partes.

La diferencia en corrupción entre privado y público es una sola, si el doctor Jaramillo tiene un problema en Bogotá, yo sé quién es el doctor Jaramillo, está nombrado, rinde cuentas, tiene Procuraduría, y tiene como siete (7) guías encima, lo están visualizando, sus actos son públicos, y si lo hace por debajo se entera uno después, en lo privado, no, no, eso no, entonces hay diferencia, bueno nosotros sí pensamos que a esto hay que meterle democracia y Estado, que dicen entonces los alcaldes reunidos en varios concejos y regionalmente dicen, hombre nosotros sí, realmente sí creemos que hay que garantizar un servicio de salud, aseguramiento, persona individualizada, que la gente sí siente que tiene un derecho, a veces pues no sea el servicio, pero sí siente la gente como una ganancia, así sea en alto costo, después de barreras procede, cierto.

Lo segundo, decidimos formar un pacto político y social, doctor Ballesteros, hay que promover un pacto político entre la sociedad colombiana que

definamos qué queremos y cómo funciona esto, esto va más allá, el tema de sector salud, un tema, un pilar fundamental del Estado, no es, trasciende muchas cosas, es una garantía, tacto político, debemos hablar de qué queremos y cómo lo blindamos, y cómo esa corrupción que para todas partes, posible, lo blindamos de ella misma, creemos que hay que crear institucionalidad nacional y regional y territorial, institucionalidad, visible, con participación democrática, que participemos, nacional, obviamente tiene que estar el Ministerio, porque tienen que estar también los departamentos y municipios, porque cuando uno entra al tema de Salud Mía, (ininteligible) la base, que en este momento hay que centrarlo, hay que hacer una parte en que todo el mundo trabaja sobre ella, todavía hoy, hoy hay multiafilados, todavía hoy cobramos, gente colocando el dígito, cambiando el nombre, ojalá esos datos que no hemos dicho en este escenario muchas veces, sea sobre la base de datos de Registraduría Nacional del Estado Civil, y nadie pueda tocar la identidad de nadie, para evitar esa cosa, si creemos que tiene que ser una base de datos nacional como base para todos, pero Salud Mía, es temerariamente centralista, nosotros como municipios no estamos de acuerdo ni aceptamos que después de tantos logros del país en (ininteligible), ahora señor Ministro, con una participación muy amplia, Salud, Hacienda y un delegado del Presidente, va a decir qué hacemos con la plata aquí en el país.

Salud Mía tiene que tener cosas interesantes en trazabilidad, todo eso, tiene órgano colegiado, en donde participemos todos, en donde haya peso y contrapesos, no podemos quedar al vaivén, hoy un buen Ministro, mañana no sabemos, **hemos tenido tres en este período; dos de Hacienda y un Delegado del Presidente, lo mismo, miremos peso y contrapesos, en donde definamos políticas, en donde garanticemos eso, Salud Mía, creemos que en un momento dado, mirar eso.**

Igualmente eso puede replicar en las regiones, el doctor Jaramillo me quitó el tema del ordenamiento territorial, el Caribe colombiano, voto por la región Caribe, cojamos la región Caribe, montemos allá un órgano público especializado en gestión de la salud, que además de gestionar el tema de la UPC y qué pago, que garantice que armemos redes, pueda invertir entre hospitales, que la gente acceda a servicios, en donde participe, no solamente tienen que participar gobernadores, incluyendo Ministerio, alcaldes, sociedad civil también, en cada región aparecerá quien, no a nombre de una organización, sino como alguien que participa y aporta, visible soy la luz, donde hay actas, porque otros organismos uno no ve actas por ningún lado, qué decidieron allá, no sabemos.

Entonces Salud Mía, yo creo que tiene bases importantes, pero hoy creemos que tiene que tener democracia y más visibilidad de eso y más participación de todos los actores.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Doctor Julio.

Director de la Corporación de Secretarios de Municipios de Salud, doctor Julio Alberto Rincón:

Ya voy a acabar doctor.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria:

Está emocionado.

Director de la Corporación de Secretarios de Municipios de Salud, doctor Julio Alberto Rincón:

Yo no me voy a quedar como el doctor Jaramillo, aquí, bueno, entonces el tema, nosotros, de los gestores, no lo vemos, pongámosle cualquier nombre, público especializado, hay que meterle Estado a esto, emocionalmente puede, organismos que tienen que montar, ya tienen que montar interventorías, no como un tema que alguien propone, cuando creamos un privado para administrar función pública, hablamos de dinero para administrar, y cuando creamos el público no le damos dinero para administrar, entonces eso es por allá, mejor dicho escarbando los calzones a ver quién le da algo, no, no el mismo gestor tiene que recibir recursos para montar todo lo que es la gestión de recursos y el aseguramiento, y la salud y todo eso y redes integrales.

Yo insisto mucho en peso y contrapeso, porque como Gobernadores dice y muchos alcaldes dicen, como los obligamos, a nosotros mismos, no podemos quedar al vaivén político de cada elección, hay que darle estabilidad al sector salud, pero la visibilidad es importante, rendimos cuentas, yo no he visto los privados rindiendo cuentas, los defendí en una época, pero cada vez que me entero más, por dentro veo qué estaba apoyando y de dónde vienen.

Bueno qué funciones tendría ese organismo, todo el tema parecido de lo que no hicieron las EPS pero además invertir y activar servicios, estoy de acuerdo doctor Jaramillo y Carlos Humberto, hay que garantizar un mínimo de servicios a los ciudadanos cerca de sus municipios y su residencia, un mínimo con tecnologías y recurso humano y el subsidio de oferta hay que rescatarlo para muchas zonas del país.

Plan de beneficios, lista negativa, a mí la lista negativa me preocupa mucho, porque imagínese la lista debe ser dos biblias, mayor cantidad de directorio telefónico, yo le hago una pregunta, ustedes ponen suentuario y ponen una lista negativa, pero en vacuna hay por ejemplo como quinientas vacunas, entonces las que no nombra ahí quedan adentro, entonces hay una negativa, pero hay un tema también por patología, hay muchas cosas, yo veo que ni una ni otra sale, porque hay un tema que casi nunca, da pereza tocarlo, porque veo que tocamos muchos peros, y el tema de desarrollo de la luz es un tema de autonomía médica, aquí muchos

somos médicos, yo la última vez que propuse en el Senado de la República eso, después se me vino la gente de la sociedad científica y me van a pegar, entonces me dijeron no gracias por decir, pero nosotros podemos decirlo, la autonomía médica no puede ser tampoco un tema maquinista de que porque yo tengo el título de médico puedo ordenar lo que quiera, no, hay unos protocolos, unas guías, viene a bajar la evidencia, y uno tiene que pegarse a eso también, la política de medicamentos, cita medicamentos, tutelas fue la mejor forma de comercializar también con complicidad de muchos, complicidad del propio Ministerio, porque en el 2005 dijimos se está disparando estos recobros y están cobrando un medicamento a diez (10) pesos, aquí están cobrando a cien (100), Ministro cómo es eso, pagamos diferentes precios, diferencia tan grande la misma cosa, hay ahí algo raro ahí, y no hicimos nada, permitimos, permitimos, entonces la gente dijo aquí hay fiesta hagámosle metámosle facturas a esto.

Y por último el tema de facturación, señores, definitivamente al municipio Abriaquí, que tiene dos médicos, un odontólogo, una enfermera, ponerlo a que tenga doce facturadores, tres para responder glosas, es un absurdo; entonces hay más gente facturando y poniendo glosas, que médicos, odontólogos y especialistas, hay que pegarle un golpe mortal a la facturación, a esos hospitales, hay que decir que necesitamos allá, diez mil habitantes, necesitamos esto y esto, estos servicios, cuánto vale eso, tome la plata, y los auditores se dedican a revisar que atiendan a la gente bien, que cumplan glosas y si además ese hospital tiene unos resultados en salud, démosle un plus adicional por los resultados en salud; entonces no por ahorros, no, que la gente atendía bien, que los viáticos no se complican, que no remitan a todo el mundo a la capital, pero además hay que fortalecer médico general, sin este sistema no tenemos médicos generales, ni odontólogos o enfermeras, el sistema no es viable, cada día la morbilidad mundial, de manera que nosotros nos volvemos más viejitos, quienes estamos entrando a la cuarta edad, esa, cada día más costosos, necesitamos resolver cosas e ir preventivos, porque el órgano colegiado departamental es tan importante, y para tocar el tema de lo público con punto final, es la forma en que ese órgano colegiado departamental o supra departamental como región Caribe, ahí vamos a poder hablar de política no pública, articulamos el aseguramiento con salud pública, podemos decir alcalde qué está pasando con su municipio que su agua está jodida y mire cómo está la población, venga pues articulamos eso, podemos generar ahí eso, no vemos eso de lado de la Secretaría de Salud Departamental, lo vemos un órgano donde participemos todos, que participe el gobernador, la ciudad capital, los municipios; insisto la sociedad civil, y ahí articulamos la política con salud pública.

Entonces yo sé que es un abre bocas, la discusión apenas empieza, pero creemos que, yo definitivamente ya no creo en que el sector salud, la

vía al mercado netamente y ver como ahorro, y el ahorro genera beneficios es viable, el sector salud, por sobre todo porque es que el paciente que es el cliente directo no tiene criterio para decir atiéndame bien, sino saben ni qué le están mandando, él simplemente se somete; entonces yo sí creo que hay que meterle a esto Estado, la oportunidad de esta reforma, lo bueno de esta reforma es que abrió la discusión, la discusión de qué queremos como país, y yo creo, mire aquí hay muchos ya tenemos la edad suficiente para decir esa reforma no nos va a tocar, no podemos opinar o ya no estamos en ese lado, tratemos de hacerla bien, estamos de cierta forma, ahí alguien, peleando por algo para nosotros, estaba peleando porque este país tenga institucionalidad, la que perdió en minería, la que perdió por zonas violentas, todo eso, institucionalidad, para recuperar la gobernanza y el Estado Colombiano. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Julio Alberto Rincón, quiero anotarle a la audiencia que hay en este recinto quórum decisorio de la Comisión Séptima, con la presencia de los Senadores Astrid Sánchez, Guillermo Santos, Antonio Correa, Teresita García, Claudia Wilches, Germán Carlosama, Mauricio Ospina, Senador Delgado y con este servidor como Presidente.

Hay dos personas más inscritas, la doctora Lida Mariana González de la Defensoría del Pueblo, y la doctora Ana María Álvarez, Secretaria de Salud de la Gobernación de Bolívar, de no estar presente entonces tiene la palabra para cerrar esta audiencia el señor Ministro de la Salud, doctor Alejandro Gaviria.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria:

Bueno, muy buenos días, ya casi tardes para todos, gracias Presidente Ballesteros, complacido con el quórum decisorio de la Comisión Séptima, con el compromiso de la comisión, de discutir esta ley como toca, gracias a quienes intervinieron, por los comentarios que nos van ayudar a tomar las mejores decisiones y quisiera comenzar precisamente por eso.

Por la invitación, como lo he hecho desde el comienzo a que esta ley sea una construcción colectiva, estoy convencido de que la salud, eso es uno de esos pilares de la democracia moderna, y que este tipo de construcciones sino son legítimas no terminan teniendo un efecto, yo creo que el país aprendió una lección duradera por allá años 2009 y 2010 con la fallida emergencia económica, que promovió el entonces Presidente Uribe, donde trató de hacerse dijéramos una reforma estructural al sistema de salud, los asuntos de fondo quedaron perdidos en la historia, pero la forma como trató de hacerse un poco por decretos de emergencia, podríamos decir sin una deliberación pública nutrida, terminó echando al traste este esfuerzo o ese esfuerzo reformista; esto lo tenemos que discutir

entre todos, todos los días, tenemos que confrontar nuestras opiniones, vamos a estar con el Presidente Ballesteros y los Senadores por todo el país, tenemos programadas doce audiencias públicas.

Decidimos y en eso acogimos la sugerencia que nos hicieron tanto el Senador Ballesteros como el Representante Rafael Romero, que esto no tuviera mensaje de urgencia, no lo puede tener, vamos a discutir esta reforma y estoy seguro de que con la ayuda de todos lo vamos a mejorar, aquí el doctor Juan Carlos dice que no, doctor Juan Carlos hay que hacerlo así y hay un sentido de urgencia que entendemos bien y hay cosas que tenemos que hacer mientras se aprueba la reforma, pero tenemos que construir una reforma legítima, ese punto es el primero que quiero hacer.

El segundo punto, sí se quiere doctor Jaramillo y todos, yo quisiera plantear la siguiente distinción, todos aquí, creo que todos sin excepción compartimos los objetivos, los fines son los mismos, todos queremos una consolidación de ese derecho fundamental a la salud, nuestras grandes diferencias no están en los objetivos, yo no voy a entrar en juego de las suspicacias ni en un juego inocuo de decir quién tiene buenas o malas intenciones, voy a asumir la buena fe de todos en este proceso; por eso no creo que este debate, deba ser un debate si alguien está defendiendo lo privado o lo público o no, vamos a tener una discusión que es difícil sobre cuáles son los medios más eficaces o más propicios de alcanzar ese objetivo comparado por todos.

Si uno empieza a dudar de las intenciones del otro, yo creo que caemos en el juego de los agravios y no vamos a hacer eso, yo lo digo enfáticamente, yo no defiendo ningún interés particular ni estoy aquí defendiendo el mercado de las EPS, ni siquiera una visión del cambio social que privilegia las ganancias, no; este es un tema difícil, complejo, que ninguna sociedad del mundo ha sido capaz de resolver plenamente y voy a poner algunas ideas sobre la mesa que demuestran, creo yo, esa complejidad y tenemos doctor Arango, por ejemplo muchos acuerdos y creo que rápidamente podemos ir convergiendo en una visión de qué es lo que necesitamos hacer, pero si aquí llevamos esta discusión a ese pantanero ideológico de que unos están de lado del mercado y otros del Estado, simplemente este señor aquí defiende a los mercaderes de la salud, mientras otros por allá sí defienden la gente, nos vamos a quedar simplemente en intercambios de epítetos que no llevan absolutamente a nada; entonces la invitación es a proponer, y a dejar de lado un poco una demagogia paralizante, necesitamos propuestas, necesitamos avanzar y vuelvo y repito esto no es fácil.

Empiezo con la propuesta a los Gobernadores donde hay algunos elementos importantes, entonces dicen ustedes tres cosas y resumo, y ojalá lo logre resumir bien, yo intento caracterizar los argumentos, ni mucho menos. Hay una primera preocupación creo yo, sobre el alcance de la reforma,

ustedes dicen de pronto necesitamos una reforma que vaya un poco más allá, que no simplemente redefina el sistema, sino que cambie algunos de sus elementos estructurales, y mencionan tres (3) aspectos dentro de la propuesta:

1. Atención primaria en salud, que debe estar en el eje de cualquier reforma.

2. Dicen que deben desaparecer los incentivos para capturar rentas en cualquier escenario de propuesta.

3. Y hablan también de la necesidad de fortalecer los temas de salud pública, de evitar algunas de las fragmentaciones y de incentivar el tema de la gestión de riesgos en salud.

Yo creo que el doctor Arango, tímidamente en su presentación dio en el clavo de la complejidad de lo que estamos haciendo, y él dijo lo siguiente, y quiero plantearla de manera clara; primero nosotros no queremos engañar a nadie, ni las gestoras son una forma de cambiarle la cara a las EPS, quiero que pensemos un poco en los incentivos que son radicalmente distintos en este modelo y cómo los vamos a mejorar y cómo vamos a ir ajustando la propuesta.

Usted habla de que los gestores deben ser eso, gestores de la población preocupados primordialmente en los resultados en salud de la población, eso lo compartimos, pero desafortunadamente los gestores, porque tienen que ser los gestores, yo creo que no puede ser el fondo arriba Salud Mía, tienen que tener otro incentivo superpuesto a este primero, tienen también que cuidar los recursos, porque alguien tiene que hacerlo, y usted lo dice bien, sino existe ese incentivo lo que va a pasar es que, por ejemplo en un simple administrador es que van a llegar las facturas, él simplemente las avala y se las manda al fondo, y podemos tener rápidamente una colusión entre los prestadores y los gestores convertidos simplemente en administradores, los dos se ponen simplemente de acuerdo ¿para qué?, para pasarle la cuenta al Estado, no estoy hablando de una ficción, estoy hablando de algo que ya pasó en Colombia con el tema de los recobros, esos eran exactamente los incentivos que dimos, y pasaron de cien mil millones a dos billones de pesos y usted doctor Rincón, lo dice bien.

Entonces desafortunadamente en cualquier diseño institucional que queramos proponer vamos a necesitar ese elemento de los resultados en salud, pero también algún incentivo para cuidar los recursos, y como tiene que ser el incentivo de cuidar los recursos, convertirlos en algunos, yo los llamo compradores inteligentes de servicios de salud, lo podemos mejorar, pero sí uno, alguna gente que haga esa labor de articulación, y yo creo que aquí casi todos, no todos pero casi todos estamos de acuerdo en dos cosas, en el modelo de aseguramiento y en la existencia de ese gente articulador, si le queremos dar algún incentivo para que cuide los recursos, tenemos que decirle entonces de esa platica que usted cuida de pronto se puede quedar con una parte, eso es todo el tema del excedente,

y allí hay una gran dificultad, y una dificultad que tenemos que afinar, y ustedes proponen auditorías externas, estamos de acuerdo.

Hay un tema que ha surgido porque ese agente diseñado de esta manera por ejemplo con la integración vertical, pude hacer que las cuentas sean menos claras, también estamos de acuerdo, a mí ya me tiene usted casi convencido doctor Guerrero, eliminemos la integración vertical y no hay ningún tipo de integración vertical entonces, y así las cosas pueden ser mucho más claras y expeditas, pero yo quiero que entendamos todos la complejidad, y que más allá de la retórica queda un diseño institucional que es difícil de hacer y que cualquier agente que uno tenga articulador en la mitad, tiene que tener esa doble camiseta, la camiseta de ser un representante de la gente ante el sistema, ante los prestadores si se quiere producir buenos resultados en salud, pero de tener algún incentivo también para cuidar los recursos, y eso lo tenemos que aprender a hacer y lo podemos seguir mejorando, creo que tarde o temprano con la información que vamos a tener en Salud Mía, vamos a tener primero, precios de referencia que nos va a permitir ser mucho más eficientes y en algún momento vamos a tener un tarifario que va a eliminar muchos de esos incentivos, a capturar rentas, así podemos ir mejorando estos agentes articuladores; porque yo lo digo con respecto, doctor Jaramillo, usted tiene muchas críticas, pero pocas propuestas, la única propuesta es deme la plata, y si me da la plata, pasamos del mundo corrupto actual a un mundo mágico en donde todo se soluciona, el realismo mágico dicen hoy en día por ahí en la publicidad.

Este es un tema difícil, vuelvo y repito y lo que proponemos nosotros es en el fondo un esquema general flexible para, doctor Rincón, como usted bien dice, usted hace una diferenciación, yo lo interpreto como académico, la siguiente, las leyes pueden definir los incentivos, pero la construcción de instituciones y capacidades estatales es una labor de todos, de todos los días, se necesita algo de confianza también, todo lo que proponemos aun crean, lleva unos incentivos correctos para que no se capturen rentas, para que se propendan por buenos resultados de la población, pero la labor ingente que nos esperan a todos, todos los días, es construir esas capacidades estatales y construir esas buenas instituciones, para que no siga pasando lo que usted dice que ha pasado, y es que aprobamos leyes muy bonitas pero en el fondo sin los incentivos y sin las capacidades, quedan chuecas.

Entonces, yo creo que entender esa primera parte, y esa complejidad, como tratar de acertarle a unos incentivos que recuperen ese sentido virtuoso si se quiere el modelo de aseguramiento, porque yo creo que el modelo de aseguramiento es el modelo que de alguna manera materializa el derecho a la salud, el modelo anterior donde simplemente uno le pasaba los recursos a unos hospitales públicos, unos buenos, otros malos, otros regulares como siempre, pero donde una persona no estaba

de alguna manera empoderada en el derecho, no tenía un plan de aseguramiento, un plan de beneficios que era su derecho, tocaba la puerta y simplemente dependían que si por caridad se la abrían o no se la abrían, y crea doctor Jaramillo, Colombia no quiere volver a ese pasado, a pesar de que usted lo diga, no queremos y vaya quítenle el carnet del Sisbén a un colombiano, a pesar de las dificultades de acceso, a pesar de todos los problemas esa ha sido la ganancia social más grande de este país en la última generación y los resultados así lo muestran, creo yo con claridad, a pesar de todos los problemas que son muchos y que queremos solucionar con esta reforma.

Paso por ejemplo a aspectos puntuales, doctor Arango, atención primaria en salud, coincidimos en todo lo que usted dice, tal vez cometimos un error, que si se quiere un error de forma en la ley, nosotros dijimos lo siguiente, cuando las normas sean suficientes, cuando las leyes que hoy tenemos permitan hacer las cosas no las vamos a reiterar en esta ley, y creemos que con lo que dice la 1438, con atención primaria en salud es suficiente, y lo creo yo, y yo creo que lo creen mis compañeros del Ministerio, porque lo hemos visto actuar, si usted va a Barranquilla, se va a encontrar la atención primaria en salud como usted lo describió aquí, no dependiendo de las EPS, no dependiendo de los gestores, sino como un brazo adicional de la red pública, en este caso de los hospitales de primer nivel, con centros de salud y que básicamente las EPS allá en Barranquilla lo tiene que incorporar y hacer parte de su modelo de gestión. En Manizales están haciendo algo parecido, doctor Jaramillo se está intentando algo aquí en Bogotá, lo que tenemos que hacer y ahí está el gran reto, es que sean los recursos del sistema y no recursos aparte al sistema los que financien la atención primaria en salud y eso ya lo hizo Barranquilla.

Y mi propuesta a todos, es si necesitamos nuevas normas, si necesitamos afinar lo que tenemos podemos tener un capítulo de atención primaria en salud, pero doctor Rincón, es más un aspecto de construir capacidades que de tener leyes, todos vivimos en Colombia, tenemos ciertos santandereanismo en nuestro ADN, y creemos que mencionando la atención primaria en salud vamos a mejorar las cosas, no, a veces toca simplemente hacer, no legislar, a veces hay un fetiche legislativo dijéramos en todos, y yo creo que la atención primaria puede funcionar y puede funcionar relativamente bien con lo que tenemos hoy en nuestra normatividad.

Quiero decir rápidamente, quiero plantearles, porque la reforma no es simplemente un cambio de nombre a la institución actual, y como los incentivos se están transformando de manera sustancial y como esta es una reforma que está siendo propuesta, sustantivas y no simplemente propuestas adjetivas, y empiezo rápidamente con el tema de Salud Mía: Salud Mía tiene funciones muy distintas como está concebida en esta norma, está recau-

dando las contribuciones, pusimos esa ley allí simplemente por conservadores, porque nos da miedo que en los dos años del periodo de transición seamos capaces de construir todas las capacidades de recaudo de Salud Mía y que le vamos a tener que pedir ayuda a los gestores y si no está plasmada esa facilidad en la norma, los gestores no lo van a hacer, pero el espíritu es que simplemente Salud Mía realice todo el recaudo, toda la afiliación, todo el giro directo a los hospitales públicos y privados de este país.

Y cuando hablamos de reaseguro, estamos concibiendo un mecanismo de compensación Expos si se quiere, que no va a permitir que los incentivos sean más a la gestión de riesgo y no tanto a la selección de riesgos como ocurre muchas veces en la competencia entre pagadores, porque el uno por ciento (1%) de los pacientes o afiliados aplica los cuarenta o cincuenta por ciento (50%) del gasto; pero aquí hay un cambio sustancial, tan sustancial que la crítica de muchos de mis colegas economistas ha sido que estamos creando un monstruo estatal inmanejable, tenemos retos de implementación, tenemos retos de gobierno corporativo y tenemos retos, si se quiere, de hacerlos más participativos, pero doctor Rincón, esto no es centralismo, yo soy un defensor de la descentralización, los recursos de los municipios y departamentos conservan la titularidad regional, nosotros no podemos modificar el Sistema General de Participaciones, ni podemos cambiar la Constitución, simplemente queremos darle una coherencia a los recursos, el destino de los recursos es el destino que da la ley, es simplemente para la salud de la gente, que centralismo es simplemente poner todos los recursos, borrar si se quiere algunas de esas fronteras antipáticas entre el régimen subsidiado y contributivo y asignarle a los recursos, a las regiones según la población.

Participación de las regiones, puede haber en la junta directiva, podemos cambiar, podemos tener un Gobierno corporativo distinto, pero las demandas comienzan a ser contradictorias, uno quiere dijéramos un uso más expedito de los recursos, pero qué es lo centralista que hay aquí, es como decir, que es centralismo que el Ministerio de Hacienda tenga una tesorería, los recursos tienen que estar en la primera instancia en alguna parte, pero no hay ninguna intromisión en los temas regionales, ni se están centralizando los recursos por ejemplo la salud pública para nada, ni va a ser el Ministerio el que va a decir en qué se lo gastan. Queremos con el plan nacional sentarnos a tener una conversación productiva en las regiones sobre cuáles son esas prioridades.

Segundo punto, mi plan, yo creo que aquí ya hay cambios fundamentales de fondo también, la forma como se define, la cobertura es mucho más amplia, la forma como se eliminan las zonas grises, como se elimina buena parte del No Pos, como se pueden eliminar también los cobros hacia el futuro y algo que el país no ha reconocido plenamente, y es que el Ministerio está siendo agresivo,

si se quiere en el tema de control de precios de medicamentos y de garantías en la competencia en el mercado de medicamentos.

Empezamos con los valores máximos de recobro, vamos a sacar en cuestión de semanas el primer decreto que controla los precios de los medicamentos según precios de referencia, está en estudio del Presidente y los sacaremos también en los próximos meses el decreto biotecnológico que crea condiciones de competencia, para los biotecnológicos, la reforma contempla algo parecido a la anuencia previa para el tema de patentes de medicamentos, esto es si la SIC quiere aprobar una nueva patente, tiene que pedirle un concepto al Ministerio de Salud y estamos acabando la Comisión de Precios de Medicamentos, para que no sea el Ministerio de Comercio, sino sea solamente el Ministerio de Salud quien defina la política de precios basados solamente en criterios de salud pública, y creemos que este tipo de políticas son necesarias para la implementación del nuevo plan de beneficios.

Aquí no hay temas simplemente cosméticos de cambio de nombre, aquí hay medidas que son pioneras en el mundo, como son el decreto, biotecnológicos, o como es el tema de controlar las patentes en temas de medicamentos, caricaturizar simplemente como un cambio de nombre, lo que estamos tratando de hacer, no contribuye a un debate eficaz de esta propuesta y en los gestores, le estamos diciendo como usted bien lo dice, doctor Arango, que sean gestores de la población y que logren buenos resultados en salud, eso es lo que queremos, pero como ya lo dije hace un rato, queremos que también cuiden los recursos y estamos dispuestos a sentarnos entre todos a entender esos incentivos, a hacer las cosas bien, a ver cómo podemos evitar esa negación de servicios, pero cómo garantizamos al mismo tiempo la sostenibilidad de nuestro sistema de salud; son objetivos que muchas veces riñen donde hay una tensión natural, un conflicto si se quiere, pero tenemos entre todos que buscar un diseño adecuado, hay muchas propuestas interesantes sobre la mesa.

Por último, hemos hecho propuestas para la reorganizaciones, los hospitales públicos, teníamos una propuesta de 14 o 15 artículos para la formalización de los trabajadores de la salud. Nuestra conversación con los sindicatos nos llevó a hacer lo que hicimos en el actual proyecto, proyecto 210, y es simplemente pedir facultades extraordinarias, porque quisimos, que con ellas podíamos tener una conversación, hemos hablado con los Senadores, vamos a compartir con ellos el trabajo previo que hicimos con el Ministerio de Trabajo y Salud Pública, el artículo que hay en la reforma lo conversamos hasta el último día con Anthoc, no es doctor Jaramillo, que nosotros estamos propendiendo aquí simplemente por una neoesclavitud, no, yo también me preocupo por la suerte de los trabajadores de la salud.

Pero usted lo sabe bien, personas que se dedican al día día de esto, y saben que si mañana irresponsablemente decidimos simplemente que todo el mundo o todos los trabajadores son trabajadores oficiales con puestos permanentes eso cuesta más de dos billones de pesos y vamos a tener la quiebra de nuestro sistema de salud, esta puede ser la próxima crisis de la salud, tenemos que hacer las cosas bien, con responsabilidad, y eso es lo que hemos planteado, crear una categoría distinta con algo de flexibilidad, sentarnos con los involucrados a tomar buenas decisiones; la propuesta nuestra la hemos valorado, creo que con seiscientos mil millones de pesos anuales, que harían parte de los subsidios a la oferta, se podría hacer una formalización más o menos sensata dentro de doscientos y doscientos cincuenta mil trabajadores de la salud; eso es lo que queremos y lo vamos a hacer con la ayuda del Congreso, con responsabilidad, vamos a acatar lo que dice la Corte Constitucional y a ser consistentes con los compromisos del país. En el marco del TLC por ejemplo, yo no soy un defensor de la neoesclavitud ni mucho menos, pero como funcionario público creo que me compete también preocuparme por la sostenibilidad de que las cosas se hagan bien, responsablemente.

Tenemos que tener un debate sobre la meritocracia, las primeras conversaciones que yo tuve con muchos de ustedes cuando entré al Ministerio es que la meritocracia no funcionaba bien, que los concursos habían sido manipulados sistemáticamente, puede haber un punto medio, podemos centralizar los concursos en algunas pocas instituciones, o podemos crear gerentes o directores de libre nombramiento y remoción con periodos fijos, no sé si eso legalmente pueda hacerse, pero aquí hay una reforma legal y podemos cambiar algunas de esas tradiciones jurídicas, algo que podemos discutir; simplemente, yo creo lo siguiente y yo creo que la experiencia de este país lo ha mostrado, y en eso yo creo que este es el escenario para plantear estas dificultades. doctor Rincón, si los mercados políticos no funcionan, si los gobernadores y alcaldes que son los que tienen que rendirle cuentas a la ciudadanía no hacen lo que toca, si no somos capaces como país de generalizar el buen gobierno que ha empezado a crecer en muchas de nuestras regiones de Colombia, no vamos a hacer esto bien, y no es simplemente tratando de protegernos de esos malos Gobiernos o del clientelismo, o de la politiquería regional, mediante meritocracia, o supuestas islas que vamos a crear, cómo vamos a resolver los problemas más graves de gestión pública en este país.

La apuesta mía si se quiere, es a que funcione la democracia regional, y a que tengamos buenos gobernadores, buenos mandatarios, con las herramientas para gestionar la salud y que ellos que son los que tienen que rendirles cuentas a la ciudadanía puedan hacerlo, esa es mi convicción yo sé que es difícil y podemos en esta reforma plantear si se quiere una salida intermedia, una solución intermedia, pero es una propuesta para

la discusión, pero vuelvo y repito la salida de Colombia no está en Bogotá, la salida de Colombia es que este país logre poco a poco, ir imitando dónde están esas experiencias exitosas de gestión pública, hoy en día la encontramos en algunas de las ciudades y municipios de nuestro país, porque hay un hecho insoslayable más allá de estos cambios normativos, es que tenemos una gran heterogeneidad, con las mismas normas, tenemos ciudades donde la salud funciona razonablemente bien, municipios o departamentos donde funciona razonablemente bien, pero otros lugares donde simplemente no funciona, y tenemos que ser capaces de construir esas capacidades regionales poco a poco.

Ya dije lo de integración vertical, demos esa discusión, si hacemos lo de integración vertical para que empecemos, o si eliminamos plenamente la integración vertical, para que empecemos a ver las dificultades, pero al mismo tiempo decimos que los gestores de servicio de salud se fortalecen en los territorios, tendremos que hacer una excepción, para que los gestores de servicio de salud públicos en cabeza de los departamentos y municipios, por ejemplo la asociación, sí puedan estar integrados verticalmente, entonces ahí tenemos dificultades.

Quiero decir algo sobre una especie de tensión que yo veo en las discusiones públicas de estos días, y que se la manifesté al Secretario Jaramillo, hace una semana larga, y tuve también la oportunidad de manifestársela personalmente al Alcalde Gustavo Petro, y es la siguiente: mucha gente ha dicho por qué seguimos manteniendo esa diferenciación antipática entre régimen subsidiado y régimen contributivo, yo creo que tiene razón, algo se dijo aquí, si ya los planes de beneficios son los mismos, si ya las unidades de pago por capitación son las mismas, si ya los recursos están centralizados en Salud Mía, si ya de alguna manera la Reforma Tributaria borró un poco esa diferenciación entre contribuciones e impuestos generales, ya hay impuestos generales financiando una parte importante del régimen contributivo, entonces yo digo borremos esa diferencia.

Pero de otro lado vienen voces que nos dicen, queremos que el régimen subsidiado sea manejado casi exclusivamente por departamentos o municipios, nosotros en la reforma no nos casamos con ninguna de esas dos visiones, dijimos pueden haber gestores de servicio de salud que operen en ambos regímenes para ir borrando la diferencia entre uno y otro, pero también dijimos pueden haber entidades territoriales que tengan la capacidad de ser gestores de servicios de salud en el régimen subsidiado, pero como bien dijo el Secretario Guerrero, no queremos crear un monopolio único en el régimen subsidiado público, yo creo que sería completamente antipático, y sería regresivo en términos sociales, por satisfacer un interés político decir vamos a generar entonces un monopolio público para el régimen subsidiado, y los pobres van

a ser atendidos por un monopolio público, mientras más arriba en la escala vamos a tener competencia entre gestores.

Otro tipo de esquemas, yo creo que eso sería terriblemente antipático, y hay una gran dificultad, entonces, si se quiere ética para poner en práctica la propuesta del Secretario Jaramillo, es segregar la población, y volver si se quiere a una situación similar a la que teníamos por allá en los años ochenta o setenta o más atrás, miramos a ver cómo podemos hacer una cosa con la otra, yo creo en el fortalecimiento en estas instituciones públicas, no creo doctor Arango en la competencia, por lo tanto estamos diciendo, borramos el 60%, porque yo creo que estamos diciendo lo público debe ser lo primero, cuando se crean las redes del régimen subsidiado, y ese porcentaje del 60 %, es un porcentaje que causa daño, porque ese porcentaje debería ser setenta, ochenta o noventa por ciento en algunas áreas y debería ser treinta o cuarenta en otras, entendiendo esa dificultad, tratamos de irnos con otras fórmulas que es más general, pero podemos mirar un porcentaje en el Congreso, y la fórmula era en algunos casos o sea en las redes del régimen subsidiado, primero entra lo público y solo va a entrar lo privado cuando la oferta pública no exista, eso puede ser mucho más que el sesenta por ciento (60%) en algunos casos, esa fue la fórmula que creímos que nos da mayor flexibilidad para no casarnos con un porcentaje que ha sido difícil de cumplir, y que en algunos casos debe ser mayor, en otros debe ser consecuentemente menor.

Pero esta reforma no busca acabar con lo público ni mucho menos, si se quiere busca fortalecer algunas cosas, pero creemos que el reto de lo público sobre todo en lo de alta complejidad es grande, porque hay obsolescencia tecnológica, porque de alguna manera hay una competencia que no lo favorece, creemos que en algo, algo más se puede hacer, estamos dispuestos a oír de alguna manera las inquietudes; yo creo que ya voy a terminar, doctor Ballesteros, simplemente haciendo una invitación como la que hice al comienzo, trabajemos juntos entre todos, usted tiene razón doctor Rincón, de pronto si nos equivocamos aquí, no vamos a tener otra opción para hacer una buena reforma en diez o quince años, hay cosas que podamos, vamos a tener que mejorar, que podemos mejorar en esta reforma, hay muchas cosas por cambiar, nadie tiene una verdad absoluta, esto es un tema complejo, no nos enredemos en discusiones ideológicas que no nos van a llevar a ninguna parte yo, empecemos a mejorar este proyecto en lo que sea mejorable, esto tiene que ser vuelvo y repito, insisto en lo mismo una construcción colectiva, yo soy permeable a todo tipo de propuestas, queremos o creo que entre todos con la ayuda del Congreso vamos a tener al cabo de algunos meses, al final de este año ojala, una reforma que no va a resolver todos los problemas, porque los retos de construir capacidades e instituciones no son retos de la ley, pero una reforma creo yo, que nos va a permitir tener mucho mejor sistema de salud y trabajar jun-

tos hacia ese sueño colectivo, que está consagrado en nuestra Constitución y ha sido reiterado una y otra vez por nuestra Corte Constitucional, y es un derecho fundamental a la salud en condiciones de equidad. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias Ministro, vamos a cerrar esta audiencia con la intervención del Vicepresidente y finalmente como Presidente.

Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:

Gracias Presidente, de verdad que me satisface enormemente el espacio que ha habido en esta audiencia, y precisamente está enmarcado dentro de la metodología que hemos trazado y de los objetivos, como mencionaba inicialmente, es poder escuchar a todos los sectores de la sociedad colombiana con referencia a los enunciados y al contenido del mismo proyecto de ley, si vamos a seguir insistiendo en la necesidad y ojalá en las próximas audiencias pudiéramos escuchar de quienes intervienen, algunas propuestas muy definidas, en torno insisto a los artículos de modificarlos, de inclusive si se plantea eliminarlos con la sustentación debido a artículos nuevos, yo creo que es supremamente importante, se dieron grandes discusiones hoy en los temas del modelo mismo, y esto al interior del Congreso, de alguna manera lo hemos venido discutiendo de cuál es el modelo que se quiere en Colombia, definitivamente después de grandes discusiones se ha llegado a la conclusión de que el modelo de aseguramiento hay que mantenerlo, hay que profundizarlo, la idea central es que cada ciudadano colombiano, hombre o mujer sepa que el Estado como está le garantiza la salud a través del esquema de aseguramiento, ya la discusión se centra es en cómo, cómo lograr que ese aseguramiento opere y funcione realmente, esa es la gran discusión que tenemos, que como se ha mencionado y lo remataba el señor Ministro, aquí no está la verdad revelada, justamente de lo que se trata es construir un esquema que garantice eso que hemos venido nosotros planteando.

Por lo tanto me siento satisfecho, como Vicepresidente de la Comisión, como Senador de este país, por la forma como se desarrolló hoy la audiencia y faltan muchas más, aquí en Bogotá, vamos a tener audiencias en otras regiones del país, en Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Ibagué, Riohacha, etc., precisamente para permitir que todos estos sectores de la sociedad colombiana puedan participar; por lo tanto vamos a continuar en ese fortalecimiento, señor Presidente, señor Ministro, yo creo que ese es el talante que requiere el país. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Senador, para cerrar esta audiencia yo quisiera hacer tres consideraciones breves porque me parecen de la mayor importancia.

La primera es que evidentemente como los señalaban el Vicepresidente, nos sentimos satisfechos de esta convocatoria, no solamente por la concurrencia, por la participación, sino también porque creemos que hemos logrado el propósito que nos propusimos y es generar un escenario de participación en donde se escuchen las distintas posturas ideológicas inclusive, que le dan lectura de pronto distinta al proyecto de reforma del Gobierno, pero creemos que este escenario también ha sido proposición para que esas propuestas no solamente se escuchen sino que contribuyan a hacer una reflexión en el debate que se avecina y que apenas la audiencia de hoy es el punto de partida, ya lo señalaba el señor Vicepresidente, la semana entrante vamos a realizar tres audiencias, el lunes con los pacientes, el miércoles con las EPS y el jueves con las sociedades científicas; en el ánimo por supuesto y ya lo señalábamos también que cuando hicimos la apertura de que queremos y lo señalaba el Ministro, de que finalmente lo que resulte sea una construcción colectiva, en donde hayan participado todos los actores del sector y también la sociedad civil.

Una segunda consideración es resaltar, reiterar el compromiso de la Comisión Séptima, frente al debate de esta reforma a la salud. En el día de ayer tuvimos una jornada bastante importante, extensa, amplia, con el señor Ministro, con el Gobierno, frente algunas inquietudes, sugerencias y recomendaciones que nosotros como Senadores teníamos frente al proyecto de ley, y vamos a estar permanentemente en esta actitud de ponerle la cara no solamente al proyecto, sino también a todos los actores del sector.

Y finalmente mirando, escuchando la intervención del Ministro, yo creería que hay toda la disposición del Gobierno, no solamente de aceptar algunas recomendaciones que se hagan en las distintas audiencias de acogerlas y de que ojalá el proyecto se mejore, por ejemplo en el día de hoy, el Ministro, pienso que ha sido concreto en la opción de que se va a eliminar de una vez por todas la integración vertical; de igual manera escuchaba al Ministro, y fue una sugerencia del día de ayer y hoy también la hizo el Director o el Secretario Departamental de Salud, doctor Guerrero, la op-

ción de que se pudieran incluir en el proyecto unas auditorías externas, o unas superauditorías que estén por fuera de los gestores y que realmente le generen transparencia al manejo de los recursos y a la gestión integral del riesgo en salud.

Lo mismo con el manual de tarifas, consideramos Ministro nuevamente que ese es un elemento importante que debe hacer parte de este proyecto de reforma, porque de igual manera va a permitir que realmente se module el sistema y que haya una mejor relación sobre todo en los niveles de contratación, entre los gestores, los prestadores y la propia Salud Mía, y también el fortalecimiento de la atención primaria en salud, creo que ese es un elemento medular de la reforma, no solamente recoger lo que ya se dejó en la 1438, sino de implementar ese articulado que se dejó en la 1438, pero de igual manera en este proyecto reforzar este tema de la atención primaria en salud.

Yo diría que bajo esos criterios nuevamente sentirnos satisfechos de esta audiencia, invitar entonces a los pacientes y a los miembros de la Comisión Séptima que hoy estuvieron aquí mayoritariamente presentes con algunas excusas justificadas, para el lunes próximo a las 2:00 de la tarde donde vamos a realizar una próxima audiencia. Buenas tardes y muchas gracias a todos. Esta Audiencia Pública, finalizó siendo las 12:25 p. m.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., nueve (9) de septiembre del año dos mil trece (2013).

Conforme a lo dispuesto en el inciso quinto del artículo segundo de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, de la Audiencia Pública número 01, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá, D.C., el día jueves once (11) de abril de dos mil trece (2013), dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.