



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° 726

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

EDICIÓN DE 48 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 15)

“Proyectos de reforma al sistema general de seguridad social en salud”

Bogotá D. C., lunes quince (15) de abril del
2013

Siendo las dos y cuarenta minutos de la tarde
(2:40 p. m.) del lunes quince (15) 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 Vicepresi-
dente, y, como Secretario General, el doctor *Jesús
María España Vergara*, se dio inicio a la Audiencia
Pública programada para la fecha, llevada a cabo
en el salón Boyacá del edificio Capitolio Nacional,
con el siguiente Orden del Día:

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA
REPÚBLICA

PROYECTOS DE REFORMAS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**1. Proyecto de ley número 51 de 2012 Sena-
do, 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 Se-
nado:** agosto 15 de 2012

Publicación: *Gaceta del Congreso* número
488 de 2012

**2. Proyecto de ley 210 de 2013 Senado, por
medio de la cual se redefine el sistema general de
seguridad social en salud y se dictan otras dispo-
siciones.**

Iniciativa: Ministro de Salud y Protección So-
cial, 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: Asociaciones de Pacientes.

Hora: de 2:00 p. m. a 06:00 p. m.

Lugar: salón Boyacá del edificio Capitolio Na-
cional – Entrada por la Plaza de Bolívar.

ORDEN DEL DÍA PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA

Lunes 15 de abril de 2013

I

**Apertura de la Audiencia (señor Presidente
de la Comisión Séptima del Senado)**

II

**De 2:00 a 2:15 p. m.: Inscripción de inter-
vinientes que acrediten y registren en medio
físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comi-
sión, 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. Delegados de las Asociaciones de Pacientes.

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 invitadas las asociaciones de pacientes y personalidades y entidades relacionadas, así:

N°	Nombre	Entidad
1	Leidy Carolina Pineda González	Universidad de la Sabana
2	Josefina Bernat de Hurtado	Fundación Col. de Apoyo del Reumático
3	María Mercedes Mesa de Cuervo	Fundación Col. de Apoyo del Reumático
4	Jiomar Estefanía Bohórquez Pérez	Universidad Santo Tomás
5	Edilson Huérfano Ordóñez	Sacerdote Ortodoxo
6	Marisol Sánchez	Andi
7	Claudia Vargas	Andi
8	Jorge Ernesto García	Fundación Retorno Vital
9	Belén Patricia Álvarez	Fundación Capullos
10	Luis Fernando Gallo	Fundación Manares
11	David Miranda	Asorenal
12	Manuel Mauricio Arboleda Pastrana	Fundación Col. de Pre y Trasplantados
13	Juan Perea	Fundación Surcolombiana
14	Édgar Caballero	Fumpavivir
15	Laura Torres	Universidad Santo Tomás
16	Geraldine Torres	Universidad de la Sabana
17	Ana Cruz Vargas	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
18	Arístides Mosquera	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
19	Aura Elena Beltrán	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito

N°	Nombre	Entidad
20	Bárbara Priscila Parra	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
21	Beatriz Meza	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
22	Belén Ramírez Riaño	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
23	Betty Sofía Beltrán	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
24	Carmen Peña Vargas	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
25	Fernando Morales	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
26	Guillermo Urbina	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
28	Hernando Ángulo	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
29	Hernando Rojas	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
30	Hernando Sánchez	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
31	Hugo Rodríguez	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
32	Ismenia Cortés	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
33	José Yesid Herrán	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
34	Julio Ernesto Castro	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
35	Leonor Jaramillo	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito
36	Lucila Fernández	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito

N°	Nombre	Entidad	N°	Nombre	Entidad
37	Lucila Nieto	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	59	Olga Lucía Zuluaga Rodríguez	Acesi
38	María Edilma Rivera	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	60	Luis Alberto Martínez Saldarriaga	Acesi
39	María Isabel Castañeda	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	61	Nancy Cañón Meza	Acesi
40	María Magdalena Gómez	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	62	Euclides Bolívar	
41	María Trinidad Benítez	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	63	Yesid Hernando Camacho Jiménez	Anthoc
42	Teresa Chitiva	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	64	Dayro Gaitán Torres	Azufamisanar
43	Vicente Rodríguez Franco	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	65	Homero González Martínez	Azufamisanar
44	Jesús María Pérez	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	66	Jaime Urdaneta Cadena	Azufamisanar
45	Blanca Nelida Hernández	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	67	José Horacio Valero	Azufamisanar
46	Juan de Jesús Casas	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	68	Amanda Rincón	Azufamisanar
47	María Edilma Rivera	Copacos Tunjuelito y Asociación de Usuarios Hospital de Tunjuelito	69	Jorge Benito Sánchez Quevedo	Azufamisanar
48	Federmán Núñez	Avanzar – Asoc. para el Avance de la Investigación Clínica en Colombia	70	Eliana María Vélez	Azufamisanar
49	Andrés Uscátegui	Organización Lasum	71	Cristina Villareal	Azufamisanar
50	Ednith Montaña	Organización Lasum	72	Gonzalo Romero	Azufamisanar
52	Manuel Guillermo Riaño Tunjano	Anthoc-H Univ La Samaritana	73	Gustavo Gómez	Azufamisanar
53	María Torres Cobos	Anthoc-H Univ La Samaritana	74	Juan Martínez	Azufamisanar
54	María Inés Peña Pedraza	Anthoc-H Univ La Samaritana	75	Amanda Lucía Gutiérrez Pulido	ACR Agencia Col para la Reintegración
55	Teresa González Espitia	Anthoc-H Univ La Samaritana	77	María Torres Cobos	Hospital Universitario de la Samaritana
56	Juan Manuel Rodríguez	Anthoc-H Univ La Samaritana	78	María Inés Peña Pedraza	Hospital Universitario de la Samaritana
57	Esperanza Lozano Atencio	Anthoc-H Univ La Samaritana	79	Teresa González Espitia	Hospital Universitario de la Samaritana
58	Hilda Teresa Plazas	Anthoc-H Univ La Samaritana	80	Esperanza Lozano Atencio	Hospital Universitario de la Samaritana
			81	Juan Manuel Rodríguez	Hospital Universitario de la Samaritana
			82	Andrés Felipe Ruiz	Ispor
			83	María Elena Osorio Estrada	Fundación Santa Fe de Bogotá
			84	Bibiana Pineda Restrepo	Fundación Santa Fe de Bogotá
			85	Luis Enrique Cabulla Suárez	
			86	Ángela Chaves Restrepo	Fecoer
			87	Marleny Maje Mota	Fecoer
			88	Yuli Ramírez Saavedra	Fecoer
			89	Doctor Norberto Acosta	Defensoría del Pueblo
			90	Doctor Herman Redondo	Defensoría del Pueblo
			91	Doctor John Alberto Marulanda	Defensoría del Pueblo
			92	Doctora Alexandra Orjuela Guerrero	Defensoría del Pueblo
			93	Doctora Lyda Mariana González	Defensoría del Pueblo
			94	Óscar Dueñas	Gerente Hospital Universitario de la Samaritana y Afiliado Ach
			95	Martha Herrera	Periodista
			96	Hugo A. Osorio Herrera	Particular

N°	Nombre	Entidad	N°	Nombre	Entidad
97	Fernando Rojas S.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam			Médico y Cirujano – Consultor en Salud.
98	Homero González	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam		Rafael Zuliban Pájaro Martínez	Especialidad: Gerencia en Salud y Auditoría Médica
99	Rubén Pérez	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	126		
100	Euclides Bolívar	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	127	Bertilda Vásquez Mejía	Asociación Usuarios Cruz Blanca Asocruz
102	Hernando Moreno M.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	128	Stella Barreto Góngora	Presidenta Asoc. Usuarios Saludcoop
103	Rafael Rodríguez	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	129	Luis Alejandro Díaz	
104	Gloria Ramírez R.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	130	Óscar Fabián Mendoza Turizo -	
105	Leonilde Jiménez de D.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	131	Denis Honorio Silva Sedano	
106	Martha Moreno C.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam	132	Luz Victoria Salazar	Pacientes Colombia
107	Mercedes Cárdenas B.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam			Abogado Especialista en Derecho Médico
108	Livia E. Molina	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam		Carlos Armando Sussmann	Magister en Bioética - Doctor en Bioderecho.
109	Iván Alviar M.	Asociación de Usuarios de la I.P.S. Cafam			Presidente de la Asociación Colombiana de Derecho Médico-Miembro de la Asociación Colombiana de Bioética
110	Nohora Suárez M.	Asociación Usuarios Salud Total Regional Bogotá.	133		
111	Hugo Osorio	Asociación Usuarios Salud Total Regional Bogotá.	134	Viviana Rangel	
112	Armando Córdoba	Asociación Usuarios Salud Total Regional Bogotá.			Neurocirugía Estereotáctica y Funcional
113	Manuel Guillermo Riaño	Hospital Universitario de la Samaritana	135	Jairo Espinoza, Md	Director Médico Centro Integral de Movimientos Anormales y Dolor Cimad Bogotá
114	María Torres Cobos	Hospital Universitario de la Samaritana	136	Jorge Useche	Director de la Fundación Fundancer
115	María Ines Peña Pedraza	Hospital Universitario de la Samaritana	137	Miryam M. Pérez B.	Directora Corporación Usuarios Instituto Nacional de Cancerología “Corpuinc”
116	Teresa González Espitia	Hospital Universitario de la Samaritana	138	Diana Catalina Rivera Rodríguez	Universidad Santo Tomás
117	Hilda Teresa Plazas	Hospital Universitario de la Samaritana	139	Juan Martínez Cel. 3163047288	
118	Esperanza Lozano Atencio	Hospital Universitario de la Samaritana	140	Germán Fernández Cabrera	Federación Médica Colombiana
119	Juan Manuel Rodríguez	Hospital Universitario de la Samaritana	141	Francisca Perdomo	Coordinadora de Copaco Localidad Quinta de Usme
120	Doctor Kemer Ramírez Cárdenas	Gerente Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.	142	Jorge Alberto Romero Cárdenas	Control Social y Veeduría Ciudadana a la Gestión Pública en Salud
121	Hugo A. Osorio Herrera	Asociación de Usuarios Salud Total	143	José Villamil	Veedor Nacional de Salud
122	Martha Herrera Olaya		144	Martha Herrera Olaya	Pacientes Colombia
123	Carlos Eduardo Dueñas –	Presidente de la Asociación Pequeños Gigantes de Colombia – Enanos	145	Margarita María Arias García	Pacientes Colombia
124	Doctor Julio César Castellanos	Director Hospital San Ignacio – U. Javeriana	146	María Mercedes Mesa de Cuervo	Pacientes Colombia
125	Doctora Martha Lucía Gualtero Reyes	Presidenta Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA)	147	Adriana María Garzón	Pacientes Colombia
			148	Laura Milena Ramírez Serrano	Pacientes Colombia
			149	Claudia Castillo	Médicos Asociados – Gerente General

N°	Nombre	Entidad
150	Geovanni Navarro	Director de Calidad y Aseguramiento.
151	Gladis Rocío Gómez Rojas	Fedecajas – Directora de Planeación
152	Claudia Liliana Núñez	Alianza en Salud- Directora de Desarrollo de Modelos de Salud
153	Miguel Millán	Rol Positivo - Gerente General
154	Aldemar Alarcón	Unicajas - Jefe División IPS
155	Lic. Germán Oswaldo Rodríguez	Sigil Consultora Internacional de Salud - Consultor
156	Doctor Diego Medina	
157	Doctor Jesús Caldera Infante.	SIGIL Consultora Internacional de Salud - Consultor
158	Óscar Dueñas	ACHC – Hospital Samaritana
160	Elisa Torrenegra	Gestarsalud
161	Doris Sarasty	Afiliado Achc–Hospital Infantil Los Ángeles
162	Sonia Gómez Erazo	Afiliado Achc
163	Ninfa Real	
164	Amanda Rincón	Famisanar
165	Yhoni Pico	
166	Vivina Pineda	
167	Francisco Perdomo	
168	Ana Calderón	
169	William Pulido	Colegio La Estancia
170	Adriana Carvajal	Ministerio del Interior
171	Juan Sebastián Jaramillo	Ministerio del Interior
172	Olga Lucía Méndez	Hospital Universitario del Norte
173	Juan Felipe Osorio	UST
174	Germán Eduardo Blanco	Medianostica
175	Luisa Margarita Laguardo	SURA
176	Néstor Álvarez	Paciente de Alto Costo
177	Henry Gómez	Hospital Barichara
178	Hermison Ruíz	Ministerio de Salud
179	Mónica Maciel Montes	
180	Jamael Alberto Henao	
181	Gustavo Adolfo Flechas	Cooperativa Hospital de Boyacá
182	Óscar Iván Palacio	Fundación Defensa Ciudadana
183	Edwin Yesid Crisanch	Caracol
184	Daniel Esteban Caro	Caracol
185	Diana Rodríguez	Caracol
186	Norberto Herreño Velásquez	
187	Betsy B Rueda Cervo	Directora Fundación Feconvida
188	Rosalba Vega Vivas C.C.	Fundación Feconvida
189	Gloria Elisabeth Guecan Sierra	Fundación Feconvida

N°	Nombre	Entidad
190	Edna Yolima Álvarez	Fundación Feconvida
191	Claudia Páez	Fundación Feconvida
192	Consuelo Castillo	Fundación Feconvida
193	Doris Elena Orrego	Fundación Feconvida
194	Germán Antonio Granada Osorio	Salud Capital
195	Aycardo González Gálvez	Asusoacha
196	Juanito Bautista Bolívar Correa	
197	Edilson Ramírez Nieto	
198	José Leonel Valderrama	
199	Omaría Natalia Garzón Rodríguez	
200	Judith Cabrera Cabrera	Asociación Nacional de Pensionados Anpiss
201	Martha Lucía Triviño Gómez	Fundación Colombiana Fibrosis Quística
202	Armando Córdoba Sinierra	Fundación Colombiana Fibrosis Quística
203	Luisa Fernanda Velásquez Quiñónez	Asociación Nacional de Enfermeros de Colombia
204	Ricardo Murillo Padilla	Asociación Nacional de Enfermeros de Colombia
205	Aura Mercedes Zambrano	Copaco
206	Victoria Castilla Amaya	Colsubsidio
207	Johana Carolina Puentes	Colsubsidio
208	Angélica Agudelo	Colsubsidio
209	María Isabel Buitrago	Colsubsidio
210	José Blanco	IPS 20 de Julio
211	Dora Lucía Gamba	Líder Comunitario Ciudad Bolívar
212	Nury Emilia Medina Moreno	Alianza Usuarios Clínica Zipaquirá
213	Cristina Mercedes Villarreal Orozco	Asociación Usuarios Famisanar
214	Ángel Tulio Angulo Benavides	Universidad de la Sabana
215	Karen Valeria Ramírez Sánchez	Universidad de la Sabana
215	Vanessa Reyna Sánchez	Universidad de la Sabana
216	Geraldine Brigith Torres Vanega	Universidad de la Sabana
217	Juan Camilo Sánchez Gallo	Universidad de la Sabana
218	Juan Felipe Sierra Rivera	Universidad de la Sabana
219	María Ninfa Rodríguez	IPS Cafam
220	Martha Sarralde	Asociación Usuarios Sanitas
221	Juan Francisco Casas Díaz	
222	Danna Montaña	

N°	Nombre	Entidad	N°	Nombre	Entidad
223	Fidel Antonio Marchan Barrios				Asociación Colombiana de Usuarios de la Seguridad Social "Acuss"
224	Efraín Osorio Sarmiento	Campaña Nacional Octava Papeleta por la Salud y Seguridad Social como Derechos Fundamentales	250	Luis Jacinto Herrera	Asociación Usuarios Nueva EPS
225	Fabio Serna	Campaña Nacional Octava Papeleta por la Salud y Seguridad Social como Derechos Fundamentales	251	Derly Rodríguez	Asociación de Usuarios del Hospital La Victoria
226	Marvi Suárez M.	Departamento de Prensa Asociación Usuarios de Salud Total	252	Luz Mery Ávila González	Asociación de Usuarios Gran Alianza, Hospital de Suba
227	Jorge Alberto Romero Cárdenas		253	Luis Mario Cortés Pardo	Campaña Octava Papeleta -Familiar de Víctima del Sistema de Salud
228	Carlos Eduardo Santanilla Misas		254	Efraín Osorio Sarmiento	Director Campaña Octava Papeleta
229	Norma Patricia Barahona Londoño		255	Fabio Serna	Asopacientes San Juan de Dios
230	Julián Alberto Arbeláez Barahona		256	María Inés Brito	Campaña Octava Papeleta -Familiar de Víctima del Sistema de Salud
231	Luz Marllie Alonso Gaviria		257	Johanna Alvarado Contreras	Asociación Salud al Derecho
232	Johanna Alvarado Contreras		258	Martha Janeth Bejarano	Asociación de Usuarios del Hospital La Victoria
233	María Ines Brito		259	Luz Mery Avila González	Asociación de Usuarios del Hospital La Victoria
234	Martha J. Bejarano H.		260	Luis Rodríguez Gutiérrez	Asociación de Usuarios Gran Alianza, Hospital de Suba
235	Fabio Serna		261	Luis Mario Cortés Pardo	Asociación de Usuarios Nueva EPS - Sogamoso (Boyacá)
235	Natalia Mejía Villamizar		262	Willington Parada Almanza	Asociación de Usuarios Nueva EPS - Sogamoso (Boyacá)
236	Margoth Patricia Ferrero Cortés		263	José Eugenio Hernández	Andi
237	Carlos Arturo Téllez Sánchez		264	Carlos Motta Barreiro	Paciente Alto Costo
238	Delia Lizeth Molina Ramírez		265	Blanca Lilia Rodríguez Hortúa	Assosalud
239	Raúl Hernando Esteban García		266	Jaime Enrique Donado Manotas	Fundación Funfem
240	Gloria Mantilla Sarmiento	Asociación de Usuarios de la IPS Américas	267	Myriam Fabiola Arcos	Fundación Funfem
241	Estefanny Alejandra Martínez	Asociación de Pacientes de Famisanar	268	Luz Marina Cruz	Fundación Funfem
242	Roberto Pinilla Tel 3330758	Asociación de Usuarios de la Salud	269	Fernando Melo	Fundación Funfem
243	Karen Nataliy Roza Galán	Estudiante Universidad de la Sabana	270	Gladys Fajardo	Fundación Funfem
244	Valentina Peralta Bravo	Estudiante Universidad de la Sabana	271	Tatiana Quintana	Fundación Funfem
245	Juan Carlos Losada		272	Natalia Pineda	Fundación Funfem
246	Arley Guapacha Pescador	Hospital Sanjuán de Dios de Riosucio (Caldas)	273	Álvaro Valencia	Fundación Funfem
247	Aristóbulo Hernández	Integrante Espacio de los Jueves en Salud	274	Lilian Garzón	Fundación Funfem
248	Elinarco Saavedra	Integrante Espacio de los Jueves en Salud	275	Cecilia Yori	Fundación Funfem
249	José Joaquín Osorio	Asociación Colombiana de Usuarios de la Seguridad Social "Acuss"	276	Herney Cuartas	Fundación Funfem
			277	Rocío Bayona	Fundación Funfem
			278	Andrés Navas	Fundación Funfem
			279	Carolina Ávila	Fundación Funfem
			280	José de Jesús Mariño	

N°	Nombre	Entidad	N°	Nombre	Entidad
281	Nelson Roberto Pardo Giraldo	Fundación Debra Colombia (Apoyo a Pacientes con Piel de Cristal)	306	José Freddy Arias Rubiano	“Psicología APEC”
282	Miguel Ángel León Cote	Fundación Debra Colombia (Apoyo a Pacientes con Piel de Cristal)	307	Miguel Ángel Castañeda	“Psicología APEC”
283	Adriana Marcela González	Fundación Debra Colombia (Apoyo a Pacientes con Piel de Cristal)	308	Milton Rafael Lemus Moreno	“Psicología APEC”
284	Juliana Castrillón Cardona	Fundación Debra Colombia (Apoyo a Pacientes con Piel de Cristal)	309	Jaime Cabrera Cuéllar	
285	Santiago Velásquez Fernández	Director de Talento Humano Fundación Clínica Shaio	310	Rosaura Muñoz Vivas	
286	Herlinda Beltrán		311	Julián Andrés Caballero Bernal	Fundación María José Pequeños y Grandes Héroe
287	Natalia Mejía Villamizar	Asociación Colombianos por la Enfermedad de Huntington “Acolpeh”	312	Edith Yipsel Bello Menjura	Fundación María José Pequeños y Grandes Héroe
288	Jorge A Camacho Hernández	Asociación Colombianos por la Enfermedad de Huntington “Acolpeh”	313	Blanca Lilia Moreno Pinzón	Asoc. de Usuarios de IPS Andar Kennedy
289	Yaneth Mosquera Sánchez	Asociación Colombianos por la Enfermedad de Huntington “Acolpeh”	314	María Amparo Duarte Moreno	
289	Natalia Betancourt Torres	Asociación Colombianos por la Enfermedad de Huntington “Acolpeh”	315	Araceli Quintero	
290	Gloria Garzón Lombana	Asofamisanar Asociación de Usuarios de la EPS Famisanar	316	Claudia Garzón	
291	Jaime Abril Morales	Ministerio de Hacienda	317	Marco Cañón	
292	Marcela Ramírez Sarmiento	Ministerio de Hacienda	318	Clara Inés Rubiano	
293	Marcela Brun Vergara	Ministerio de Hacienda	319	Alfonso Rippe	
294	Ángela Parra Carrascal	Ministerio de Hacienda	320	Sergio Sánchez	
295	Ómar Fabián Sánchez Calderón	Ministerio de Hacienda	322	Pedro Manrique	
296	Carmen Lugo Ortega	“Psicología APEC”	323	Leonidas Pérez Pérez	
297	César Augusto Montoya Sanz	“Psicología APEC”	324	María del Pilar Díaz	
298	Gloria María Celi Amézquita	“Psicología APEC”	325	Fabiola Delgado León	
299	Luis Ángel Guzmán	“Psicología APEC”	326	Luis Fernando Chaparro	
300	Nathalie Guerrero Barajas	“Psicología APEC”	327	Andrés Felipe Capera Oyola	Hospital San Juan de Dios-Instituto Materno Infantil
301	Jeimmy Angélica Cantor	“Psicología APEC”	328	Nancy Gonzales	
302	Marleny Maje Motta	“Psicología APEC”	329	Enis Laudith Aguilar	
303	Beatriz Eugenia Molano Giraldo	“Psicología APEC”	330	Noriko Pinedo	
304	Jenny Marcela Bautista Hernández	“Psicología APEC”	331	Marcela Dussán	
305	Carlos Eduardo Santanilla	“Psicología APEC”	332	Belén Botero Amaya	
			333	Yimmer Blanco	
			334	Nelly Mejía de Patiño	
			335	Ana María Castro	
			336	Carmen Molina	
			337	Fanny García	
			338	María Leonor Plazas	
			339	Elisa Pulido	
			340	Sandra Carolina Pérez	
			341	Cecilia Díaz	
			342	Saida Cuéllar	
			343	David Curtidor Argüello	Amaranta Vive! de la Organización Nacional Indígena de Colombia Onic.
			344	Jhonatan García Torres	
			345	Daniel Alzate Mora	Salud al Derecho
			346	Goretty Oviedo Manrique	Salud al Derecho
			347	Nelson Ricardo Ángel Jáuregui	Junta Directiva Asociación Colombiana de Bipolares

N°	Nombre	Entidad
348	Ricardo Ángel Jáuregui	Junta Directiva Asociación Colombiana de Bipolares
349	Rosa María Walteros Poveda	Asosur
350	Jeaneth Rivera	Asosur
351	Martha Amador	Asosur
352	Rafael Rodríguez	
353	Hermana María Inés Delgado	Voceros Pacientes Colombia
354	Dennis Silva	Voceros Pacientes Colombia
355	Josefina Bernat de Hurtado	Voceros Pacientes Colombia
356	Gustavo Campillon	Voceros Pacientes Colombia
357	Laura Milena Ramírez	Voceros Pacientes Colombia
358	Jesús Alberto Galindo	Fundación Jemnadis Colombia
359	Jesús Mogollón Blanco	
360	María Flor Espinoza Cédula:	
361	Blanca Inés Romero	
362	Evaristo Pinilla	
363	Reinalda Quiroga	
364	Martha Torrijoz	
367	Ubalдина Franco	
368	José Virgilio Forero	
369	Jesús Alberto Galindo	
370	Diva Sandoval Potes	
371	Ana Paola García Zuluaga	Coordinador Servicio Al U, Gerencia IPS - Colsubsidio
372	Juan Carlos Urrego Bejarano	Especialista Planeación y Estrategia Colsubsidio
373	Liliana Milena Toro Sánchez	Jefe Departamento Mercadeo y Ventas Colsubsidio
374	Luis Antonio Ramírez Perilla	
375	Jaime Arias Ramírez	Acemi
376	Cindy Sáenz	Acemi
377	Jairo Becerra	Fundación Gist Agrupa a los Pacientes con Cáncer del Estroma Gastrointestinal
378	Jaime Pedroza	Fundación GIST agrupa a los pacientes con cáncer del estroma gastrointestinal
379	María Clara Plata	(CSR) Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 y Reforma Estructural al Sistema de la Salud y SS
380	David Cruz Aguirre	Contraloría Delegada para el sector social
381	Humberto Suárez Pinzón	Propetel

N°	Nombre	Entidad
382	Jorge Enrique Forero Quintero	Propetel
383	Álvaro Marconi Quintero	Propetel
384	Miguel García Ramírez	Propetel
385	Clara Inés Posso Ortiz	Propetel
386	Carlos Alberto Lisker Ramírez	Propetel
387	Jairo Lozano	Propetel
388	Javier Gáfaró Cuartas	Propetel

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

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Delgado Ruiz Edinson

García Romero Teresita

Ospina Gómez Mauricio Ernesto

Sánchez Montes de Oca Astrid

Santos Marín Guillermo Antonio

Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth

Con excusa dejó de asistir el honorable Senador:

Zapata Correa Gabriel.

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:

Secretario sírvase leer el Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las dos y cuarenta de la tarde (2:40 p. m.) de hoy lunes quince (15) de abril del dos mil trece (2013). La Comisión Séptima del Senado de la República, desarrolla en la tarde de hoy la segunda audiencia pública, programada dentro de un conjunto de doce (12) audiencias, con respecto a los Proyectos de ley número 051 de 2012 Senado y 210 de 2013 Senado.

El Orden del Día es el siguiente:

1. Apertura de la audiencia a cargo del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

2. Quince minutos para programar las inscripciones de quienes desean intervenir.

La Secretaría advierte que en la sesión del día lunes 8, se inscribieron aproximadamente nueve o diez personas y las intervenciones se darán en el

orden en que se realizaron las inscripciones en el día lunes 8 de abril pasado.

3. Invitados: delegados de las asociaciones de pacientes.

Esta audiencia pública está programada única y exclusivamente para las asociaciones de pacientes. Invitados del Gobierno y organismos de control, señor Ministro de salud, señor Superintendente Nacional de Salud, señor Defensor del Pueblo, señor Procurador General de la Nación, señora Contralora General de la República.

4. Intervenciones de los inscritos para sustentar sus propuestas presentadas ante la Secretaría de la Comisión, el tiempo de intervención lo determinará el señor Presidente de conformidad con el número de personas o instituciones que previamente se hayan inscrito para sustentar sus propuestas.

5. Conclusiones del evento.

Leído el Orden del Día propuesto señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretario. Sírvase informar, Secretario, qué funcionarios del Gobierno nacional y de otras entidades que fueron invitadas, se encuentran presentes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

De los funcionarios del Gobierno que fueron previamente invitados, por el Ministerio de Salud se encuentra presente el doctor Fernando Ruiz Viceministro de Salud. Doctor Fernando Ruiz se encuentra presente.

Hay delegación de la señora Contralora General de la República, quien delega en el funcionario David Cruz Aguirre, adscrito a la Contraloría Delegada para el Sector Social.

Hay delegación de la Procuraduría General de la Nación, suscrita por la doctora Ana María Silva Escobar, Secretaria privada del señor Procurador General de la Nación, quien delega en la doctora Diana Margarita Ojeda Visbal, Procuradora Delegada para asuntos del Trabajo y la Seguridad Social y en la doctora Piedad Mejía Rodríguez, asesora adscrita a esa Procuraduría, ¿se encuentran presente los delegados de la Procuraduría General de la Nación?, no se encuentran presentes hasta el momento, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

¿Y de la Contraloría quien está?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por la Contraloría General de la República el doctor David Cruz Aguirre, ¿se encuentra el doctor David Cruz? Se encuentra presente señor Presidente.

Por la Defensoría del Pueblo, hay escrito firmado por la doctora Alejandra Valdivieso, Secretaria privada del despacho del señor Defensor, quien delega en el doctor Norberto Acosta Rubio, Defensor Delegado para la Salud y la Seguridad Social, el doctor Germán Redondo y la doctora Alexandra Orjuela Guerrero, asesores de dicha delegada, ¿se encuentran presente los delegados del señor Defensor del Pueblo, el doctor Norberto Acosta Rubio? No está presente señor Presidente. ¿La doctora Alexandra Orjuela Guerrero? No se encuentra presente señor Presidente. ¿El doctor Germán Redondo?, tampoco se encuentra presente, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretario. Quiero anunciarle también a la audiencia que el señor Ministro de la Salud, el doctor Alejandro Gaviria, nos manifestó que en pocos minutos nos estará acompañando y que además tiene el interés y el propósito, no solo de escucharlos a ustedes sino también de participar de esta audiencia pública.

Se encuentran presentes también los Senadores: Mauricio Ospina, Teresita García, Claudia Wilches, el Presidente quien les habla Jorge Ballesteros, y hay excusas por enfermedad de tres Senadores.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Senadora Gilma Jiménez se encuentra en delicado estado de salud, igualmente la Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, y el Senador Gabriel Zapata Correa; registran excusa por incapacidad médica, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

La Representante Gloria Estela Díaz, muy buenas tardes.

Nuevamente un saludo de bienvenida a todas y todos, a los participantes de esta audiencia y a los señores funcionarios.

Tratando de reanudar esta audiencia que fue suspendida el lunes pasado, quiero hacer brevemente unas consideraciones para tratar de darle desarrollo a la misma. La Comisión Séptima en el entendido de que existen radicadas unas iniciativas de ley ordinaria, alguna de iniciativa parlamentaria y otra de iniciativa del Gobierno nacional, ha querido realizar unas audiencias públicas, algunas de ellas acá en Bogotá, en el Congreso de la República y otras por fuera de Bogotá para tratar de hacerle pedagogía a estas iniciativas, pero por supuesto también para recibir de todos y cada uno de los autores de la salud, de los pacientes, especialmente a quienes se les ha convocado en el día de hoy, las inquietudes, las preocupaciones y los aportes que tengan para que en lo posible el proyecto de ley que vaya ser aprobado en primera instancia por la

Comisión Séptima, se ha finalmente el resultado de una construcción colectiva, tanto del Congreso como del Gobierno, como de los demás actores de la salud y de la sociedad civil misma. La Comisión Séptima y el Congreso entienden que el sector salud, lo señalaba.

Acaba de llegar el señor delegado de la Defensoría del Pueblo, el doctor Germán Redondo.

Entiende que la salud, que el sector de la salud atraviesa por una crisis sistémica, caracterizada por dificultades de orden institucional, de orden financiero y de orden reputacional. De orden institucional porque desde el Congreso hemos considerado, no de ahora, sí de hace mucho rato, que al sector le ha faltado regulación, que se han expedido ajustes a la Ley 100, como la Ley 1122 y la Ley 1438, y que sin embargo estas leyes no han sido suficientemente reglamentadas y que quedan allí, pendientes, esas reglamentaciones para que haya realmente un mejoramiento del funcionamiento del sector.

Una crisis financiera que como ustedes lo conocen, se caracterizan por la iliquidez en la que se encuentran los prestadores tanto público como privado, y que ha generado barreras de acceso a los pacientes y dificultades de funcionamiento especialmente a los prestadores, y una crisis reputacional porque buena parte de los colombianos le han perdido la confianza al Sistema y hoy claman por una reforma estructural del mismo.

En ese orden de ideas señalaba, hay radicada en la Comisión Séptima del Congreso de la República una iniciativa de ley ordinaria que es la que estamos trabajando y para la cual hemos convocado a esta audiencia, pero también hay una iniciativa de ley ordinaria radicada en la Comisión Primera del Senado, ya que por razones de hermenéutica jurídica legislativa, las leyes estatutarias se tramiten por las Comisiones Primeras.

Esta convocatoria del día de hoy obedece fundamentalmente a escuchar a los voceros de los pacientes, en el entendido también que en esta reforma hay algunos artículos en el contenido de la misma que tienen que ver con prestación de servicio, que han generado barreras de acceso, dificultades en la calidad del servicio, dificultades en el acceso a medicamentos y en los precios de los mismos, y también en el uso de la tecnología médica. Entendemos también y queremos dejar en claro que las iniciativas todas que se tramitan por el Congreso, ninguna pretende eliminar la tutela como mecanismo excepcional para que los usuarios, los pacientes, tengan esta posibilidad de acudir al derecho fundamental a la salud a través de una tutela.

De tal manera que el propósito de esta audiencia, repito, es la de escuchar a los voceros de los pacientes y por supuesto queremos desarrollar una metodología para que estas audiencias y en particular la del día de hoy, dé unos resultados que

permitan recoger algunos aportes que sirvan para la discusión de la ponencia.

Como metodología, ya lo señalaba el Secretario, inscritas unas catorce personas que van a intervenir, algunas que traen propuestas, le vamos a dar un tiempo de quince minutos a cada una de ellas para que hagan su intervención y en lo posible, repito, ojalá con una propuesta de la mano.

Hechas estas consideraciones vamos a abrir esta audiencia pública y le vamos a dar el uso de la palabra al señor Édison Huérfano, en la medida que es un señor que vive en Cali y que tiene que regresar a su ciudad de origen y que frente a esta dificultad hemos considerado darle esta prioridad para que inicie el ciclo de intervenciones de esta audiencia pública.

Señor Édison Huérfano. Tiene la palabra.

Representantes Veedores de la Salud Cali, Veersalud, señor Édison Huérfano:

Muchísimas gracias, un saludo al honorable Presidente de la Comisión Séptima y a todos los presentes.

Mi nombre es Édison Huérfano, soy sacerdote ortodoxo y vengo como representante de veedores de la salud de Santiago de Cali, del Valle del Cauca, Veersalud.

Esta pequeña propuesta que hacemos, del espacio de quince minutos, tiene tres componentes: primero, analizar lo que fue la salud en Colombia antes del año de 1993, luego la Ley 100 y luego lo que es en este momento la propuesta a la Reforma de la Salud 2013.

Antes de 1993, recuerden ustedes que existía para los trabajadores oficiales y sus familias con las cajas de compensación la salud, antes de 1993 un 95% de los funcionarios públicos estaban asegurados con casi mil doscientas cajas de compensación, antes de 1993 existían asegurados solo 40% de los trabajadores de la empresa privada con sus familias en el Seguro Social. Finalmente esto era solo el 21% de la población económicamente activa y el 15% total de la población colombiana, no había seguridad en salud para ningún otro colombiano.

El Estado fortaleció hospitales y puestos de salud públicos para atender de caridad, pero no se respondía a esas políticas integrales de salud, el problema fue su falta de planeación estratégica. Para acceder a la salud la mayoría de la población colombiana debía pagar médico particular, lo que le generaba unos costos excesivos que estaban por fuera del alcance económico de miles de familias en Colombia. Luego con la llega de la Constitución de 1991, que declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, recuerden ustedes que antes Colombia era Estado de Derecho y la Constitución del 91 lo declara como ese Estado Social, es decir que el Estado es el responsable del servicio público de salud. El Estado reforma totalmente el

Sistema de Salud Colombiano a través de la Ley 100 de 1993, quien en su comienzo fue sana en su filosofía y su fin último era salud para todos los habitantes del territorio nacional.

El error fatal fue como se hicieron las cosas, y fue un error que se cometió, y yo creo que muchos hemos analizado, y fue entregar las obligaciones del Estado a particulares, y lo más grave fue entregarle todo el poder absoluto a las Empresas Promotoras de Salud EPS, tales como afiliación, prestación del servicio y el financiero, que fue finalmente lo que llevó al acabose de estas instituciones prestadoras de salud.

El Sistema de Salud colombiano debía moverse entre lo materialista y lo humanista, se necesitaba plata para poder funcionar el Sistema, pero finalmente la esencia primera, que era el humanismo, quedó a un lado y primó más el tema materialista.

El funcionamiento era de base económica con la UPC y la Compensación, con estos recursos se debía asegurar el funcionamiento del Sistema, servicios prestados de acuerdo al criterio del médico tratante, quien era el ordenador de gasto. Las EPS al tener el poder de afiliación, prestación y financiero generaron la distorsión de la filosofía original de ese Sistema, pero aquí es donde se vienen las perversiones de las EPS frente al tema de la Ley 100 de salud.

Monta la integración vertical, es decir sus propias clínicas. Así las cosas tienen presos a los afiliados prácticamente, les prestan los servicios en sus propias instalaciones y se pagan ellos mismos, coaccionaron el actuar de los profesionales de la salud y de las instituciones prestadoras de salud, los obligaban actuar para sus intereses económicos, intimidándolos con despedirlos, sin contratarlos, o no generando fuentes de trabajo.

La prestación de servicio de salud se da bajo criterios económicos o financieros, para autorizar servicios o para contratar recurso humano, se prima lo financiero sobre lo más importante que era la esencia de esa misma constitución, que era lo humano.

Los organismos encargados de vigilar el funcionamiento del Sistema no actuaron y permitieron que las instituciones prestadoras de salud se posesionaran por encima de las instituciones que los controlaban, incluyendo el mismo Estado colombiano. Debido a ese mal funcionamiento del Sistema se trasladó el problema a la Rama Judicial, la tutela sirve por un tiempo como mecanismo de acceso al Sistema de Salud, pero finalmente ni esto puede obligar a cumplir a las instituciones prestadoras de salud con sus obligaciones.

Reforma al Sistema de Salud 2013. El usuario no tiene poder en el Sistema, debe dársele una representación fuerte en este nuevo sistema que se piensa implementar en Colombia. Transformar las Instituciones Prestadoras en Salud, disolver el poder total entregado, afiliación para que el Es-

tado lo haga, prestación encargado las EPS económico, recaudo del Estado pero dependiente del concepto de las EPS. Participaciones del manejo del Sistema a las entidades territoriales de forma parcial y mecanismo de control en la Supersalud únicamente, lo que quiere decir es que ninguno de nosotros, de las agremiaciones del país vamos a tener un control efectivo frente a este tema y va ser solo la Supersalud quien finalmente, después de 20 años, y habiendo hecho un análisis, comprendimos que también esas EPS estuvieron por encima de la Supersalud y que finalmente no hubo ningún tipo de control. Pero aquí es donde nosotros, desde el Valle de Cauca, tenemos una serie de preocupaciones frente a esta reforma, pero también señor Presidente y honorables, invitados, traemos unas propuestas que realmente consideramos que nos las deben de tener en cuenta, traer el problema pero también traer la solución de la mano, eso es lo que nosotros buscamos en este momento frente a este tema de la Reforma a la Salud.

El usuario no tiene participación importante en las decisiones dentro de las estructura del Sistema y no tiene poder real en la vigilancia y control del mismo, siendo el beneficiario final o afectado final por el Sistema, es lo que hemos encontrado, la propuesta es crear una entidad que represente a los usuarios, que sea un cargo de elección popular y que tenga funciones de vigilancia y control sobre todos los actores del Sistema, que tenga poder suficiente para defender y promover los derechos de los usuarios, que tenga poder de veto sobre aquellos integrantes que no actúan o actúan mal y puedan compulsar copias a los demás organismos sancionatorios.

La esencia de las EPS no cambia, solo cambia el nombre, pues quedan con el poder de montar las redes y decidir quiénes ven a los pacientes y a quienes les van a pagar de la atención a los usuarios.

La propuesta es: los usuarios, que quede claro que no somos de nadie, absolutamente de nadie; los usuarios debemos de seleccionar las redes bajo parámetros de calidad del servicio, la red no debe crear, no la debe crear el gestor de salud, este gestor solo debe vigilar que la red constituida por los usuarios preste adecuadamente los servicios y debe auditar las cuentas, no debe tener poder de decidir dónde incluye a los usuarios y a quién le paga, esto es sano para toda la salud de nosotros los colombianos.

Tercero, el control del Sistema sigue siendo solamente de la Supersalud y ella autoriza los entes territoriales, una entidad muy politizada con funcionamiento burocrático, que no mostró buenos resultados durante los últimos 20 años. La propuesta es: debe dársele funciones a las entidades territoriales sobre el Sistema y mayor participación a los usuarios en estos controles.

El flujo de los recursos en el Sistema. Estarán supeditados a los trámites de facturación, a los

conceptos de las gestoras de salud y pueden volver a caer en tiempos excesivos para pagar como el actual, 180 días para pagarle las cuentas, y yo me pregunto: con 180 días para pagar la cuenta, ¿qué salud de calidad podemos tener nosotros los colombianos que finalmente somos los que nos beneficiamos con este Sistema?

La propuesta: debe de crearse un sistema de pago como un bancario, donde se le dé la importancia y el trámite adecuado a los pagos de las atenciones, igualmente las entidades gestoras no deben tener ese poder, ellos deben ser solo auditores de cuentas, la decisión de pago o no, debe ser encargada por la entidad de pago.

Quinto, no se logró en estos 20 años garantizar la calidad adecuada de la atención y la oportunidad de la misma, en la reforma no se ve cómo se va a lograr realmente el acceso oportuno y de calidad a la salud. La propuesta es que se creen mecanismos para que vigilen y controlen las contrataciones adecuadas y reales del recurso humano en los ámbitos prestacionales de las Instituciones Prestadoras de Salud. Un ejemplo claro de ello, es tener el personal adecuado para atender oportunamente y con calidad al paciente, que un mismo especialista no trabaje simultáneamente en más de una Institución Prestadora de Salud que es lo que han venido haciendo, y eso ha hecho que muchos de los pacientes se mueran esperando atención en estas instituciones, porque llega una persona infartada y realmente el especialista está en otro sitio cubriendo, y de aquí que llegue a ese sitio, tardan dos horas y finalmente la persona muere.

Preocupa o nos preocupa a nosotros en el Valle del Cauca y a la entidad que yo represento de manera exorbitante, que la clase política del país y la dirigencia pública se apodere del Sistema y vuelvan los fortines políticos que se apoderan de los billonarios recursos y el Sistema vuelva a colapsar sin cobertura ni calidad exigida. Preocupa de manera exorbitante que las instituciones públicas que manejen las afiliaciones, los pagos, los controles, sean paquidérmicas, obsoletas, malas como son la mayoría y que finalmente terminen maltratando al usuario.

Preocupa de manera exorbitante que durante el trámite legislativo de la reforma se le hagan todas las maromas y peripecias para favorecer intereses personales de la dirigencia política de este país, y nos preocupa finalmente que tengamos un señor Superintendente de Salud y que finalmente en 20 años, que fue nombrado por el Gobierno, no hizo absolutamente nada, y preocupa que la salud en Colombia, con esta reforma que se plantea, siga siendo nuevamente, y lo digo con mucho respeto, un fortín político de muchos, que finalmente lo único que han hecho es aprovecharse de lo que nos corresponde a nosotros y muchas de las personas que en alguna ocasión tuvieron la oportunidad de hablar hoy ya no están porque no recibieron un

efectivo control médico. Muchísimas gracias, esta es nuestra propuesta desde el Valle del Cauca.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias doctor Édison. Yo quiero anunciarle a la audiencia, que de parte de la Comisión Séptima hay quórum deliberatorio, estamos acá cuatro Senadores interesados en escuchar a todos los que quieran intervenir, está el Gobierno con el señor Viceministro de la Salud y Protección Social, y el señor Ministro que anunció su llegada. De tal manera que nosotros vamos a darle curso a esta audiencia y a evitar y está la Representante Gloria Estela Díaz, del tal manera que si bien es cierto que queremos escuchar las inquietudes y las preocupaciones de todos, también vamos a evitar los debates que no conduzcan a que esto realmente genere resultados para que salga un proyecto de ley, que repito, sea una construcción colectiva de todos los colombianos. Sigamos Secretario, si tiene alguna propuesta.

Intervención señor:

Lo que estamos viendo hoy nuevamente es la falta de seriedad por parte de esta Comisión al no estar presentes todos, la de hace ocho días los citaron a las once de la mañana y prácticamente no vino nadie, solamente vinimos algunas personas, hoy se presenta la misma situación, no es que yo quisiera sembrar discordia entre ustedes y nosotros, pero es que vuelvo a repetir, cómo nosotros vamos a tomar con seriedad lo que ustedes están proponiendo si vuelve a repetirse lo que su seriedad... de 60 Senadores que tienen que estar acá, solamente hay dos o tres presentes.

Entonces si las asociaciones de pacientes que están acá presentes aceptan que esta audiencia se aplase para nueva fecha, yo sé que...

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Mire, nosotros no queremos hacer un debate de esta audiencia, queremos escuchar a la gente, queremos que la gente participe. Senador Ospina tiene la palabra.

Honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez:

Bueno, primero presentándole un saludo a todas las personas que han asistido. Yo soy Senador por parte del Polo Democrático Alternativo, soy oposición en casi la mayoría de los temas que se presentan en el Congreso de la República, quiero explicarles que un ambiente de audiencia no es de debate, los debates se dan en los momentos de las votaciones de los proyectos de ley, cuando nosotros hacemos las ponencias. En el día de hoy hemos hecho un gran esfuerzo por poderlos escuchar a ustedes y escuchar sus ponencias para nosotros poder así alimentar las nuestras, con lo que sienten las asociaciones de usuarios. En mi concepto, personalmente, si levantan esta audiencia pierden

los usuarios, porque va ser más difícil que después se vuelva a poder a programar y haya tiempo con antelación para poder hacer las respectivas ponencias de ustedes. Yo los invito, no están todos los Senadores, corrijo son trece (13) Senadores de la Comisión Séptima los que deberían estar en este momento, hay cuatro que están excusados, estamos cuatro presentes, lastimosamente los otros no han llegado, pero estoy seguro que las UTL, o sea las personas de los equipos de ellos, están aquí sentados dentro del auditorio, lo más importante es que nosotros los escuchemos, dense la oportunidad a todos ustedes de hacer sus planteamientos en este espacio, aquí los vamos a escuchar, aquí vamos a tener en cuenta sus ponencias y vamos a alimentar nuestra ponencia.

Pero por favor si se retiran vamos a tener la gran dificultad de que no vamos a saber qué están pensando los sectores organizados en la salud en el país, a mí me acaba de encantar la ponencia que trae el padre Huérfano, que es el representante de las Asociaciones de Usuarios de Cali y del Suroccidente del país.

Los que tengan ponencia por favor, hagan uso de la palabra, este es el momento, no va haber otro momento, no va haber otros espacios por la premura del tiempo. Yo los invito a que sigamos y los que podamos escuchar, escuchamos y los que no están y los Senadores que no se encuentran pues lastimosamente, no están. Qué le vamos hacer, pero denos la oportunidad a los que nos encontramos aquí en estos momentos y los queremos escuchar. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Continuamos Secretario con el orden de intervinientes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Laura Ramírez y Denis Silva por Pacientes Colombia, ¿se encuentran presentes?, ¿Laura Ramírez y Denis Silva?

Pacientes Colombia, Denis Silva:

Nosotros hacemos parte de Pacientes Colombia, es un movimiento social que agrupa a 146 organizaciones sociales que trabajamos con personas que viven con alguna patología de alto costo, y respetuosamente si llamamos la atención a los señores Senadores, es vergonzoso, entendemos los cuatro que están enfermos, pero la semana pasada hubo audiencia para entes territoriales y todos estaban presentes, lo mismo sucede con el señor Ministro Alejandro Gaviria, siempre algo le sucede para llegar cuando hay que oír al ciudadano, y el primer cuestionamiento que nosotros queremos hacer es si el señor Ministro está impedido o no está impedido, recordemos que él hacía parte del Grupo Antioqueño, el Sindicato Antioqueño del Grupo Bancolombia, y Bancolombia tiene intereses en EPS; su esposa que hoy es día Viceministra

de Hacienda, representaba a los aseguradores, curiosamente el Capítulo VI de la ley, del Proyecto de ley 210 está para favorecer al tema de los seguros, entonces, y llevamos tiempo preguntándole al Ministro, y creo que el Ministro no puede seguir jugando con la dignidad del ciudadano, si está impedido que lo diga y si no está impedido que lo diga para continuar en el debate.

Aquí está el otro Ministro, que es Juan Pablo Corredor su asistente. Siempre nos generan todas las trabas cada vez que solicitamos hablar con el Ministro, siempre tenemos la primera barrera que es el asistente, lo mismo sucede cuando vamos a las EPS, si entramos al Proyecto 210, curiosamente que hoy en día el Ministro está haciendo audiencias con todos y con todas en diferentes ciudades, por qué no nos invitó a construir antes y no después, no se supone que es para el proyecto que va a mejorar la salud de 46 millones de colombianos, no se supone que el proceso lo tendríamos que haber hecho antes, porque siempre, siempre el ciudadano es el último. Ojalá que nosotros podamos hacer un ejercicio, y estar muy pendientes de cuáles son los Senadores que nos van a apoyar y recuerden que vamos a entrar a elecciones y ahí nosotros devolvemos el apoyo o el no apoyo a los que nos apoyan o a los que no nos apoyan.

Es curioso que cuando vienen los señores de las EPS a este sagrado recinto todos están, pero nosotros ponemos la plata para el Sistema, porque aportamos, ponemos los muertos para el Sistema para que los señores de las EPS tengan mayor rentabilidad, y no pasa nada. Hace poco alguien decía que el Sistema no necesitaba una reforma, que necesitaba un retoque, el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, dice que no hay crisis no, y no hay atención en ninguna de las EPS del Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado. A mí me encantaría algún día salir, con todo el respeto con los Senadores y hacer trabajo de campo, tomemos un día, hagamos el ejercicio, llamemos a un call center a ver si nos dan citas; vayamos a un farmacia a ver si no nos dicen venga mañana, venga mañana, vamos. Por qué algún día no hacemos un trabajo de campo y vamos al laboratorio clínico a ver si nos dicen: no hay reactivos, y creo que es muy doloroso cuando nosotros vemos que muchas madres pierden a sus esposos, muchos esposos pierden a sus esposas, muchas madres pierden a sus hijos porque el Sistema es indolente, porque el Sistema no tiene en cuenta la necesidad del ciudadano, y el Ministro Ingeniero solamente le preocupa el famoso situado fiscal, cuánto dinero tenemos, cuántos servicios vamos a dejar de recibir.

Cuando nosotros analizamos y créenme, mire, nosotros en Pacientes Colombia y todas las organizaciones que están aquí hemos hecho el ejercicio minucioso, yo me he leído más de 30 veces el proyecto. Y digo es que definitivamente como soy antiministro, entonces quiero hacer el ejercicio como ciudadano, como activista, como persona, como

paciente, y creo que le encontraría tres aspectos positivos.

1. El intento que el Estado colombiano tenga la rectoría del Sistema. Yo aplaudo eso, porque en este momento quien tiene la rectoría del Sistema son las EPS, primera situación, les decimos fabuloso y acompañamos esta iniciativa.

2. Aspecto positivo que vemos, es el famoso Salud Mía, pero entonces decimos, esto es un negocio para las EPS. Le pusieron un banco para que les paguen todo lo que las EPS van a pedir, van a hacer. Entonces cuestionamos eso. Fabuloso que al Superintendencia Nacional de Salud, que la Superintendencia de Industria y Comercio, y todos los órganos de control puedan participar haciendo control y veeduría al Sistema, pero en los 67 articulados en ninguna parte, en ninguna parte habla de cuál es la función de uno y de otro actor.

Y el tercer aspecto que me parece importantísimo no, cuando uno analiza, los postulados los habla de la integralidad y yo digo fabuloso porque eso lo tenemos hoy en día, después de haber puesto muchos muertos tenemos derecho a la integralidad, pero cuando empezamos analizar cada uno de los artículos, ya no tenemos integralidad, porque nos dicen: ustedes tienen integralidad siempre y cuando haya situado fiscal. ¿Qué es eso señores? Es capacidad económica del Estado.

Antes de darle la palabra a mi compañera Laura, voy hablar de los aspectos negativos.

Uno, la politización del Régimen Subsidio, ahora en la propuesta está, que lo manejen los alcaldes y gobernadores, y en extramuros decía el señor Ministro, se lo decía a los alcaldes y gobernadores con eso les voy a dar contentillo, entonces es la ley del contentillo para los que aportan votos a reelección, y al ciudadano qué.

Aspecto negativo, los dineros de la salud dejan de ser públicos y pasan ser inembargables una vez lleguen al banco de la EPS, tiene presentación esto, un proyecto de ley para favorecer a los que han delinquido y a los que se han robado el dinero, pero lo más grave y respetuosamente antes de que me saquen de este recinto, es que aquí se aprueban leyes como estas, en este país a los grupos que delinquen se les envía un mensaje directo, delinquen que esta papa ha estado para favorecerlos, eso es denigrante.

El tercer aspecto negativo que nosotros vemos, es el tema del premio a las EPS. En el Capítulo V hablan sobre las funciones de los gestores, primero que el señor Presidente de la República está en mora, en salir a decir, así como tuvo la valentía y lo mismo el señor Ministro como tuvo la valentía, tuvieron la valentía para decir que las EPS se acabaron, que salgan a decir públicamente que las EPS no se han acabado y no se van acabar, que simplemente dejan de llamarse EPS y ahora se van a llamar Gestoras si el proyecto es aprobado. En-

tonces nosotros rechazamos esto, porque se le dan tres funciones importantísimas:

1. Van a conformar las redes.
2. Van hacer parte de las redes.
3. Ellas van a auditar a las redes.

¿Es negocio o no es negocio?, y fuera de eso como dicen, señores y señoras como dicen nuestras abuelas les den la ñapa y es una ñapa así, les pusieron un banco que es Salud Mía, y Salud Mía va a pagar todo lo que dicen ellas, y ahí otra ñapa el vendaje Juan Pablo, que usted es coautor de esto, y el vendaje es que la van a premiar, les van a dar incentivos para que, ellos se van a quedar con la torta grande del pastel, es todo el nivel uno y dos que es el 80% de la población que consulta los servicios del nivel uno y dos, ellas van a ser premiadas para que los ciudadanos que necesitamos el servicio de tercer nivel no pasemos, y ahorita le doy la palabra con lo siguiente, qué aseguradora va recibir a un ciudadano cuando tiene un patología como cáncer, VIH, trasplante o cualquier otra enfermedad de alto costo, se le olvidó al Ministro que es que en nuestro país hay miles y millones de colombianos que no tiene cómo pagar la cuota moderadora, que no tienen para el transporte, que tienen que vender lo que sea para pagar en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado.

¿Será que debemos seguir con economistas manejando la salud?, no, no, tu, porque tú tienes toda la presentación y creo que nos pueden regalar cinco minuticos, cierto Senador, sí, el Senador dice que sí, gracias Senador.

Entonces definitivamente no podemos seguir pidiendo ingenieros y economistas manejando la salud. La salud tiene que ser manejada por expertos y en este país hay expertos que conocen de salud. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias, continúa en el uso de la palabra.

Pacientes Colombia, Laura Ramírez:

Gracias. Buenas tardes, buenas tardes a todas las personas que nos acompañan el día de hoy, especialmente a las organizaciones de pacientes, a las asociaciones, que hacen un esfuerzo grandísimo para estar en un escenario de estos donde sí... Presidente de la Comisión, lo que esperamos es que los pacientes seamos oídos y que tengan en cuenta nuestras propuestas.

Rápidamente voy a pasar a hablar puntualmente de los puntos que desde Pacientes Colombia hemos analizado respecto al Proyecto de Ley Ordinaria número 210 que radicó el Gobierno nacional en las últimas semanas.

Lo primero que hay que llamar la atención son los principios, nos muestran más de 20 principios en donde parecería una ley garantista, pero noso-

tros preocupados por la salud de los colombianos y por el interés que tenemos desde pacientes, solicitamos que se elimine el concepto de salud como un servicio, porque al dejarlo como servicio nos adecuan como usuarios, entonces ahí dejamos de tener un derecho que es fundamental.

También le decimos no de manera categórica a la capacidad de pago, y lo que tiene que ver con corresponsabilidad, porque es que aquí en Colombia son muchos los determinantes sociales que se deben de tener en cuenta y no podemos ser comparados con países como Inglaterra o Alemania o Estados Unidos, respecto a nuestro Sistema de Salud, porque realmente todas las cosas que tenemos que vivir aquí en Colombia, como el tema geográfico, las barreras que hay para poder acceder a diferentes lugares del país, el tema de agua potable, de alimentación pues tiene que ver. Y aquí el tema de corresponsabilidad, de autocuidado que nos quisieran imponer a nosotros los ciudadanos, pues sería perjudicial para todos.

Un principio que solicitamos de manera importante eliminar, es el de inembargabilidad, cuando dicen que los dineros de la salud van a dejar de ser públicos y van hacer privados desde que Salud Mía, el fondo que se crea pasa y lo entrega a cada uno de los autores, sentimos que con esto se estaría legislado a favor de unos actores interesados en el sector como son las Gestoras y además se estaría permitiendo legalizar el negocio de la salud y que la salud se pierda.

Esto, aprovecho que está aquí la doctora Gloria Estela Díaz, que nos ha informado acerca de los avances y los conceptos que ha dado la Contraloría de la República, diciendo que de pasar este principio, tal y como estas muchas, de las seiscientas o más de seiscientas investigaciones que en este momento se adelanta en el país se perderían. Entonces, nunca van a castigar a las personas que se han robado el dinero del Sistema de Salud, por eso hacemos un llamado para que cuando se esté debatiendo esta ley este principio salga.

Y aquí aprovecho para nombrar algo importante, y es lo que hemos tenido de la reforma al Sistema de Salud, es que han sido votadas en bloque y a pupitrazo, que los artículos no se han discutido, estos son aproximadamente seiscientos artículos que esperamos que tengan todo el debate, que tengan todo la concertación para darle a los colombianos el proyecto de ley y la salud que nos merecemos.

Respecto al Fondo Único que es el Capítulo número dos, nos habla de que Salud Mía va hacer un super Fondo que se va a encargar de afiliar y de recaudar las afiliaciones de todos los colombianos y a su vez pagarle a los prestadores, aquí lo que pedimos son roles claros de inspección, vigilancia y control que es lo que tanto le ha faltado a este Sistema de Salud, cuál va ser el rol que va cumplir la Superintendencia de Salud, la Superintendencia Financiera que según el proyecto de ley entra a jugar un papel importante. Nos llama la atención

que dentro del proyecto no se encuentran ubicados órganos de control, como la Procuraduría, la Contraloría, las Veedurías Ciudadanas, y también consideramos importante que si llega a existir este Fondo hallan auditores externos que se encarguen de hacer todo el manejo y de ver que realmente el dinero de la salud no se pierda.

También solicitamos que se garantice el proceso de pago de todo lo que se va a referir a licencias, que según el proyecto estaría en cabeza de las Gestoras y creemos que se debe garantizar el mecanismo de pago directo que sean efectivos, tanto a los prestadores y también en los regímenes especiales, porque lo que hemos entendido del proyecto es que Salud Mía se encargaría de recoger la información y de recoger el dinero de todos los prestadores.

En el plan de benéficos MI PLAN, aquí lo que nosotros como colombianos debemos exigir es una atención oportuna con calidad, con integralidad y hay algo que nos preocupa bastante, y es el artículo 15 que dice: el listado de exclusiones, entonces si bien el artículo 14 ofrece un MI PLAN a todos los colombianos, el artículo 15 nos dice que va a ver algunas prestaciones que van a estar excluidas y es importante que se elimine ese articulado, el literal b), en donde dice que va a estar excluido todo aquello que tenga como finalidad diagnosticar o curar la enfermedad, entonces aquí nos preguntamos, ¿qué pasa con todas aquella patologías que no se pueden curar?, entonces una vez diagnosticadas van estar fuera del listado, van a estar dentro de un listado de exclusiones y el Estado y el Gobierno bajo ningún motivo entrarían a pagarlas.

Entonces aquí entra otra vez a jugar el tema de la capacidad de pago, en donde si yo quiero recibir un tratamiento o quiero que atiendan a mi familia pues tendré que vender mi casa para poder recibir la atención que necesita.

También hemos identificado que quedaría un limbo entre lo que está dentro del plan, MI PLAN, y lo que está en el listado de exclusiones, pues si el Invima da registro sanitario a una tecnología entra eso, en cuál de los dos estaría, entonces ahí normalmente la historia nos ha dicho con todo lo que pasó con el No POS, que tanto las EPS como el Fosyga, entre todos se lavaban las manos y al final al paciente nadie le cubría los servicios que necesitaba. Entonces tenemos que ver dentro del proyecto de ley, cómo se garantizaría este aspecto. Y lo que pedimos es que no se pierda el derecho en los servicios de salud.

Hay un principio importante que habla de la progresividad, y ese principio dice que la progresividad va atada a la capacidad económica y administrativa del Estado, pero en lo que como colombianos no podemos permitir, es que si el Estado, si el Gobierno permite que se roben o tomen prestada la plata algunos actores para hacer condominios, para hacer canchas de golf, para patrocinar partidos de fútbol, y mientras tanto a los usuarios se

nos esté negando la prestación de los servicios en salud que requerimos, eso no lo podemos permitir.

Para seguir, porque aquí ya la presentación se colgó. Gestores de servicio de salud, decimos no a la integración vertical, lo que hablaba hace un rato mi compañera Denis, es que se está permitiendo en el proyecto de ley que las Gestoras se hagan cargo de la red básica de servicios, lo que hemos identificado es que si a las Gestoras les va resultar como un negocio o les va resultar bueno estar en la parte básica y tener a todos los pacientes dentro de su red básica, pues no le va a interesar remitirlo a una red especializada. Entonces eso va a hacer que todos los pacientes quedemos capturados en la red que ofrece la Gestora en virtud de la integración vertical que no tiene ningún limitante y que no podamos pasar a tener la atención especializada en patología como cáncer, artritis, enfermedades huérfanas, entre otras tantas que requerimos de atención especializada.

También es importante el tema de que, las Gestoras van a tener un poder dominante dentro de este Sistema, y dentro de unas de las funciones dice que las Gestoras podrán ayudarle a Salud Mía en el tema de la afiliación y recaudo, entonces aquí nos llama poderosamente la atención, que si la virtud del proyecto de ley es que va a haber un Fondo y que las EPS ahora llamadas Gestoras ya no van a manejar los recursos en salud, pues que pasan si al final dice que le van a poder apoyar a Salud Mía, entonces no quedan tan determinados los roles, es más de lo mismo.

Finalmente en el tema de los prestadores es importante que se le garantice un pago oportuno a los prestadores de servicio de salud.

En el Capítulo VI, que es cobertura complementaria, solicitamos de manera vehemente que este capítulo sea eliminado del proyecto de ley, porque es que cuando le empiezan hablar a uno dentro de una reforma que es a la Ley 100 de todo lo que es referente a la cobertura complementaria, pareciera que quieren limitarnos los derechos que en este momento tenemos en salud y empezar a empujar al ciudadano a que tomen planes complementarios para que se haga cargo de las patologías o de las enfermedades que empiezan a sufrir él y sus familias, y con todo esto no estamos de acuerdo porque es que ya tenemos unos derechos que hemos ganado en salud y que no podemos perder en este momento.

Ya para terminar el Régimen de Transición nos llama poderosamente la atención porque no sabemos qué va pasar con los usuarios en este entretanto, y aquí es importante que el Congreso defina si van a ver dos años de Régimen de Excepción, los problemas que tenemos en el ya, necesitan solución en el ya, porque son muchos los pacientes que en este momento se están muriendo sin recibir la atención que necesitan, las largas filas desde la una de la mañana en las EPS esperando una autorización, pacientes durmiendo en el piso por-

que el hospital ya no tiene cómo atenderlos, esos problemas mientras este año nos vamos aquí en audiencias que son muy importantes y muy relevantes para el sector, se están perdiendo todos los pacientes y toda la gestión y toda la atención que deben realizar, el tema del Sistema de Salud nos involucra a los 46 millones de habitantes y el Congreso tiene la responsabilidad de darle la respuesta a todos los colombianos con un Sistema de Salud que realmente le garantice y que le brinde toda la protección y la atención que necesita.

¿Qué va a pasar con las EPS que no se puedan transformar en gestoras?, ¿van a terminar de saquear los recursos del Sistema?, ¿van a terminar de negar servicios de salud y mientras tanto nosotros los pacientes, qué vamos hacer?, ¿ante quién vamos a acudir?, y la acción de tutela es importante reiterar que todos los colombianos tenemos derecho a acudir a la acción de tutela, que este es un derecho que no se puede limitar, y que al leer todo el articulado de la ley, lo que uno encuentra es que en virtud al situado fiscal se le empieza como a coartar al médico que pueda prescribir o formular lo que el paciente realmente necesita y entonces no recibir la atención que requerimos para curar nuestras vidas.

Para terminar doy gracias a todas las personas que nos escuchan, esperamos que estas propuestas sean tenidas en cuenta, esperamos que los pacientes, todos los usuarios que nos encontramos el día de hoy aquí presentando las propuestas al Congreso, sean llamados de manera reiterativa en todo el año legislativo en el que estamos, ¿por qué?, porque tenemos que buscar que la salud no sea un favor, que no sea un negocio como lo viene siendo, que por el contrario sea un derecho, hay otros proyectos de ley que van mucho más afines a las necesidades que tenemos los colombianos, en este Proyecto de ley número 210 lo que encontramos no es un cambio estructural al Sistema de Salud, lo que encontramos es un cambio de letreros, en donde cambia el Fosyga por Salud Mía, en donde cambia EPS por Gestoras, en donde ya no tenemos un POS sino un MI PLAN, pero sentimos que es más de lo mismo, y las necesidades de los colombianos mientras tanto siguen sin ser solucionadas. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias. Reiteramos de parte de la Comisión que lo que pretendemos es hacer una discusión amplia, reposada, incluyente y participativa, de tal manera que bienvenidos todos los aportes, las inquietudes y las propuestas. Secretario siga con el orden de intervinientes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Presidente, antes de anunciar el próximo interviniente, la Secretaría de la Comisión les informa que todo el resultado de esta audiencia pú-

blica será debidamente publicado como un acta de la Comisión en la *Gaceta del Congreso* y que las presentaciones digitales que nos están registrando se harán llegar a todos los integrantes de la Comisión. De igual manera la Secretaría de la Comisión informa que se encuentran presentes la Senadora Astrid Sánchez Monte de Oca y el Senador Edinson Delgado, Vicepresidente de la Comisión, con lo cual ya tenemos seis Senadores de la Comisión Séptima presentes en este recinto.

Se anuncia para intervenir al señor Heriberto Muñoz que viene de la ciudad de Cali en representación de Pacientes Psiquiátricos. Posteriormente se prepara la doctora Ángela Patricia Chávez de Enfermedades Raras.

El señor Heriberto Muñoz.

Pacientes Psiquiátricos, Heriberto Muñoz:

Reciban todos, un cordial y fraternal saludo de la Liga de Usuarios del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Lo que dijo el padre, lo que dijo la Senadora, lo que dijo el otro compañero, un poder tan repetitivo porque ya sabemos que las EPS son un negocio. Yo me permito traerle a ustedes una propuesta y al mismo tiempo hacer una petición al señor Ministro, y quiero que me la apoyen los honorables Senadores; el sufrimiento mortal que hay en Cali son los pacientes mentales. Nosotros como miembros de la Liga de Usuarios nos toca a diario solucionar los problemas, a veces pidiendo limosna para entregarle los medicamentos; por las EPS no los entregan y los pacientes recaen.

Yo quiero que tomen nota honorable Senadores, doctor Mauricio, doctor Ballesteros, doctor Hermes Ruiz. Hombre, es imposible que uno vaya a una EPS y voy a decir el nombre: Ensanar, el paciente radica una fórmula en el día de hoy, se la demoran diez días, a los diez días va, lo mandan a la farmacia, se la demoran cinco, van quince, se le demoran veinte hasta un mes, y el paciente recae, y cuando uno le dice: cumplan con la ley, la respuesta es: nosotros trabajamos con el reglamento de la empresa; o sea que la ley no vale, absolutamente no vale, así descaradamente honorables Senadores le contestan a uno: nosotros trabajamos con el reglamento de la empresa.

Nosotros tenemos una problemática en el Hospital Psiquiátrico, en el sentido de que..., voy a leer entonces algo que atañe a la Psiquiatría: es necesario garantizar la protección legal y la defensa de la dignidad del enfermo mental, principios de la ONU sobre protección de enfermos mentales y mejoramiento de la salud mental y principios éticos de la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

El artículo 3° de la Ley 1616, recién sancionada el 21 de enero, no la están cumpliendo tampoco, ¿por qué?, porque el artículo 3° dice textualmente: la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del

comportamiento, de la interacción, de manera tal que permita a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La salud mental es de interés, prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público, es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Si esto lo acaba de sancionar el Gobierno el 21 de enero y hacen caso omiso, que es una ley reciente, todos ustedes lo saben que están violando la ley y las leyes anteriores como la 1438, y muchísimas leyes inclusive sentencias de la Corte Constitucional, cómo es posible entonces que nosotros, mientras se llegan a acuerdos o se hace la reforma a la salud, ¿qué va a pasar con nuestros pacientes? Por eso yo no traje más cosas, mas discursos, porque no soy discursero, sino decirles lo siguiente: queda un estado de transición bastante largo, nosotros sí necesitamos, y necesito, honorable Senadores, doctora, hay una problemática muy grave, todos sabemos que en este momento gesta en Cali, creo que en Colombia, en todo Colombia, pero en Cali se ha propagado, doctor Mauricio, el matoneo. Muchas personas entienden qué es el matoneo, pero a veces no saben cuáles son las consecuencias; pacientes que tienen que hospitalizarlos porque se sienten amenazados de muerte, los cuales presentan intentos de suicidio y muchos ya se han suicidado, precisamente porque el miedo, el dolor, el terror que sienten, la persona nunca habla por la amenaza de muerte, señor Ministro, nosotros sí queremos que antes de que..., o que quede dentro de la reforma, nosotros sí necesitamos de carácter urgente para el Valle del Cauca, doctor Hermes, construir al Unidad Psiquiátrica en Pediatría, porque no se justifica que los niños, las niñas y los adolescentes tengan que hospitalizarse con los adultos, eso está sucediendo. No es porque el hospital lo quiera, sino que no tiene dónde y no hay sitio en Cali dónde hospitalizar niños con estos problemas mentales, no solamente por el matoneo sino por otros diagnósticos, pero son mentales, no tienen un hospital especializado, el único en el Valle es el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, hospital de formación, allí es el sitio, pero los recursos no los tenemos en el hospital. Grave la situación.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Buenas tardes señor Ministro.

Pacientes Psiquiátricos, Heriberto Muñoz:

Ah, pero, yo creo que me oyó, sí, claro, se asustó cuando dije enfermedades mentales.

Estimado, sí, claro todos, todos.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Le hago un llamado, señor Muñoz.

Pacientes Psiquiátricos, Heriberto Muñoz:

Señor.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Le hago un llamado al tiempo por favor. Al tiempo, al tiempo.

Pacientes Psiquiátricos, Heriberto Muñoz:

Bueno ya, todos conocemos el artículo 141 de la Ley 1438 el cual habla de los cuidadores y cuidadoras en casa, pero no habla de ninguna patología, de ninguna, simplemente que darán un informe o lo que diga el DANE, pero no es más. Nosotros sí pedimos, de manera encarecida para los pacientes mentales y puede ser para todos los que tienen estos problemas que tienen que..., es decir el familiar se convierte en un enfermero más en el hogar, el padre que tiene que cuidar a su hijo, a su esposa, pierde el empleo porque el sistema laboral en Colombia ese es, por cooperativas; y pierde el empleo y no le dan permiso, pierde el empleo y la mayoría de la gente, doctora, está viviendo en la miseria. Nosotros pedimos que siguiera, se le agregue un parágrafo a la Ley 1438, al artículo 141 que diga, agregue un parágrafo en el que se especifique que los cuidadores y cuidadoras de pacientes mentales en casa reciban una remuneración mensual de dos tercios del salario mínimo legal vigente, esto ayudaría a estas familias ya que viven en la miseria.

Con el otro flagelo, el flagelo de la drogadicción que infortunadamente no ha habido ningún Ministro que se meta en este problema de frente. Entre más días más jovencitos, más jovencitas están consumiendo sustancias psicoactivas. Nosotros pedimos, nosotros como miembros de la Liga de Usuarios, como defensores de los usuarios pedimos que de los terrenos incautados al narcotráfico se le dé un terrero bastante espacioso para construir allí los albergues para los muchachos que están con problemas de drogadicción, y otro terreno para hacer unas construcciones para albergar a los pacientes desamparados, o sea los pacientes crónicos, a los que la mayoría les dicen otro nombre que no lo voy a decir aquí porque me castigan, pero es imposible doctor Mauricio que en el Hospital Psiquiátrico tengamos tres pacientes que tienen un año de estar allí, no es porque nos estorben, sino porque nos están ocupando una pieza o una cama para otro paciente, porque no tienen a dónde llevarlo.

En Pasto está copado, el hospital que es dónde la Secretaría Departamental del Valle envía a los pacientes, nosotros necesitamos urgentemente que ustedes nos colaboren en este sentido.

El Acuerdo 029, doctor, señor Ministro, este sí que es maluquito porque es que aquí, dice: principios activos de medicamentos según artículo 31, garantía de continuidad a los medicamentos. Esto

nadie lo está cumpliendo, yo lo decía al principio, el problema con los medicamentos para estos pacientes no los están entregando a tiempo y los pacientes recaen cada quince días, es decir, el paciente se hospitaliza, le dan la fórmula, se demora quince días, veinte, un mes, o no lo entregan, y vuelve y se hospitaliza, ¿por qué?, porque no está recibiendo el medicamento. Usted no me escuchó cuando yo dije ahora de que las EPS le dicen que cumplan con la ley, que entreguen los medicamentos y dicen que ellos trabajan con el reglamento interno de la EPS, y nuestros pacientes allá enfermos, graves.

Yo sí, entonces, le pido muy comedidamente señor Ministro, y con mucho respeto, expedir un comunicado a las EPS, al Hospital, de que los pacientes cuando salgan de consulta, inmediatamente se les entregue los medicamentos, eso se puede hacer señor Ministro, porque evitamos esto, es que ya, ya no nos aguantamos; yo tengo mi paciente, ¿no cierto? y yo sé qué es sufrir, yo sé qué es sufrir esta patología de estos pacientes. Una de las doctrinas de la psiquiatría es quitar el sufrimiento de los seres humanos, pero aquí los están violando, no entregan los medicamentos.

Pedimos hacer cumplir las leyes y la Constitución, porque se siguen vulnerando los Derechos Humanos y aún más en pacientes mentales a los cuales se le trata todavía como si estuviésemos en el siglo XVIII, que fastidio atender a un paciente mental, que fastidio en las EPS, uno va con una fórmula y lo primero que le dicen: espérese u hospitalícelo por urgencias. Señores, el desprecio que sentían por los pacientes mentales en ese siglo era el desprecio de la humanidad, pero cuando se empezó a estudiar el comportamiento del ser humano, que vinieron los psiquiatras y los psicólogos a hacer este estudio, empezaron con los medicamentos a..., de muchísimas condiciones pero no están cumpliendo con esto.

Estamos de acuerdo con que la salud la vuelva a manejar el Estado y no los particulares, dejar eso sí, a las entidades que cumplan con los requisitos de ley y la Constitución. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias señor. Yo quiero insistirles a los señores intervinientes que vamos a tratar de orientar nuestra participación hacia el proyecto de reforma a la salud. Entendemos y comprendemos las legítimas solicitudes que puedan hacer algunos, muy puntuales, de sus regiones, pero entiendan también que las leyes son generales, son impersonales y que lo que tratamos de construir aquí es un proyecto de ley que sea con el aporte de todos los colombianos frente a una necesidad de una reforma estructural a la salud. Secretario continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene la doctora Ángela Patricia Chávez de la Federación Colombiana de Enfermedades Ra-

ras, y se prepara el señor Luis Martínez, de manera excepcional quien no trae presentación; y el señor Presidente le concede un tiempo prudencial inferior a los quince minutos que se les está dando al resto de intervinientes.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Sonido por favor.

Federación Colombiana de Enfermedades Raras, doctora Ángela Patricia Chávez:

Tengo un reto enorme porque en quince minutos voy a tratar de hacerles ver lo vulnerable y minoritario de una comunidad que está en peligro de extinción, digámoslo así, y además presentarle a ustedes las propuestas que tenemos para los afectados de enfermedades raras y que tenemos en el marco de las actuales propuestas y que es una propuesta no solamente para el marco de la reforma en la ley ordinaria que se ha presentado por parte del Gobierno, sino en las diferentes reformas que se piensan presentar al Sistema.

Quería decirles, primero, que vengo en representación de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras, una entidad gremial de carácter nacional que reúne a 27 asociaciones de afectados con enfermedades raras y que trabaja constantemente por la difusión, por el trabajo político, por la formulación de políticas públicas y por la construcción de propuestas sociales organizadas para los afectados, y también lógicamente su interacción con las entidades de Gobierno y con las demás entidades que tiene que ver con este tema.

La Federación nace en 2011 porque precisamente no existía en Colombia una respuesta ni un movimiento organizado de afectados y de pacientes que pudieran responder claramente a la cantidad de problemas que tenemos en este momento los afectados con enfermedades raras. Me presento también como madre de una niña que murió por causa de una enfermedad rara, mi hija Lucía, murió por causa de la leucodistrofia metacromática, una enfermedad de una incidencia de uno en cuarenta mil niños nacidos y de una prevalencia de uno en setecientos sesenta y cinco mil personas. Así que se pueden ustedes imaginar que si existen problemas, y es lo que nos preocupa para las enfermedades más comunes, que será para nosotros los afectados con enfermedades raras, y es por eso que traemos aquí una propuesta rápidamente que queremos traer a colación.

Hay cosas de bases de las propuestas que son también, lógicamente como lo han expuesto algunos de los representantes de las asociaciones de afectados, preocupaciones comunes para los afectados con enfermedades raras, pero lo que queremos mostrar aquí es porque es que necesario que el Gobierno nacional empiece a mirar a esta comunidad como realmente es: una comunidad minoritaria, una comunidad vulnerable que requiere definitivamente del Estado una respuesta y un en-

foque diferencial para poder resolver claramente los problemas que nos afectan.

En Colombia tradicionalmente los afectados con enfermedades raras no han sido considerados como una población sujeta a diseño de políticas públicas, las enfermedades raras no existen como dimensión social, ni dimensión real en la ejecución de planes o programas de salud y protección social; para la muestra tenemos las dimensiones de salud pública establecidas y votadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012, 2021, las cuales no permiten de ninguna manera se les concediera acciones coordinadas que palié o dé soluciones a las necesidades de los afectados con enfermedades raras.

El hecho es que irrefutablemente existimos y somos sujetos extremadamente vulnerables, no solamente a causa de nuestra condición social, económica o ubicación geográfica, sino porque efectivamente sufrimos de enfermedades desconocidas, crónicas, debilitantes, poco frecuentes y además de todo: somos pocos, estamos dispersos geográficamente y el conocimiento sobre estas enfermedades raras es poco y no se encuentra disponible para un adecuado diagnóstico, tratamiento y atención y porque nos enfrentamos a notorias barreras políticas, administrativas, económicas, científicas y de desconocimiento de la problemática de los afectados.

El derecho internacional reconoce que ciertos grupos de personas tienen necesidad de protección diferencial a raíz de sus situaciones específicas y en algunos casos de su vulnerabilidad manifiesta o de inequidades estructurales en el Sistema, y es a esa consideración y de esa manera y de ese objetivo que queremos presentar frente a los honorables Senadores, al señor Ministro y al señor Viceministro, esta presentación que tenemos y esta propuesta. Desde ese enfoque que aunque somos pacientes, aunque somos colombianos, aunque somos ciudadanos, necesitamos un enfoque diferencial para poder tratar la problemática de las enfermedades raras y la razón de esta presentación es precisamente entender esa diferencia.

Quería comentarles o traerles algunas estadísticas tristísimas en el tema de las enfermedades raras, para que entendamos que esto es realmente un problema de salud pública: el 35% de las muertes en niños menores de un año, son producidas por las enfermedades raras; una de cada diez muertes entre el primer y los quince años de edad es producido por una enfermedad rara; el 80% de las enfermedades raras tiene origen genético; el 50% de los afectados con enfermedades raras tiene pronóstico vital de riesgo, el 65% son graves y altamente incapacitantes, producen una inmensa carga familiar y social, los pacientes con enfermedades raras sufren discapacidad física en un 87%, emocional en un 83%, discapacidad social en un 75%, discapacidad sensorial en un 53%. Todos estos datos son ya soportados por estudios realizados en Europa.

Y para poder entender esto y la problemática tan inmensa que tenemos que una enfermedad rara puede afectar a muy pocas personas, pero en conjunto afectan a muchos colombianos, tenemos que más o menos entre 3% y el 5% de la población puede estar afectada por una de las enfermedades raras o por una enfermedad rara, eso ya nos habla de más de dos millones de colombianos que pueden estar en esta situación.

Para poder apelar a la defensa de los afectados con enfermedades raras quisiéramos traer varios principios que pueden estar en los proyectos de ley, pero que queremos traer y determinar bien aquí por qué son importantes esos principios para nosotros: el principio de igualdad, que dice que hay que proteger a las personas que se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad o debilidad manifiesta de manera que se logre la igualdad real y efectiva. Ya les diré por qué eso no está sucediendo con los afectados de enfermedades raras. El principio de derechos que significa que la política sea entendida como que mi derecho tiene que estar teniendo un correlato en el trabajo del Estado, de manera que cuando el Estado trabaje para garantizar esos derechos efectivamente yo como ciudadana pueda acceder a los derechos que me están siendo garantizados en la Carta, que no está sucediendo tampoco para nosotros. El principio de equidad que dice, que hay necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía.

El principio de participación social e inclusión que lo estamos trabajando claramente y duramente dentro de la Federación de construir esta respuesta social organizada. De manera que no venimos solamente a quejarnos sino a presentar propuestas claras.

El principio de solidaridad, la Seguridad Social es esencialmente solidaria, no se concibe el Sistema de Seguridad Social sino como un servicio público solidario y la manifestación más integral y completa del principio constitucional de solidaridad es la seguridad social. La Seguridad Social es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que dispone la persona y la comunidad para que en cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen, se pueda proporcionar la cobertura integral de las contingencias especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, y tengo que hacer un énfasis sobre este punto, porque la familia afectada por una enfermedad rara no solamente vive menoscabada en su salud, en un proceso de enfermedad crónica, enfermedad genética, que seguramente, posiblemente, no se quiso ganar pero se la ganó y sufre además porque sufre un proceso de aislamiento y de empobrecimiento económico. El Estado colombiano y todos los colombianos debemos comprometernos con ser solidarios con esta población.

El principio de progresividad, el Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas de conformidad con la capacidad administrativa.

Traigo también, traemos el principio de sostenibilidad, teniendo en cuenta que somos conscientes de que debe haber una sostenibilidad del Sistema. Los afectados con enfermedades raras no pensamos que de alguna manera se nos debe solucionar todos los problemas a nosotros y que no importa qué pase con el Sistema, estamos claros en que el Sistema debe ser sostenible, pero hay que tener cuidado, porque si yo pongo o elevo a derecho fundamental que el Sistema sea sostenible por encima de que alguien acceda, eso si ya es muy peligroso, tenemos que tener en cuenta de que deben haber mecanismos suficientes para que los afectados puedan acceder.

De esta manera tenemos que decir que basados en esos principios, basados también en un principio importante para nosotros que es el del enfoque diferencial. Pues tradicionalmente los afectados con enfermedades raras no han sido sujetos de ese tipo de atención, y queremos aprovechar la reforma para que precisamente, en este momento, sea cuando se defina claramente la respuesta para los afectados, porque piensen ustedes que la solución que el Estado ha planteado, siempre las ha planteado para lo más prevalente, lo ha planteado para lo más común, lo planteado para lo que es visible, pero nosotros hemos vivido y hemos seguido luchando en un mar tempestuoso sin recibir una respuesta, siendo una comunidad existente, siendo una comunidad no visible, esperamos del Estado que empiece a tener ese enfoque.

Considerando esto, los afectados de enfermedades raras consideramos que ya es hora que en respuesta a los principios de justicia y equidad, hoy se haga frente a una realidad que establece de facto diferencias que deben ser reconocidas.

1. Los afectados con enfermedades raras existimos, somos una población minoritaria, vulnerable y sujetos de protección diferencial por parte del Estado colombiano.

2. Los afectados con enfermedades raras convivimos con la discapacidad, pero no podemos ser atendidos exclusivamente a través de las políticas de discapacidad que tiene establecidas el Estado.

3. Somos minoría, pero no cabemos en las políticas diseñadas para los grupos considerados minoritarios, porque ni siquiera se nos mencionan en los grupos considerados minoritarios.

Somos vulnerables pero no solo en razón a nuestro género, ni a nuestra edad, ni a nuestra condición social, ni a nuestra capacidad económica, ni

a nuestra ubicación geográfica, sino porque además sufrimos enfermedades poco comunes, crónicas, debilitantes y con alto índice de mortalidad, de origen mayoritariamente genético. Somos además, mucho más vulnerables debido a la estructura de un Sistema inequitativo, que no está preparado para abordarlas y al poco conocimiento que hay sobre estas enfermedades.

Sufrimos principalmente de enfermedades crónicas, pero no podemos ser abordados exclusivamente a través de las políticas para este tipo de enfermedades establecidas dentro del Gobierno. Y hay una cosa que hay que dejar muy clara, porque es que siempre se nos confunde con que enfermedades raras, enfermedad de alto costo. Las enfermedades raras tiene rangos muy dispares en cuanto al valor económico de sus tratamientos, por lo que aunque algunas llegan a ser de alto costo otras pueden ser de mediano o bajo costo, por lo que tampoco pueden ser abordadas exclusivamente con las mismas estructuras y políticas definidas para las enfermedades de alto costo, ni con los mismos esquemas utilizados para las enfermedades más frecuentes.

Dirán: ¿entonces cómo vamos a responder?, ¿qué vamos hacer?, la real, la real aplicación del principio de enfoque diferencial que debe entrar dentro de esta reforma es la siguiente: podrían apoyarnos muchísimo a nosotros si de verdad consideramos: primero que los afectados de enfermedades raras son una comunidad minoritaria, vulnerable y sujeta a enfoque diferencial.

¿Qué sucedería?, se acabarían los efectos de la discriminación. Una discriminación que tiene que ver con nuestra situación específica, nuestra vulnerabilidad y con las inequidades estructurales del Sistema. Facilitaría el desarrollo de programas que partan de entender las características, problemáticas y necesidades e interpretaciones particulares que tenemos los afectados con enfermedades raras, porque es que cuando nosotros vamos a participar del Plan Decenal de Salud Pública, y créame señor Ministro que lo hemos hecho muy juiciosamente, cuando hemos tratado de participar en la formulación de políticas no cabemos. Nos dicen háganse en tal aparte, háganse en tal otra, pero no podemos participar claramente. Así que necesitamos una adecuación en las modalidades de atención permitiendo la integralidad de una respuesta estatal.

Permitiría el reconocimiento, restitución y garantía de los derechos de nuestra población que tradicional o históricamente ha sido vulnerada, marginalizada y discriminada; y permitiría, además, realizar acciones positivas que no solo disminuyan las condiciones de aislamiento, sino que también apunten a modificar condiciones de salud, culturales y sociales que vivimos los afectados.

Por último, antes de lo que queremos proponer, quiero traer el principio nuevamente de progresividad relacionado con el tema de las enfermedades raras relacionado con el derecho a la salud. Re-

cuerden que el principio de progresividad habla de que el Estado debe ir hacia adelante, no se puede invocar el principio de progresividad para decir que nos estamos esperando un ratito para a ver cómo solucionamos este problema para ustedes, mientras los afectados con enfermedades raras se van muriendo. Necesitamos en este momento efectivamente que el Estado reconozca que somos una comunidad sujeta de atención diferencial y que efectivamente se van a establecer los mecanismos dentro de las estructuras estatales y gubernamentales para que se resuelva de una vez y por todas este proceso.

Recuerden que la Corte Constitucional dice lo siguiente: con respecto al goce efectivo de un derecho constitucional, fundamental, depende del desarrollo progresivo. Lo mínimo que debe hacer la autoridad responsable para proteger la prestación de carácter programático derivada de un derecho fundamental en un Estado social de derecho y en una democracia participativa es precisamente contar con un programa o con un plan encaminado a asegurar el efectivo, el goce efectivo de esos derechos.

Recuerden también que la Corte Constitucional dice lo siguiente: no poder garantizar de manera instantánea el contenido prestacional del derecho, es entendible por las razones expuestas, sabemos que el Estado tiene que establecer eso, pero carecer de un programa que de forma razonable y adecuada conduzca a garantizar los derechos en cuestión es inadmisibles constitucionalmente. El carácter progresivo de la prestación no puede ser invocado para justificar la inacción continuada ni mucho menos absoluta del Estado, precisamente por el hecho de tratarse de garantías que suponen el derecho, el diseño e implementación de una política pública, el no haber comenzado siguiera a elaborar un plan, es una violación de la Carta política, que exige al Estado no solo discutir o diseñar una política de integración social, sino adelantarla.

Y a eso es lo que llamamos ahorita, hagámoslo, entre todos podemos hacer realmente que de alguna manera nosotros los afectados con enfermedades raras podamos tener la respuesta que necesitamos.

Nuestra propuesta clara: dentro de cualquiera que sea la reforma que se presente, explicitar el derecho a la salud como derecho fundamental y no como servicio público.

Explicitar que el Gobierno reconoce a la población afectada por enfermedades raras como una comunidad minoritaria y vulnerable que requiere especial protección del Estado, quien se comprometerá de manera progresiva a generar esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Que se hagan declaraciones explícitas sobre el esquema de reaseguro y la modalidad de riesgo compartido que se aplicará para el pago y cubri-

miento de las enfermedades raras. Tenemos mucha preocupación sobre el tema de que hay una lista positiva y una de exclusión y las terapias más costosas para enfermedades raras no caben en ninguna de las dos listas, lo que quiere decir que abre una barrera. Que se haga explícita en la ley los organismos que se encargan de cumplir la función de bienes y servicios sociales complementarios, ¿no habrá más pañales?, ¿no habrá más transporte?, ¿qué va a pasar con una mamá que tiene un hijo cuadrapléjico que tiene que llevarlo al hospital para un control con neurología pediátrica?, ¿esa mamá que gana un sueldo mínimo y tiene otro hijo menor no va a tener protección? Que se hagan explícitos en la ley los mecanismos de gestión del riesgo para las enfermedades raras y que se elimine la apelación al principio de sostenibilidad fiscal cuando se trate de evaluar o pagar cualquier enfermedad.

Algunas inquietudes que nos quedan de la reforma, ¿por qué se permite la integración vertical, entre actores cuando se ha demostrado que esto ha generado corrupción?, dice la reforma: los dineros de la...

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Sonido por favor.

Federación Colombiana de Enfermedades Raras, doctora Ángela Patricia Chávez:

Los dineros de la salud son públicos hasta que se transfieren a los agentes del sistema.

¿Por qué van a cambiar el carácter de los aportes de todos los ciudadanos, y esto genera inquietudes sobre la situación, administración?, ¿por qué permitir que las mismas aseguradoras ofrezcan seguros básicos y complementarios?, ¿por qué se determina que las gestoras, oigan esto, que excedan sus gastos en los pagos de servicio de salud, deben hacerlo con cargo al valor de su patrimonio, incentivo perverso para seguir conteniendo gastos más en los casos que no se han hecho gestión del riesgo y el gasto no está calculado?, ¿por qué se va a sumir con los aportes de los colombianos las deudas de las EPS?

Queremos dejar sentada que queremos la inclusión de un artículo, solo un artículo insertado en la reforma, un artículo de las enfermedades raras, el presente artículo tiene como finalidad identificar a los afectados por enfermedades raras como una comunidad vulnerable minoritaria y sujeta de protección diferencial por parte del Estado colombiano, para tal fin se establece la adopción y la implementación de programas y políticas públicas que permitan avanzar progresivamente en el cumplimiento de los deberes correlativos a las obligaciones constitucionales de carácter prestacional y programático, permitiendo el goce efectivo de los derechos fundamentales; parágrafo, en ningún caso podrá invocarse la sostenibilidad fiscal como justificación de la no protección efectiva de los derechos fundamentales. Mil gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias. Secretario continúe. No, pero eso de últimas secretario, continuemos con el listado Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sigue en el uso de la palabra el señor Néstor Álvarez de Pacientes de Alto Costo, se prepara Jorge Alberto Romero de Control Social Veeduría Ciudadana.

Pacientes de Alto Costo, Néstor Álvarez:

Buenas tardes para todos, muchas gracias por la asistencia, a los Senadores que mostraron el interés de escucharnos a nosotros como pacientes, les agradecemos por estar hoy aquí presentes, señor Ministro y Viceministro y demás personas.

Como representante de Pacientes de Alto Costo, hoy quiero traer un mensaje no solamente de la gente de acá, sino de muchos ciudadanos que en muchas poblaciones pequeñas, en muchas ciudades alejadas que no tienen la oportunidad de llegar a todos estos espacios, me han hecho también llegar sus opiniones y no solamente en este momento, sino que hemos estado trabajando por muchos, la salud de muchos colombianos en todos los extremos del país.

Queremos hacer dos enfoques muy rápidos en función del tiempo, es sobre el proyecto que radicó el Gobierno y sobre otras alternativas que existen en este momento en el legislativo.

Rápidamente sobre el proyecto que radicó el Gobierno, nos vamos a referir al Capítulo I, y sí fue muy sorprendente para todos que después de que en la Sentencia T-760 se dijera que el derecho a la salud es un derecho fundamental, el primer encabezado, señor Ministro, es que se siga como un derecho público y netamente ligado a los derechos comerciales.

Pero ese no es el punto más grave, yo quiero hacer una pregunta a ustedes, ¿cuando los servicios públicos, ustedes se atrasan un mes con la luz cuántos días le dan de espera para cortar la luz?, en salud, aun siendo hoy un derecho, un servicio público, si usted no aparece cada día, los primeros 5 días del mes en la lista usted no tiene derecho a la salud, y tiene que entrar en la obligación a demostrar o que su patrono pagó o que usted pagó o que usted es beneficiario de un Sisbén y que está ligado a la asociación, entonces el primer llamado que hacemos al gobierno es que el derecho a la salud no puede estar ligado a un listado y que se deba validar mensualmente de acuerdo a si se pagó o no se pagó, si está afiliado o no.

Pero va más grave, nosotros tenemos un problema que ese derecho, siendo como servicio público, usted tiene que pagar el mes atrasado, pero ese mes no recibe servicios, entonces tenemos pacientes independientes que no pueden pagar ese mes y

por lo tanto no reciben medicamentos, tienen que suspender sus tratamientos, pero para el siguiente mes tener derecho a la salud debe pagar el mes atrasado, el mes que no le dieron servicios, porque la ley lo dice así, o sea es como si a usted le cortaran la luz, no tuviera un mes luz y le cobraran ese mes el promedio de servicio, entonces ¿a qué derecho fundamental le estamos anotando? Entonces el primer llamado señores Congresistas y lo traigo en nombre de mucha comunidad, de muchos ciudadanos, de muchos enfermos, de independientes que no pueden pagar, de esa clase media que se queda sin trabajo y que la ley tampoco respeta el derecho laboral de cubrirlos de acuerdo al número de semanas unos tiempos, las EPS inmediatamente no pagan, lo desafilian, desaparece el cubrimiento laboral, de acuerdo al número de semanas no se está cumpliendo, nosotros tenemos pacientes que con dos mil semanas cotizadas, con 1.500 semanas cotizadas, al otro día que se quedaron sin trabajo y lo retiran le suspenden toda la atención. Entonces no podemos seguir jugando a un derecho que se tenga que validar mensualmente, queremos un derecho a la salud con el solo hecho de haber nacido en Colombia y que el gobierno y el Estado nos garanticen un acceso permanente de acuerdo a necesidades.

El segundo punto que queremos tocar, es sobre la parte del artículo, de los principios de sistema dentro del artículo 4° y ahí queremos reaceptar absolutamente lo que hemos dicho aquí, como quedó en el acto legislativo en el parágrafo, es que la regla fiscal no se debe aplicar para los derechos fundamentales, o sea solicitamos a los legisladores que por favor ni siquiera quede escrito por memoria, por asuntos, asteriscos, párrafos, sino que se cumpla lo que quedó en el acto legislativo, por lo tanto la ley no puede quedar redactada haciendo alusión a la regla fiscal.

En el concepto que lo han resaltado sobre los principios de no perder el derecho público, esto está dicho, está advertido, aquí lo solicitamos absolutamente, porque eso quedaría en un vacío que va a permitir a las personas que se llevaron los dineros de la salud, que se le aplique la ley más favorable que sería, que ya no fueron dineros públicos, por lo tanto solicitamos que se siga garantizando.

Tenemos una gran duda sobre la parte reaseguro, no entendemos ni qué va a cubrir, ni qué es el reaseguro, ni qué se va a aplicar, ni cómo se va a aplicar. Entonces solicitamos en realidad una explicación a los colombianos, sobre ese tema del reaseguro, porque de pronto no lo entendemos en la facilidad o dimensión que lo entienden otras personas o como lo está entendiendo el Estado, y consideramos que es algo muy crítico. Perdón.

Tenemos alguna inquietud y estamos definitivamente en la parte de no considerar la intermediación como un factor que genere renta, generalmente en todas las intervenciones, en todos los controles políticos, en todas las partes nos han dicho,

que los colombianos no podemos tener derecho a todo lo que necesitemos en salud porque somos un país pobre, sin embargo no entendemos esta contradicción, que se nos diga que cuando uno está enfermo no se le puede dar todo pero el proyecto de ley sí garantiza que se deben dar unas utilidades a la intervención, entonces si hay dinero para generar unidades a la intermediación, por qué ponemos en la balanza dejar utilidades al negocio de la salud y no beneficiar a los colombianos. Eso es un paradigma que tenemos que romper, no somos pobres, y la sociedad colombiana sí ha portado, y sí nos hemos comprometido con salud, por lo cual solicitamos que no pueda haber utilidad por esta intermediación, si no desconocemos que un sistema de salud se debe administrar, que alguien debe comprar servicios, que alguien los debe administrar, pero de ahí no puede quedar una utilidad y menos estimulando a que se coloquen barreras de acceso para yo poder generar una utilidad.

En el Capítulo III, frente al plan de beneficios, yo sí considero y así me lo ha expresado mucha gente, no podemos firmarle un cheque en blanco a la reforma que nos digan, que el plan de beneficios se va a ampliar, pero si nosotros firmamos un cheque en blanco ya sabemos lo que ha pasado con la actualización del POS en los 20 años que ha habido, y quiero solamente hacer mención de las cosas tan absurdas como habían pasado, y voy a traer un ejemplo de que fue VIH, que incluyeron los retrovirales pero no incluyeron el laboratorio de carga viral, entonces no se podía controlar si era eficaz el tratamiento. Es cheque en blanco, yo traigo la palabra de muchos ciudadanos, no lo podemos dejar firmado, nosotros tenemos que saber ese plan de beneficios o ese Mi Salud como se va a llamar ahora, Mi Plan perdón, qué es lo que va a traer, porque aquí lo acaban de expresar mis otros compañeros, los otros representantes, lo que no va a quedar en la lista negativa y en la positiva, ¿lo vamos a asumir los colombianos?, sería un retroceso en los derechos en salud. Porque ahorita tenemos mediante acción de tutela o mediante acción de comité técnico científico acceso a los medicamentos y procedimientos que no están en esta parte. Entonces no podemos el país retroceder en salud con este planteamiento que se hace en la ley con un cheque en blanco, por lo cual solicitamos que el gobierno defina claramente las reglas del juego en lo que va a ser el concepto de Mi Plan.

El tema de los apartes de exclusión, totalmente de acuerdo con el concepto de esa palabra que quedó curativo, ya que sabemos que muchas terapias como la de la hipertensión arterial, la parte de los inmunosupresores, los retrovirales, son terapias para mantener las enfermedades crónicas que no curan, sencillamente es para controlar, entonces solicitamos que hay unas palabras que quedaron en el proyecto de ley que son muy peligrosas y como aparentemente las EPS se transforman en Gestoras y van a seguir con su misma función, sabríamos

lo que significarían en el derecho a la salud estas palabras en un proyecto de ley.

Referente al Capítulo IV, en las prestaciones del servicio de salud, ya han tocado el tema sobre la integración vertical, las redes de salud, pero sí queremos hacer mención sobre las redes de salud. Las redes de salud no se pueden convertir en otro intermediario, no se pueden convertir en otro intermediario que tenga una personería o una cámara de comercio que tenga que pagar impuestos y que tenga que generar utilidades, porque entonces no estamos haciendo nada, en eso solicitamos de que no se vaya a convertir ahora en otro margen de utilidad para, de los derechos, de los dineros de la salud, se conviertan en utilidades y no se traduzca en beneficios para los usuarios.

El Capítulo V sobre los gestores de la salud, definitivamente consideramos que esa intermediación no se debe dar, si bien es cierto que alguien debe administrar la salud, no la podemos dejar para un sector que quiera generar recursos, había una gran preocupación y que lo expresaban en otros foros y he escuchado al Ministro: es que los gastos en salud se pueden descontrolar, que si dejamos esa puerta abierta la plata se puede acabar. No nos oponemos a un control de gastos o una optimización del recurso, pero no a barreras, no a barreras y a quitarle derecho a los pacientes o a los enfermos que en algún momento demanden ese derecho en salud, entendemos que también la parte económica de la sostenibilidad, pero creo que desde que garanticemos un derecho fundamental, donde el gobierno garantice de una forma mediante impuestos directos o indirectos un adecuado cubrimiento de la salud para los colombianos, la sociedad colombiana sí le apuesta a eso, la sociedad colombiana le apostó a la guerra y dio plata para la guerra, la sociedad colombiana le podemos apostar para que haya plata para la salud como un derecho fundamental con un goce efectivo.

El Capítulo VI solamente cabe una palabra, eliminar. Yo creo que no vale la pena mencionar más, lo solicitamos oficialmente, Capítulo VI, no, una reforma no se puede utilizar para ampliar el mercado del negocio de la salud, créame que moralmente sería incapaz de poderse dirigir a un país diciendo que es que hay una oportunidad con la clase media para que crezca un negocio. Una reforma no puede llevar esa filosofía, una reforma debe llevar la filosofía de garantizar un goce efectivo al derecho a la salud, y ni siquiera hablar de la palabra negocio y menos ampliar el mercado y menos decir que hay ahí una clase media que tiene plata para darle a unos interventores para que se lleven un dinero, esto es un llamado a la clase media, la clase media va para ser pobre, sino va a haber clase media nadie va a comprar nada, esto tampoco se puede ver así no más de un sector, porque aquí entre esa clase de los mini, ¿qué pasa con un estudiante que termina y no consigue trabajo?, se queda sin salud, ¿qué pasa con el independiente que no paga?, se queda sin salud, ¿qué pasa con el

que pierde el trabajo?, se queda sin salud. O sea este es un derecho que al día de hoy solamente está ligado a la capacidad de pago, o no tienes plata y te dan Sisbén o tiene la obligación de pagar así sea con salario mínimo no tiene salud, eso es lo que le pedimos a los Congresistas que están hoy presentes, que el derecho a la salud quede indiferente de la capacidad de pago y que se busque la forma de financiar de otra manera.

Les presento algunos temas, si se llegara a dar el escenario de que quedaran los gestores sobre traslados, estamos totalmente en desacuerdo, porque qué es lo que está sucediendo en este momento, se vuelve a hablar del descreme en la Ley 100, la EPS que medioatiende bien a los usuarios ahí se le van todos los usuarios, y la EPS que los atienden mal, se queda con la UPC de todos los sanos, entonces la fiesta está muy buena. ¿Qué le dicen a un usuario?, pues váyase a una EPS que le garantice la vida, entonces un sistema le demuestra claramente que ni la ley de mercado funcionó y que sencillamente estamos otra vez en el gran descreme del sistema a la salud, las EPS que tiene la UPC que le llega de lo sano, están felices, y las que tienen concentrados el mayor número de enfermos están pasando gastos, esto demuestra que no se puede aplicar la ley del mercado en la intermediación de la salud.

Nos cabe decir para terminar, que hay algo que me llamó mucha la atención de un párrafo del artículo 63, es que se limita el porcentaje de los aportes patronales que no debe ser mayor a la inflación, y como alguien decía, cuando yo la empecé a leer y leí el primer artículo que lo definía como servicio público me acordé que no había pagado la luz, pero me quedé tranquilo porque dije no me la van a cortar mañana, pero si es salud sí me puedo quedar sin tratamientos este mes, y para rematar uno ve esa propuesta, entonces uno dice: ¿qué nos hubieren hacer en la salud a los colombianos? Yo hubiera esperado una propuesta totalmente diferente, que hubiera dicho: los aportes patronales el mínimo debe ser el índice de inflación, entonces uno no ve quién metió, o si es mico o no es mico, o si es parte ya del zoológico con él, porque es que uno, no lo entendemos de otra manera. Entonces esa parte consideramos que se debe mirar de otra parte, porque puede afectar el financiamiento del sistema.

Como nos habían dicho: ¿cuáles son las propuestas?, la sociedad civil, como sociedad civil de diferentes sectores radicamos un Proyecto de ley que es el número 233, este proyecto de ley trae muchas propuestas que están, reúne todas las inquietudes que se han transmitido acá, como un derecho fundamental, algo indiferente de la capacidad de pago, un derecho que es para todo colombiano nace hasta el día que nos enterremos, indiferente absolutamente a la capacidad de pago, no a la intermediación con un control del sistema y con una financiación mixta, de acuerdo al empleo formal y también a unos impuestos directos o indirectos.

No estamos hablando de un mundo ideal, en Colombia se puede, ya hay un presupuesto de salud, lo tenemos que optimizar, con otras variables como control de precios, patentes para productos que afectan altamente el presupuesto de la salud de los colombianos, y lo que le estamos haciendo un llamado hoy a los Senadores presentes y a sus unidades legislativas, que se den la oportunidad de leer este proyecto de ley, que lo lean, no será perfecto tampoco, pero creo que hicimos una tarea que en este mismo escenario hace dos años en la 1438 nos pidieron, que la sociedad civil dejáramos de quejarnos y que aportáramos ideas, hoy a un proyecto de ley estatutaria, de ley ordinaria creado por la sociedad que encierra mucha de estas necesidades, para lo cual queremos que ustedes le den la oportunidad, que tomen de ahí y que se traduzca en las necesidades que hoy hemos manifestado diferentes sectores. Muchas gracias y muy amables.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sigue en el uso de la palabra el señor Jorge Alberto Romero de Control Social y Veeduría Ciudadana, y se prepara posteriormente el doctor Óscar Iván Palacios de la Fundación Defensa Ciudadana.

Control Social y Veeduría Ciudadana, Jorge Alberto Romero:

Muy buenas tardes para todos y todas, mi nombre es Jorge Romero, represento a un comité de Control Social y Veedurías Ciudadanas a la Gestión Pública específicamente en salud, aparte de eso represento, soy el Representante Legal de la Comunidad Organizada al Espacio de los jueves de la Secretaría Distrital de Salud, somos líderes de todo Bogotá que nos reunimos hace aproximadamente quince años, en los espacios de la Secretaría Distrital de Salud, las generaciones han ido cambiando, pero siempre hemos estado en la problemática y empoderados en la salud del pueblo a nivel local, distrital y nacional.

Con base en todo lo que ya se ha dicho, con base en todo lo que uno ha recogido de todas las reuniones que se han hecho en el transcurso del tiempo, yo sí quisiera, uno, que los honorables Congresistas una vez en la vida se pusieran, yo siempre hablo en estos términos, y se pusieran en los zapatos del pueblo colombiano, muy bonito es cuando uno está detrás del escritorio porque ve las cosas de maravilla, pero cuando uno está en el territorio, cuando tiene que estar uno en una sala de urgencias viendo cómo llegan los pacientes o cómo llegan los pacientes a los determinados hospitales, allá es donde verdaderamente se ve la desgracia del pueblo, allá es donde deberían estar, de vez en cuando como se dice vulgarmente, untarse de pueblo para que se den cuenta que cuando aquí se legisla allá se sufre.

Con base en esas cosas cuando el Ministro, los Congresistas, citan a las comunidades a la hora que sea, las comunidades llegamos, cuando las comunidades citan a los Congresistas, al Presidente, a los Ministros, ninguno llega, o llegan a deshoras, digo esto con plena autonomía porque ejerzo un control social a nivel Bogotá y a nivel país, en el cual no le debo una moneda de centavo a nadie, vivo de mi trabajo por eso puedo decir las cosas como las digo.

Entonces con base en esto, qué bonito fuera, eso tendría que ser el mundo al revés cierto, cuando la comunidad, la sociedad civil cite al Presidente de la República, cite a los entes a una reunión y llegasen, por qué digo esto, mire, como comunidad del espacio de los jueves, y para nadie es un secreto porque me imagino que todos los que estamos aquí, estamos metidos en el cuento de la salud, la semana pasada la comunidad organizada del espacio de los jueves citó, citó, no invitó, sino citó, porque es que cuando uno invita no va nadie, cuando uno cita de pronto le ponen cuidado y más cuando son funcionarios, pero resulta que citamos a una rendición de cuentas al Fiscal General de la Nación, Procurador General de la Nación, Contralora General de la Nación, al señor Ministro aquí presente, al Superintendente Nacional de Salud, Delegados de la Comisión Séptima de Cámara y Senado en cuanto a salud, y citamos a todos los entes de control para que estuviesen presentes en esta rendición de cuentas, y la pregunta específica era: ¿qué ha sucedido con las denuncias del robo de los dineros de la salud?

En los últimos dos años al pueblo colombiano se le dio un anestésico porque nadie volvió a preguntar absolutamente nada sobre eso. El problema que hay en este momento en cuanto a la salud no es por falta de recurso, aquí hay mucha plata para eso, de cuarenta, cuarenta y tres billones de pesos anuales para la salud, ¿cuánta plata se perdió?, según las estadísticas que decía los mismos medios masivos de comunicación, *RCN*, *Caracol* y todos, seis siete billones de pesos, con b larga, y ¿quién ha dicho algo sobre esto?

El señor Fiscal me contesta una carta diciéndome que no puede ir por múltiples ocupaciones, la semana pasada había una marcha por la paz y ahí estaba en vitrina en primera fila, ah, entonces eso es lo que uno dice: para dónde vamos, si nosotros a la sociedad civil no nos copian lo que nosotros pretendemos hacer por todo un pueblo, porque todos los que estamos aquí de una u otra manera estamos buscando es el bienestar para todo un pueblo colombiano en cuanto a salud, llámese el paciente que está haciendo una fila para que le den una ficha o llámese el paciente de alto costo como el compañero Néstor y como los demás compañeros.

En la medida que nosotros no tomemos conciencia del papel que estamos jugando tanto como sociedad civil como las personas que nos representan, mientras no tomemos una conciencia social y

mientras no humanicemos el servicio de la salud, vamos a seguir exactamente en las mismas cosas y en los mismos problemas de siempre.

Yo quisiera que, no lo digo al final sino lo voy a decir al principio, que verdaderamente nos tuviesen en cuenta el ejercicio que nosotros estamos haciendo como comunidad. Hemos sido garantes y participantes de muchos procesos, participar para nosotros no es avalar procesos, ni venir a decir es que la 1438 quedó lo más de bonita, sí pásenla, no, lo bonito de esto es que todo lo que aquí se ha plasmado, señor Ministro y señores Congresistas, verdaderamente se tenga en cuenta. Los documentos siempre se hacen y cuando ya están hechos por parte del Gobierno Nacional llaman a la Sociedad Civil para decir, miren qué opinan sobre esto, pero resulta que ya está cursando en el Congreso de la República, ya no se le puede hacer absolutamente nada. Entonces qué bonito para nosotros desde el objetivo que nosotros vemos la participación, para nosotros la sociedad civil tiene que tener un poder vinculante, tiene que tener un poder de decisión, que los que estamos aquí sentados y los otros que están allá afuera y el mundo de personas que nosotros representamos tengamos un poder de decisión, no solamente cuando nos necesitan para que demos el voto, que ahí sí aparece todo el mundo a nombrar pajaritos y a mostrarnos cositas en el aire, para que nosotros seamos los que hagamos las cosas, que la participación tenga un verdadero poder vinculante, eso es lo que pedimos.

Con base en todo eso hemos traído unas propuestas que dicen de la siguiente manera, son puntuales no voy a explicar ninguna, sino son cosas puntuales para que todos, ya de todo lo que se ha dicho, y dice: Propuestas para la reforma de la salud en Colombia.

1. El Estado será el garante y el responsable de la atención y salud del pueblo colombiano, artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia.

2. Esto es una paradoja pero es cierta. La atención que necesita el pueblo colombiano en salud, fue la brindada al señor Presidente de la República de Colombia, Juan Manuel Santos; le detectaron cáncer el lunes, el miércoles lo operaron, un colombiano del común le detectan cáncer en enero y en diciembre lo entierran.

3. Definitivamente hay que acabar con todas las barreras de acceso para la atención de todos los usuarios en salud, sea el trámite que se necesite. Que los pacientes no se sigan muriendo en la puerta y en la sala de espera de los hospitales, que se acabe con las filas, con las fichas, con los anexos, con las autorizaciones; porque uno se pregunta, hicimos, hice parte de la CRES, de lo que se hizo en la CRES cuando el nuevo plan obligatorio de salud, y uno como comunidad se pregunta y antes de meterse uno en ese cuento uno llega y dice, se pone como a reflexionar y dice: ¿si todo está en el anexo uno y en el anexo dos que es procedimientos

y medicamentos, para qué le ponen tantas trabas al pueblo colombiano para adjudicarle y entregarle un medicamento? Se supone que lo que está ahí, según los analistas y según las personas que nos dictaban las cátedras es de lo que se enferma el pueblo colombiano, entonces por qué no se lo entregan, fácil y sencillo.

Las autorizaciones deberían acabarse, salir del mercado, vuelvo y repito, si todo está incluido en el POS para que tantas trabas.

El Estado debe ser quien fabrique y compre los medicamentos, directamente sin intermediarios, esto ha sido un punto que se ha tocado en todas las mesas en las que uno está.

Se necesita con urgencia más personal médico, señor Ministro, y especialistas de todas las áreas en todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Si se pone en práctica en todo el sistema el programa de promoción y prevención en la salud, el Estado se economizará un mundo de dinero en tratar enfermedades incurables y eso todos lo sabemos.

En todo el sistema deberán funcionar los *call center* para atender a los usuarios, pero que funcionen, que sean efectivos, hoy por hoy hasta el mismo Secretario de Salud lo dice: marquen al 195 que allá le dan respuesta, marquen, hagan la tarea, marquen, se demora uno media hora escuchando música y saltando de banda en banda y nunca le contesta nadie.

11. Toda la infraestructura hospitalaria debe ser construida y dotada por el Gobierno distrital y nacional para que funcione perfectamente el sistema.

Todo el personal que trabaje en los hospitales públicos deberá pasar a la nómina distrital o nacional como sucede con los educadores, acabar de una vez por todas con los contratos a dos o tres meses. Los médicos generales, los especialistas y todo el personal de la salud, deberán ganarse unos salarios justos de acuerdo a su profesionalización.

Las EPS deberán asumir todas las obligaciones financieras y las sanciones que manda la ley cuando incumplan con el objeto contratado, señor Ministro.

El Gobierno nacional o distrital no deberá salvar financieramente ninguna EPS cuando hayan malversado los fondos en cosas diferentes a la salud. El gobierno estará cometiendo un delito que se llama peculado, y eso precisamente puede suceder, es lo que se ha analizado, si las EPS pasan a ser gestoras, las deudas que le deberían a la sociedad quedarían anuladas, y otra vez el pueblo colombiano siga perdiendo.

Los médicos deberán defender, esto es muy importante, los médicos deberán defender su juramento hipocrático y tener autonomía para atender a los pacientes, recetarles y ordenarles los medicamentos y tratamientos que se necesiten y no los

que las EPS y el sistema en general obliguen al médico a recetar.

Las entidades que presten servicio al sistema general de seguridad en cuanto a exámenes, laboratorios, especialistas que sean idóneos en cuanto a la entrega de los resultados, ciento por ciento verídicos, para evitar que el médico especialista tenga que hacerle repetir, esto descongestionaría los servicios, salvo casos especiales bajo criterio médico.

Acabar con la disculpa de que el problema y la crisis de la salud es por falta de dinero, todos sabemos que en este país hay mucho dinero, lo que se necesita es administradores, como el Ministro que es administrador, pero se necesita es personal que realmente sepa, como lo decía el compañero Denis, no un ingeniero manejando la parte administrativa de la salud porque eso no tiene ninguna relación.

Esto es más importante todavía, la participación social y ciudadana deberá tener un papel importante en este nuevo modelo de salud, con un verdadero poder vinculante y que se tenga poder de decisión en las actuaciones del Distrito y del Gobierno Nacional. Señor Ministro, desde el año 2010, desde las famosas mesas temáticas de Compensar, en la mesa de participación de los usuarios, uno de los puntos más importantes fue este, que se creara la dirección de participación social y ciudadana a nivel nacional. Hace unos meses salió la nueva reestructuración del Ministerio, los Decretos 260 y 261, uno es donde se acababa la CRES y el otro la nueva reestructuración del Ministerio y qué sorpresa, no quedó absolutamente nada, señor Ministro, y es que la participación ciudadana no debe estar dentro de la oficina de atención y desastres allá como en un rinconcito, no, la participación la mueve este país a nivel nacional y como tal debemos tener un espacio.

Las veedurías y los comités de control social organizados por las comunidades y la sociedad civil jugarán un papel importante en este nuevo modelo de salud, controlando y supervisando y así evitar casos como los que han ocurrido, donde se han robado miles de millones de pesos de la salud y hasta la fecha de hoy nadie responde por todas estas denuncias, ni la Fiscalía General de la Nación, ni la Procuraduría General de la Nación, ni la Contraloría General de la República se han manifestado sobre las denuncias del robo de los dineros de la salud, es más, cuando abrieron la sesión dijeron que iba a estar Contraloría, Procuraduría y Fiscalía, ¿ya llegaron?, sí ve, siguen brillando por su ausencia.

Llegó el momento de que todos los actores involucrados en el tema de la salud dejen de sacar pecho y echarle la culpa a los demás, la problemática de la salud no es nueva, esta crisis lleva bastante tiempo, en los últimos cinco años sin ir tan lejos, la problemática ha sido exactamente la misma que todos conocemos hoy.

Señor Presidente de la República de Colombia, señores Congresistas, señor Ministro de Salud y Protección Social, sociedad civil, pueblo colombiano en general, se solicitan soluciones para el momento, para el ahora, el ya, mientras la reforma a la salud es aprobada o no, hay que solucionar toda esta problemática que está sucediendo en este momento, señor Ministro.

A los usuarios, lo que decíamos, ya lo he repetido en diferentes, pero a los usuarios solo nos llaman para avalar y firmar procesos, vuelvo y repito, necesitamos que nos tengán en cuenta para lo que se avecina, para lo que se piensa hacer, señor Ministro y señores Congresistas, se necesita un verdadero compromiso social y político para que se haga una verdadera reforma en salud, pero que nos beneficie absolutamente a todos.

Yo siempre lo he dicho y es, señor Ministro y señores Congresistas, todos somos pacientes de la salud ahora o más tarde pero somos pacientes de la salud.

Señor Ministro y compañeros, bajo ninguna disculpa podemos dejar que la tutela desaparezca, es algo que se ganó, es algo que se ganó desde la Constitución del 91 y ya hay gigantes micos, no micos pequeñitos sino orangutanes, como dijo por allí una compañera, que pretenden acabar la tutela amarrándole las manos a los jueces para que no puedan decidir a favor del pueblo colombiano, ojo con esto.

Para terminar, yo pensaría, señor Ministro, es, por qué no se hace, por qué no se realiza una movilización nacional, así como se han hecho muchas y la que se hizo la semana inmediatamente anterior para la paz, que sea para la salud, y verá que con eso sí llenamos todas las vías, con eso nosotros llenaríamos las vías, las avenidas, las calles de todas las ciudades de nuestro país, porque que levante la mano en este país una sola persona que no tenga que ver con la salud o con la problemática de la salud.

Y algo muy importante, y con esto cierro, señor Ministro, es, tenemos que fijarnos en una cosa muy importante: ¿si las enfermedades hoy por hoy las estamos curando o la estamos manteniendo?

Muchas gracias compañeros.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muy bien. Secretario, continuamos con las intervenciones por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Óscar Iván Palacio de la Fundación Defensa Ciudadana y se prepara con un tiempo de cinco minutos, el señor Luis Martínez del Hospital San Juan de Dios u Hospital de la Hortúa.

Fundación Defensa Ciudadana, doctor Óscar Iván Palacio:

A todos buenas tardes, doctor Ballesteros, la oportunidad para agradecerle por la pensión familiar, no es el medio pero sí es la oportunidad, señora Senadora Astrid Sánchez Montes de Oca, honorables Senadores y Representantes, doctor Alejandro Gaviria, señor Ministro de Salud, el señor Viceministro de Salud y a todos los distinguidos participantes de este evento.

Voy a hablar de tres puntos, que no superen los seis minutos.

Primer punto, señor Ministro y doctor Ballesteros, la canasta de salud en Colombia en los últimos doce años fue un promedio de cuarenta billones de pesos, desde la complejidad de los salarios, de las, todo lo financiero, hasta la aspirina que se compra, el ciudadano que no tiene seguridad social, en farmacia o el purgante. Hoy se habla de cincuenta billones de pesos gracias a la unificación de los dos, de contributivo y subsidiado, y a unas mayores y mejores inversiones del Gobierno de Santos, cincuenta billones cuesta la salud de todos los actores en Colombia, algo así veintisiete mil millones de dólares, ante el decano de economía, un hombre que en su juventud, creo que de las personas formadas académicamente en un modo insuperable en Colombia como el doctor Gaviria.

De ese mercado de la salud, los medicamentos se llevan entre un 20% y 25%, o sea entre 9 y 12 billones de pesos al mes. Y dependiendo de los pacientes, esa canasta de cada paciente representa un 5, un 10 o un 80% especialmente en las enfermedades gravosas o catastróficas o de alto costo, porque aquí se le da una denominación de acuerdo al interés que tengan.

Cinco de ellas corresponden a medicamentos comunes, lo que llaman los genéricos; y 60% de sobreprecio está en los medicamentos de las enfermedades de alto costo, y hago un llamado al otrora decano de economía y rector de la Universidad de los Andes, para que esta gestión no pase en vano, que haya un resultado valioso, importante, para enmarcar en placa, que es un ahorro entre dos y tres billones, doctor Gaviria, usted está formado para eso, usted a pesar de su juventud es profesor, educador de economistas, la economía es para el servicio social. En Colombia los medicamentos de alto costo, yo sentí ayer escalofrío de ver lo que se robaron en el Distrito Capital, pero cuando veo lo de los medicamentos en los últimos siete años con el doctor Diego Palacio, siento rabia y fiebre y no hay medicamento que me la quite y es lo siguiente: medicamentos que en Brasil y Uruguay, los países de medio-alto desarrollo en medicina y en desarrollo en América, el país de más alto desarrollo humano como es Canadá, y el de menos desarrollo humano como es Haití, los medicamentos para las mismas enfermedades, para los mismos pacientes, para las mismas dolencias, tienen un sobreprecio entre el diez y el diez mil por ciento, ampollas que

aquí se les vendía a las EPS, no hablo, no hablo de esos manejos de las EPS cobrando aspirinas a mil pesos, no, hablo de ampollas que al ciudadano brasilero, venezolano, haitiano, le cuesta al Estado dos, trescientos dólares, y aquí costaba hasta dos mil dólares, y hubo una y es una buena gestión de su proyecto, Ministro, hay una comisión, no veo al Procurador ni al Contralor, que tanta gente ha tallado para bien de la sociedad, cómo es posible que esa comisión que integran solo dos personas, el Ministro de Salud, anteriormente el Ministro de Protección Social, y el Ministro de Comercio exterior, pasaron siete años sin ver, sin oler, sin sentir, solo importando y comprando a un sobreprecio que significó entre ocho y doce millones de sobreprecio a los colombianos, no estoy hablando de delitos, pero hay un principio administrativo que es el de la celeridad, el de la transparencia y el de la economía, y no conozco una sola querrela en Procuraduría y Contraloría, porque estos Ministros no hicieron nada.

Para decirle, señor Ministro, demuestre, no solo qué hace un buen economista, un excelente académico, una persona pulquérrima, déjenos algo práctico, que en Colombia los colombianos y los extranjeros que vienen aquí a comprar turismo, qué vergüenza ofreciendo turismo y la gente muriendo en los hospitales, en casos de postración humana, por favor, que Alejandro Gaviria, deje como imprevisto que en Colombia las multinacionales y los laboratorios no explotarán, no robarán, no abusarán más de los precios y de los recursos de la salud en Colombia. Si usted hace eso señor Ministro, échese a dormir que es suficiente para la tranquilidad de la salud en Colombia.

Segundo tema, dentro de ese contexto de los medicamentos que tanto duele y cada que veo al doctor Ballesteros, le hecho cantaleta como si él tuviera la culpa, porque es médico, prohíbese la publicidad de los medicamentos, eso no es idea mía, eso se hace en Canadá, prohíbese la donación a campañas políticas, a eventos académicos, a becas de los mismos médicos, y que sea contra, contra la ética profesional recibir siquiera una lisonja o una invitación de estos laboratorios, para ir cortando por lo sano toda esa camarería de corrupción o de veleidades, así las casas matrices de medicamentos, lo dijo el expositor anterior, que el gobierno regule, importe, fabrique o como mínimo compre barato, en economía de escala, los medicamentos que usted que es economista sabe que le cuestan dos o tres billones más al pueblo colombiano que lo puede aplicar a otras cosas.

Por último deseo hablar de los médicos, mi fundación se llama Defensa Ciudadana, básicamente trabaja tercera edad, trabaja temas pensionales, por eso recordé lo de la pensión familiar, y colateralmente problemas de salud, envejecer es, estamos envejeciendo, Colombia tiene setenta y siete años para las mujeres, setenta y tres para los varones y eso trae retos sociales, económicos, mentales, culturales, donde no hay una política clara de en-

vejecimiento y debe tenerse en cuenta en todas las legislaciones de salud. Para decirle y terminando, porque son tres puntos y seis minutos, los salarios de los profesionales de la medicina, no puede predicarse, cuando se habla de los educadores, una buena calidad, que los maestros cuando están resentidos y mal educados y mal nutridos, y se hablan de las universidades de elite, usted de donde viene y usted sabe que allá no hay profesor mal pago, igualmente los que representan los pacientes o nos interesa todo el contexto de seguridad social, no es justo que el médico que lo está atendiendo esté resentido, esté amargado, esté perseguido, tenga un contrato mal elaborado, esté pensando en la inestabilidad.

El doctor Jaime Restrepo colaboró, junto con el doctor Ballesteros, en una política de talento humano en medicina, pero muchas bellezas y ahí tiene usted la capacidad reglamentaria, Ministro, no le tenga miedo a un salario mínimo para empezar a todos los jóvenes profesionales de la salud: bacteriólogos, odontólogos, médicos, psicólogos, generales, en un techo por lo mínimo de seis salarios mínimos, esto no es demagogia, es para ir poniendo en cintura las EPS, las IPS y decir: ganar con dignidad, que no es mucho seis salarios mínimos, es empezar a reglamentar eso y que se acabe, no que se acabe, que se cumpla la norma constitucional y legal que tiene más de 50 años. Los contratos de prestación de servicios son excepcionales y que no pasen de dos meses, esto no es de salud, pero sí contribuye a la buena salud de su reforma. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario, continuemos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene el señor Luis Martínez del Hospital de La Hortúa, y se prepara el Médico Julián Caballero de Promoción y Prevención de la Fundación María José.

Hospital de La Hortúa, señor Luis Martínez:

Buenas tardes, me encuentro acá en la casa de la democracia, entre unas comillas bien grandes, y quisiera comenzar con las dos propuestas, porque después viene la carreta desde hace doce años, desde la huerta del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, donde los maestros de medicina, los médicos que atienden a pacientes, porque allá no se habla de usuarios, ni de clientes, llevan trece años en que no se les paga salario únicamente por dedicarse a atender la vida.

Entonces las dos propuestas para el compañero que está llevándole al Ministro.

La primera propuesta: que se hable de la salud, no como un servicio, sino como un derecho. Entonces cuando se hable de la prestación del servicio de salud, hablamos de la atención en el derecho

a la salud, con eso no más desde el Hospital San Juan de Dios estamos contentos, porque todo lo que toca hacer, es lo que viene a continuación, ya cierro ese paréntesis.

Lo primero: la salud entendida según la Organización Mundial de la Salud, es un derecho en el estado máximo de bienestar para la vida digna, el agua, la educación, trabajo, ambiente para el buen vivir de todos los ciudadanos.

Segundo: ¿qué problemas encontramos nosotros desde la huerta del Hospital San Juan de Dios?, con la compañera Edelmira Arias, donde se trabaja soberanía alimentaria, y la compañera Iza Rodríguez, que la salud en Colombia por el neoliberalismo pasó a ser una mercancía y no un derecho por la nefasta Ley 100 cuyo ponente no se nos olvide, Comisión Séptima del Senado, fue Álvaro Uribe Vélez.

Segundo, constitucionalmente se dice la salud como servicio y seguridad social, nosotros desde ya proponemos, especialmente a los señores de la octava papeleta, ellos hablan de seguridad social, nosotros decimos: servicio, implica plata, el problema es dinero, cuando se habla de derecho es intrínseca, se tiene o no se tiene sin contar dinero, cuando se habla de seguridad viene de seguro, se necesitan tres agentes: asegurado, asegurador y prima, cuando hablo de prima no es Clara ni Gloria, es prima de dinero. Otra vez en el cuento del servicio, por eso tenemos que copiarle a los compañeros de Ecuador o del Perú donde se habla de buen vivir o vivir bien o como nosotros desde el San Juan hace ocho años sacamos un escrito que hablamos por la vida en dignidad y hablamos de bienestar de la salud, buen vivir de la salud o bien vivir de la salud.

Tercero, esto es lo más importante y esto es algo que no se toca acá. Quiero y eso va para el señor Ministro, de que se hable de la Ley 735 de hospitales universitarios del año 2002, ¿qué hizo esta ley?, aquí fue aprobada, ¿qué logra esta ley?, que se blinde el hospital universitario San Juan de Dios de Bogotá, pero todos los hospitales de Colombia contra la Ley 100, por eso al Hospital no lo regenta esa Ley 100, sino únicamente a hospitales 735, ¿cuál es el problema?, que los señores de la Cámara y el Senado no la quieren reglamentar, aquí les estoy pidiendo a la Comisión Séptima que por favor nos reglamente la Ley 735 del año 2002, usted señor Ministro, que no lo recuerde tan bien, en el cual se habla de los pacientes y ahí para nada se toca la Ley 100, es importantísimo, eso tal vez es el aporte más importante desde el Hospital San Juan de Dios.

También queremos que no se nos hable del proyecto ciudad salud, las soluciones, entonces como ya vimos los tres problemas decimos que constitucionalmente, porque la Constitución Política de Colombia dice que la salud es un servicio dentro de la seguridad social, el planteamiento de nosotros y también eso para los señores de la octava pa-

peleta, que la salud es un derecho dentro del buen vivir, como dicen los compañeros del Ecuador, es importante leer la Constitución Política de ellos, artículo 32, dicen ellos: la salud como, diría desde el hospital, la salud es el pilar del buen vivir, copiando de los compañeros del San Juan o del Ecuador, para la felicidad y la armonía con la naturaleza de todos los seres. La Ley 100, nosotros decimos que no merece ser refrendada ni cambiada, porque eso es como un sida o como un, cualquier enfermedad catastrófica darle un ibuprofeno, o darle un mejoralito, toca cortar ese mal de raíz y para hacerlo toca es derogarla y para derogarla tocaría hacerlo con una Ley anti-100, 100, ¿cuál es la Ley anti-100?, la Ley anti-100 es aquella que la salud no es vista como una mercancía ni como un servicio, sino como un derecho, es humana, lo más importante es el paciente, lo más importante es, inclusive ni siquiera la enfermedad sino cómo mantener a la gente sana, por eso se habla de prevención a la atención de la salud.

También que no se nos olvide que los compañeros allá en ese Hospital San Juan de Dios, se daban cinco derechos, el primer derecho era el primer, el derecho a educación, los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia hacían prácticas, hoy en día son cienientas en todos los hospitales donde les quieren dar mendigadamente las, a que practiquen, eran hace cuarenta, sesenta años los médicos de Colombia y de América.

El segundo servicio, el segundo derecho perdóname, después de la educación es la salud, pues en un hospital se supone que hay salud.

El tercero es participación comunitaria, en el cual por eso los pacientes y todos los ciudadanos, cuarenta y siete millones tenemos derecho a estar allá.

El cuarto, investigación científica, ¿qué significa investigación?, en el cual allá estaba Manuel Elkin Patarroyo y tenía un instituto de investigaciones inmunológicas, que no era de él era donado por España, después de ese robo que nos hicieron, dijeron vamos a darles algo a los investigadores colombianos.

Y el quinto, es empleo, empleo donde recordemos más de cuatro mil personas en su mayoría mujeres cabeza de hogar, hoy en día no tienen primero trabajo, segundo no tiene salud y tercero muchas se han muerto tratando de que les paguen la miseria que le deben de ese hospital.

También para finalizar, queremos que esta ley sea humanista, que el Senado reglamente la Ley 735 y para usted, señor Ministro, y para todos los que estamos acá, le recuerdo señor Ministro que los derechos de los niños y las niñas según la Convención que se firmó en el año 99, en Colombia fue de las que la firmó y después la volvió a reaprobar muchas veces, se dice que los derechos de los niños y las niñas priman por sobre todo, lo de los paramilitares, lo del comercio, lo de los enfer-

mos, lo que quieran, pero lo más importante son los niños.

En Colombia según datos no de izquierda, sino de la Contraloría y de la Unicef que es la que cuida los niños, dijo que se murieron veinte mil cuatrocientos ochenta y seis niños y niñas menores de un año, dice la Constitución Política de Colombia, señor Ministro, que el único responsable es el Estado, el Gobierno, no dice que son los padres, ni es la sociedad, que es el Estado el responsable por la vida de esos niños entre cero y un año, 56 niñas y niños menores de un año asesinados en Colombia, y eso no nos debe dejar dormir, ni siquiera la mitad de esa cifra.

Para terminar compañeros, a mí me duele que ustedes digan que se pierden 50, 100 billones de pesos, porque no hablamos de trescientos, de una, de tres vidas, una vida, dice en el hospital de Cuba, la vida de una sola persona o la salud de un solo paciente sano vale más que todos los millones del mundo, por eso desde acá exijo, que se derogue la Ley 100, y que se declare crimen de estado, crimen de lesa humanidad la Ley 100, por eso no reformas, toca derogarla. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Continuamos, Secretario, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Seguidamente interviene el doctor Julián Caballero, médico de Promoción y Prevención a nombre de la Fundación María José y se prepara, la señora Herlinda María Beltrán.

Fundación María José, médico de promoción y prevención, doctor Julián Caballero:

Buenas tardes a todos. Realmente yo no vengo en voz de decir qué se debe hacer o qué se debe quitar o poner de la reforma. Básicamente hablar un poco, comentarles sobre la situación de un grupo pequeño creería uno, pero que es tan grande, tan grande la problemática que se está viviendo que se debe tener en cuenta en esta tarde sobre lo que venimos acá a discutir.

No quitar y poner sobre la reforma, sino lógico, es de analizar y cada uno de los que estamos acá sentados tendrá en cuenta qué se debe hacer o qué se debe no hacer sobre lo que ya está escrito, sobre lo que se ha dicho y sobre lo que no.

El cáncer infantil, población infantil, tan de moda los programas de Cero a Siempre, la estrategia de Cero a Siempre, primera infancia, ¿qué se está haciendo con ellos sobre esta problemática que realmente está causando y que estamos viendo desde nada, desde la primera vida, desde la primera esperanza que tiene un ser humano al nacer?

Dos mil nuevos casos de cáncer infantil al año, no es una cifra muy grande si se mira anualmente, si se cuenta de todos los años atrás y si vamos jun-

tando todo, toda esa gran cifra, es un número que ha crecido y que es realmente alarmante, ahí sí ya deja de ser un número pequeño.

Qué está pasando y problemáticas básicas de lo que están haciendo y de lo que se ha establecido, pues el lente que rige este tipo de patologías, el Instituto Nacional de Cancerología, que es el que principalmente tiene las cifras ahora, no todas, pero sí que realmente maneja este número.

Falta de oportunidad médica y falta de acceso al tratamiento, dos problemáticas pues importantes, básicas y que realmente no se han venido trabajando con el pasar de los años, sigue siendo espere, sigue siendo tiempos, sigue siendo un juego de vida. Población vulnerable que no espera y no da espera como los pacientes de tantas patologías que han venido acá a discutir y que ya han pasado, sin conectar la importancia que tienen estas.

Falta de oportunidad médica, primero porque no hay suficiente grupo de médicos especialistas para atender a este gran número de pacientes que se está diagnosticando hoy en día. Primero si se diagnostica, cómo es posible que desde que llegamos a pedir una autorización el médico tratante, cuadros picofebriles de más de tres meses, cuatro meses; no sigue siendo una enfermedad respiratoria, no sigue siendo una enfermedad diarreica aguda. Por favor, esto no es un juego, no es un manejo de tiempos de cuatro, cinco meses, para ver si por fin manejamos o mandamos algún tipo de examen adicional, no, las EPS no tienen contrato, las EPS no tienen el documento que soporta la autorización, la EPS perdió contratación con esta IPS entonces esperemos, tres o cuatro meses donde ni siquiera reciben un, más de un simple medicamento como lo es un acetaminofén.

Cuatro y cinco meses donde la vida del niño se ha complicado, donde el cuadro ha evolucionado, y donde cuando ya llega por fin después de pasar ires y venires el niño a donde un médico oncólogo, dice: no, su sobrevida ha disminuido, su esperanza de vida ya no es la misma de que se hubiera trabajado, se hubiera tratado hace tres o cuatro meses, esos tres o cuatro meses se empacaron en un bolsillo y se echaron a la basura, no hay opción.

La esperanza de vida, si no saben, en el régimen subsidiado es apenas del 40% versus el 70% del régimen contributivo. ¿Qué está pasando?, ¿qué hay que hacer?, ¿cuáles son las reformas que hay que ver?

Cómo es posible que dentro de un mismo sistema de salud colombiano, sin quitar la excelente calidad de servicios médicos que hay, la oportunidad, la tecnología que está llegando, no se implemente un número de cuarenta niños pueden vivir de cien, porque es que la mayoría y este tipo de enfermedades preciso le tocó a los más pobres, a los escasos, a los de recursos económicos que no, no pueden acceder a un servicio digno y de calidad por no tener un montón de plata, diez millones de pesos,

seis millones de pesos para una quimioterapia porque no lo hay, entonces esperemos, esperemos a que la autorización, a que la EPS sugiera, mande esto a comité médico cuando el médico tratante vuelve y ordena es de vida, es vital, es urgente, a la gente acá se le olvidó, se le olvidó entender ese tipo de palabras: lo vital, la urgencia, la necesidad, la primera mano ya no existe en este tipo de población, ahora todo se volvió de moda, ayudemos, veamos al niño calvo, pobrecito, qué pesar, eso es lo único que somos capaces de ver. El sistema sigue decayendo y el sistema sigue mostrando ese número alarmante de cifras que realmente sale todos los días en radiografías de sistema de salud, en, sale en radiografías de la situación actual del cáncer infantil, salen radiografías y finalmente no hay mucho por hacer.

Nos comparan con países como Chile y como Cuba, obviamente con una significativa pues ventaja en infraestructura médica y demás, pero realmente no tenemos, un, ese número no crece, se sigue muriendo, 60%, 70%, 80% de sobrevida en países de tercer mundo y nosotros seguimos en el mismo 40% y 50%, porque no hemos podido avanzar.

Acceso a tratamiento ahora, resulta que las EPS no tienen contratos con laboratorios específicos sino solamente con uno o dos que les suplen o les dan los medicamentos, que cómo engañan al paciente y cómo siguen burlándose de los usuarios, que vuelvo y digo, población vulnerable, niños que realmente no pasan de un año si el cuadro evolutivo de su enfermedad no es tratado, y seguimos con estrategias Cero a Siempre, formemos estrategias de educación, alimentémosle sanamente, demos oportunidades por, son el futuro de nuestra sociedad, qué futuro van a tener si en un año no hacemos absolutamente nada, porque la oportunidad no está. Después de que algunos, con tres dedos en la frente han trabajado y han llegado a dar la prioridad a estos niños y a trabajar sobre, no solamente leucemia, linfomas, porque ya, siendo el cáncer más recurrente, hay demasiadas, o sea en estos momentos se establecen otros tipos de cáncer también como prioridad y alta prevalencia; no, no hay medicamento porque se acabó, no hay medicamento porque estamos en déficit, no hay medicamento porque no tenemos contratación, a no contratación si no se lo dicen a ellos, nos lo dicen a nosotros para que no lo mandemos sino lo cambiemos.

No, es la realidad, no lo cambiamos, no espérese un momento porque yo, como papá tuve la noción de llamar y decir: oiga necesito conseguir este medicamento, lo hay, sí, sí lo hay, cuánto vale, cuarenta y tres mil, cincuenta y siete mil la caja, o sea sí lo hay, o sorpresa, sí lo había, llamamos a la EPS no, no lo hay, no hay existencias hace más de seis meses, espérese.

Protocolos, se les olvidó a los que hicieron reformas y demás, qué son protocolos, lamenta-

blemente ser médico a veces cuesta, para que te formas y para que te dicen, oigan el tal tumor se maneja de tal forma en tales tiempos y la sobrevida es del 80%, o sea el paciente va a vivir, tiene buena esperanza de vida, va a tener una buena calidad de vida, para qué, si el protocolo deja de ser un protocolo, defínase como un seguimiento, defínase como un manejo oportuno de la enfermedad, defínase como una evolución satisfactoria, no, el protocolo ya deja de existir, el protocolo simplemente se modifica a lo que la EPS, a lo que el tiempo le dé, a lo que el director, a porque es que ya no llegamos a los directores, ahora es desde el muchacho o la persona que es de atención al usuario, ya dicen: no, no necesita este medicamento, porque es que ya el de atención al usuario que no sé qué tipo de formación académica haya tenido versus la del médico, dice no es necesario, no es vital. Atención al usuario dice ese medicamento no se necesita, ese examen no se necesita, o sea jugamos a nada, el protocolo no se cumple, el personal no es el idóneo o el especializado o el estudiado o el formado para decir, no, no, no se puede hacer de una vez, porque no son capaces ni siquiera de mandar una fórmula o un comunicado a su jefe inmediato para ver si entra a comité médico-científico, en algunos casos, no, no esperemos.

El Instituto Nacional de Cancerología, teniendo la parada y manejando absolutamente todo, tiene un cantidad de pacientes que realmente no sé cómo hace para manejarlos y para tener el control de toda esta población. Ahora las clínicas privadas y las clínicas asociadas y demás también están dando un buen manejo, pero que se quedan cruzadas de brazos, tienen la infraestructura, tienen toda la capacidad instalada para poder atender a esta población versus las cifras que manejan países subdesarrollados y demás, pero tampoco hacen absolutamente nada porque la contratación, el pago no se le hace, es de alto costo, entonces es un montón de dinero que no se puede hacer, niños que vienen de fuera de Bogotá, pues están jodidos aún más porque realmente no tienen, no tienen ni siquiera para moverse hacia Bogotá, cuando el médico se lo sugiere, no tienen dónde quedarse en Bogotá, porque no son de Bogotá, obviamente no tienen familia muchos de ellos, entonces busquen el lugar donde se puedan hacer, y busquen la oportunidad, busquen a ver si se acercan a su servicio médico para que puedan atenderlos y si estuvo de buenas, oiga que le vaya bien y que su hijo se salve.

Es que no nos hemos tocado el corazón, yo no soy papá, muchos de acá sí, tienen sobrinos, primos y demás, esto además de ser una justa causa o sobre un sistema que se debe trabajar y que debe crear políticas y que debe tener en cuenta estos criterios incluso para trabajar con esta población, es de ser conscientes, lógica básica, fuera mi hijo yo sí correría, fuera mi hijo el que se está muriendo en un hospital en menos de un año, fuera mi hijo en que en escaso tiempo realmente su esperanza se reduce a que se va a morir postrado en una cama,

de la peor manera porque esta es una enfermedad que realmente acaba y que acaba a los pacientes, entonces ahí sí haría algo.

Esa es la invitación, no hablo para qué hacer y qué no hacer, hablo con la lógica, hablo con la verdad, ¿hay que meter esto o no hay que meter esto?, ¿qué hay que tener en cuenta?, acceso a tratamiento y la falta de oportunidad médica, es lo desde de la perspectiva de cáncer infantil y otras enfermedades lo que se debe tener en cuenta.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Bueno, mucha gracias.

Intervención señor:

Decía que el tema que ha expuesto el doctor es muy oportuno en este momento para mencionar un hecho que es muy, muy preocupante: yo hace dieciséis años conocí el problema de cerca cuando estaba mi hijo en el Instituto de Cancerología, en el sentido de que son muchos los niños que vienen de la costa Atlántica básicamente, diferentes regiones de la costa Atlántica con cáncer, Osteosarcoma, leucemias, en fin, varias variedades de cáncer y nadie le ha puesto atención a eso, entiendo que en el Instituto de Cancerología tienen cifras que son espeluznantes, preocupantes, sobre este aspecto. Entonces sería bueno en este momento hacer un llamado al Congreso, al Gobierno para que le pongan un poco de atención a este problema, niños de la Costa que padecen cáncer y que no tienen ninguna atención.

Fundación María José, médico de promoción y prevención, doctor Julián Caballero:

Sí, adicional ahí cabe connotar no solo de la Costa, de ciudades pequeñas, como realmente uno creería, en Manizales, Pereira, Armenia, pueblos. No, está bonita ahí decorada realmente, porque la EPS esta y se rige, no, que la reglamente, exactamente.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:

Por favor, por favor se hizo una metodología la que estamos siguiendo en una forma muy clara, entonces se están inscribiendo las personas que quieran intervenir con toda confianza. Siga por favor.

Fundación María José, médico de promoción y prevención, doctor Julián Caballero:

Gracias y que pues que no nos toque a todos.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:

Siga, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa con el uso de la palabra la señora Herlinda María Beltrán, y se prepara el señor Norberto Carreño de la Organización Octava Papeleta o en

su defecto el señor José Eugenio Hernández Rojas o la señora Recci Rojas, hay tres personas inscritas por Octava Papeleta pero se concede solo una intervención.

Señora Herlinda María Beltrán:

Buenas tardes, honorables Senadores, Ministro, demás compañeros, estamos aquí de la localidad sexta de Tunjuelito, están mis compañeros Edilma, Beatriz, Guillermo, dos compañeros más que no me acuerdo el nombre, los señores, bueno, no me acuerdo, don Yesid, estamos de la localidad sexta de Tunjuelito, yo pertenezco al Comité de Participación Comunitario (Copaco), hago parte de lo que es Asociación de Usuarios de la Salud.

A ver, señor Ministro y señores Congresistas, nosotros hemos traído una propuesta acá, que es la siguiente: la propuesta expuesta ante los honorables Representantes del Senado de la República, según el Proyecto ley 210 del año 2013, habla en el capítulo primero de la escogencia de Gestores, el servicio de la salud, como también habla de los dirigentes que colaboran entre sí con acciones y recursos.

Según lo que entendemos, es que ustedes, la reforma que le hicieron a la salud, es continuar con las EPS pero con otro nombre, en cuanto a los dirigentes y agentes que colaboran con acción y recursos, no entiendo qué quiere decir con esta palabra si nosotros entendemos y sabemos y ustedes, honorables Senadores, también saben y entienden, que la salud para nosotros es un derecho no es un favor, por lo tanto según lo que entendemos, ya, perdóneme.

En cuanto a los dirigentes y agentes que colaboran con acciones en recursos, no entiendo qué quiere decir con esta palabra, si nosotros entendemos y sabemos que ustedes, Honorables Senadores, también lo saben que la salud es un derecho, no es un favor y por tal razón es que hoy estamos aquí.

El Capítulo II, artículo 5° de esta ley también dice de crear Salud Mía, que rige para los empleados públicos y la unidad de gestión, ¿por qué tantos micos a la salud?

El Capítulo III habla de la eliminación de costo y un plan de beneficios de salud, Mi Plan, este estará a cargo, este está a cargo de los gestores de servicios de salud, otro mico.

El Capítulo IV y V, según habla de los dichos Gestores de Salud que son los que están en los territorios con Mi Plan, y que estos Gestores podrán cobrar copagos y cuotas de moderación, ¿qué cosa es esta, volvemos a lo mismo que anteriormente?

El reglamento que expide el Ministro de Salud y Protección Social, pregunto: quién nos defiende, si protección social al parecer es defensora del pueblo a nivel distrito, ¿por qué deja que se nos hagan estos atropellos?

Nos parece que esto es demasiado para un pueblo que se está muriendo por falta de una buena atención en salud con calidad, y que el propio gobierno nos atropelle de tal manera, sabiendo que la Constitución en el artículo 49 nos da los derechos de la atención en salud, en saneamiento ambiental, que son servicios públicos a cargo del Estado.

La ley señala los términos en las cuotas, la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

También habla de los nombres de los gerentes de los hospitales, Empresas Sociales del Estado y las juntas directivas, pero estas son solamente para las alianzas de asociaciones de usuarios. Qué pesar de las comunidades que sigamos siendo discriminados por los que tienen el poder, pues tampoco estamos de acuerdo que nos quiten el delegado que corresponde por los comités de participación comunitaria (Copaco), a la junta directiva de los hospitales, ya que ni la Secretaría de Salud, ni el Ministerio de Salud ni Protección Social, tuvo en cuenta a las 20 localidades, estamos de acuerdo, no es justo que la reforma de salud que hayan hecho con ella deban de hacer buscando beneficios para las EPS y otros que ya saben quién somos, sobre lo hecho nos eliminan la participación de la comunidad, como también ordenan la reforma del 1757, sin tener en cuenta que existe un pueblo que son sus electores y que si no fuera por nosotros, ustedes no serían Senadores, pero cuando los eligen entran al poder y no se acuerdan de quienes los eligieron, por tal razón ustedes actúan como mejor les parece, debían de cumplir las leyes como son y los juramentos que dan ante Dios y ante un pueblo. Pedimos que en este proyecto de ley sea un deber de eliminar las barreras de acceso que son las que tienen al pueblo más perjudicado, como son las EPS y Gestores, Mi Plan.

Las filas de personas entre ellas adultos mayores, mujeres embarazadas, con niños en los brazos, el descongestionamiento de los centros de prestación de los servicios, los medicamentos deben ser de alta calidad, no sea acetaminofén o ibuprofeno, la atención con comunidad, la citas con más oportunidades y el mismo lugar donde vive la persona, y que en urgencias se dé por terminado que por los pasillos de los hospitales se vea ese espectáculo tan deprimente de todos los enfermos que entran por urgencias, sin camas, sentados en sillas o acostados en el piso, casi como animales, allí donde a diario muere un paciente por falta de médicos y de medicamentos, estos deben de tener un lugar más humano, que la atención sea más urgente y que se nombren más profesionales en medicina con calidad humana y humanismo, y más personal profesional para estos hospitales, se terminen los, se dé terminación a los copagos o cuotas de recuperación, aumentar las citas prioritarias tanto en los regímenes contributivos como en los subsidiados, es que así vemos nosotros que cuando el gerente de Saludcoop está ganando 20 millones de pesos, un pobre médico no le pagan sino tres millones o

dos millones de pesos. ¿Qué queremos lograr con la participación en los ejercicios de control al ciudadano y otros representantes de la Sociedad Civil y activos? Propósitos, que a partir de esta reforma capacitados y organizada podamos intervenir en la búsqueda de un alcance transparente en la ejecución de los recursos para la salud de los ciudadanos de Bogotá.

Construir una política pública para el sector distrital, dentro del marco diferido y con la asesoría del exministro doctor Manuel José Cepeda, autor de la Sentencia T-760 del año 2008, sobre el derecho a la salud. Esta es una ley que debemos de que se imponga puesto que es la ley que está favoreciendo a las comunidades.

Nos acogemos a lo que están planteando algunos honorables Senadores respecto a la reforma de la salud, porque no estamos de acuerdo con la reforma del Proyecto de ley número 210 del 2013 y el honorable Senador acoge el desarrollo internacional del derecho a la salud como las condiciones de vida, saludable, atención integral a la salud y la participación en salud social, entre otros.

Esperamos que el honorable Senador presente un nuevo proyecto de acuerdo de ley en salud ordinaria donde desarrolle el nuevo sistema, que este debe ser conocido y trabajado con la opinión pública, donde ellas y ellos apunten a una cuota que garantice la reforma de varios, de barreras el derecho fundamental de la salud.

Respecto al proyecto ordinario de la ley presentada por la reforma de la Ley 100 del 93, el Ministro Alejandro Gaviria, como viene señalando, con titulares de la prensa sobre la creación de un fondo público y la desaparición de los intermediarios, la propuesta no hace más que legalizar por la empresa promotora de salud EPS, sin resolver los problemas a fondo que existe la mala atención cotidiana de las comunidades en general.

Lo que queremos decir aquí es que las EPS están debiendo billonadas de pesos y siguen trabajando pero con otro nombre, entonces esto es lo que no queremos, que se eliminen las EPS directamente.

El fondo público, gran instancia parte del actual Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) junto con las cuentas maestras de los entes territoriales para el régimen subsidiado, la unificación de las cuentas maestras del Fosyga, estos son estafadores. El mía salud prácticamente tiende a producir alcaldes de centralizaciones de los recursos, pasando por encima de la descentralización política y administrativa fiscal del país.

Las EPS ahora convertidas en Gestores si les garantizan por los servicios autorizados a afiliados con un cargamento de unidades de pago con capacitación a UPC y a los pacientes qué nos dicen del POS, plan obligatorio de salud a los colombianos.

Golpe a la tutela, el espaldarazo desfalcó aspectos preocupantes e inestables de la propuesta de la ley ordinaria, es el castigo a los jueces de

tutela dizque por su propuesta de exceso en legalización del negocio y la apropiación indebida de los recursos públicos por instancia de parte de las EPS actuales, esto es inaceptable, se trata de una introducción indebida de legislador promovida por el poder.

Ya voy a acabar.

Por el poder ejecutivo contra la autonomía del sistema judicial, amenazando además con sanción pecuniaria a las altas Cortes, no se puede dejar pasar semejante atropello, esto va en contra de la Constitución, de la jurisprudencia, de la Corte Constitucional y la misma Ley 100 de concepto, Consejo del Estado, de la Contraloría, Procuraduría que han siempre sostenido que los recursos de seguridad social y salud son hijos destinados especialmente a garantizar la atención en salud, en los derechos de ambiente y de ninguna manera servicios apropiados para otros que no sean especialmente para el aseguramiento a la salud.

He terminado, muchas gracias.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias. Bien pueda, señor Secretario, ¿quién sigue?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el señor Norberto Herreño, a nombre de la Octava Papeleta y se prepara el señor Juan Martínez. Antes de la intervención les agradecemos ser riguroso en el manejo del tiempo, porque faltan seis intervenciones y el señor Ministro de Salud también desea intervenir en este evento que fue reclamado por los mismos pacientes.

Octava Papeleta, señor Norberto Herreño:

Muy buenas tardes, a nombre de la Octava Papeleta y de las organizaciones sociales, asociaciones de usuarios, familiares de víctimas del sistema de salud, fundaciones de pacientes y defensores de los derechos humanos, que nos hemos articulado en la campaña nacional Octava Papeleta, por la salud y la seguridad social como derechos fundamentales, manifestamos que el Proyecto de ley número 210 del 2013 es totalmente inconveniente para la salud del pueblo colombiano, como lo viene siendo la Ley 100, desde nuestra postura general es no reforma de la Ley 100, es derogatoria de la Ley 100, ya que lo único que ha sido es un mal para la salud del pueblo colombiano.

En virtud de lo siguiente, en los parágrafos siguientes aportamos ocho razones por las cuales se sustenta nuestra visión de inconveniencia de esta reforma, adicional de todas las que globalizando la Ley 100 nos ha traído.

Todos hemos sufrido particularmente alguna afección por parte de la Ley 100. Soy paciente crónico y anticoagulado, tengo fibrilación auricular, mi cita debió haberse cumplido hace un mes,

hace un mes estoy sin medicamentos, pero me toca llamar al *call center* para que me den la cita y no hay quien medie para que eso se dé, por eso es la razón por la cual la salud nuestra ha entrado en una crisis absoluta, porque ni desde el primer nivel de atención se da el proceso de recuperación de los pacientes.

En Fontibón se demostró hace siete años que el proceso manejado desde promoción y prevención del primer nivel de salud es factible llevar un proceso de salud y manejo de los Hospitales, se recibió un hospital con un déficit de mil trescientos cincuenta millones de pesos y se entregó con un superávit de dos mil quinientos cincuenta millones de pesos, es decir, que un trabajo mancomunado entre sociedad civil e institución es posible, pero desafortunadamente el proceso politiquero que se maneja para la asignación de gerentes, de los, de las diferentes ESE no permite que eso llegue a un feliz término, por eso razón en este momento el hospital de Fontibón, con una gerente que lo acabó desde un principio, tiene un déficit cercano a los quince mil millones de pesos, después de seis años de gestión de esta señora, pero eso es lo que nosotros nos ganamos cuando elegimos, tenemos los gobernantes que nos merecemos.

En virtud de eso nuestras ocho razones son las siguientes:

Desde su inicio el proyecto de ley anuncia la continuidad del tratamiento de salud como un servicio público, en contraposición a lo establecido por la Corte Constitucional que es un derecho fundamental, esa concesión de servicio ligada a la prestación mediante el modelo de intermediación financiera ha tenido efectos concretos sobre el manejo de la salud como una mercancía gobernada por las reglas del mercadeo, la libre competencia y el ánimo de lucro de los actores que intervienen en el sistema. Y eso es responsable de los graves costos sociales, económicos e incluso de las múltiples vidas que se han perdido por el famoso paseo de la muerte.

Continuarán ellos el negocio de la salud, al mantener los copagos y las cuotas moderadoras, al propender coberturas complementarias al plan de beneficios de salud Mi Plan, otra vez otro POS, otro POS que es un cheque en blanco, no sabemos qué es ni para tratar qué, ni quién lo va a manejar, ni cómo lo va a manejar.

El proyecto de ley mantiene la ganancia económica de los intermediarios, tanto a Mi Plan como a Salud Mía les van a pagar por todo como intermediarios, usted me da diez mil y yo le doy nueve mil quinientos a él, le cobro por pasar la plata de aquí allá, y no tengo responsabilidad alguna frente a la prestación de los servicios, es únicamente cobrar por cobrar.

En la definición de los principios del sistema de salud, en el artículo tercero, se evidencia que no hay compromiso en la garantía del derecho, sino

apenas intencionalidad formal, expresada en términos como propender, promover y propiciar, algo muy vago, si se puede y si resulta bien, si no resulta, pues no resultó, pero cobre, me tuvieron que pagar por eso, no interesa cuántas vidas humanas cueste ese proceso.

La verdad es que a la medida que uno va adelantando en este proceso uno se pregunta en qué país vivimos, qué es lo que están haciendo, qué pensó la persona y los asesores que hicieron este proceso, la verdad yo no entiendo, tener uno la conciencia, la capacidad, las agallas de presentar, esto es, la verdad es que es, esto es inhumano, en un país tan grande y tan hermoso como el nuestro tengamos que soportar estos procesos.

La verdad le sedo la palabra a mi compañero para que él haga el cierre de esta presentación. Gracias, muy amables.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Vamos a pedirle al compañero.

Intervención señor:

Permítame cinco.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Excúseme, en honor a la brevedad, sobre todo porque se ha pedido la presencia del Ministro, él quiere intervenir, y todavía faltan algunos de los otros miembros que también van a participar, entonces vamos a pedirle que sea lo más breve posible.

Intervención señor:

Lo más breve posible, claro que sí. Muchas gracias de antemano, señor Ministro, por ese tiempo, y quiero referirme brevemente a un tema de lo que expuso el compañero sobre la continuidad del negocio en la salud, claramente en los copagos y las cuotas moderadoras.

No se si es, señor Ministro, que de acá no ha salido una directriz para las EPS o las desconocen, que creo que no, más cuando apenas acaba de salir una ley, el 27 febrero, donde dice: para la población en estado de discapacidad se debe de exonerar de esos copagos y cuotas moderadoras y las EPS aún continúan con esto, entonces es inadmisibles, se desconoce el régimen de salud.

Señor Ministro, usted días antes previos a la radicación de este proyecto nos decía y nos anunciaba al afirmar que el Estado retoma la relación con el ciudadano, con un usuario que se sentirá que hay una relación directa entre el Estado y sus necesidades de protección a la salud, lo que hace realmente es diversificar la intermediación, pues las empresas promotoras de salud van a dedicarse al negocio de la venta de seguros médicos o de prestación de servicios de salud y las que así las definen, podrán transformarse como gestoras de servicio de salud, eso lo dice en el artículo y su parágrafo 28.

Los intermediarios, ahora con nombre de gestores, continuarán siendo determinadas en funcionamiento del sistema, pues autorizan el pago de servicios, tecnología de salud, contratarán prestadores de servicios, auditan, reconocen los montos, pagan y ordenan a Salud Mía, y pagarán los prestadores de servicios y promotores de medicamentos y de dispositivos. También le van a garantizar la integración vertical en la prestación primaria de los servicios, que tanto daño le ha causado a la red hospitalaria y voy a detenerme aquí, aunque pareciera que con un pensamiento provincial, señor Ministro, quiero que tomen atenta nota de lo que pase en mi amado departamento cuna y taller de la libertad, Boyacá, en la provincia del Sugamuxi, con esta red hospitalaria que en un momento fue ícono y orgullo de la provincia Sugamuxi, y me refiero a la clínica Julio Sandoval Medina y está cerrada, está cerrada porque el Gobierno no quiere dar dinero para entrar a que funcione, y hoy está dedicado con toda la provincia del Sugamuxi y parte del Casanare, integrada a tres instituciones donde como en todo el país se está sobreposicionando en pacientes, se saturan los servicios.

Quiero que dirijan la mirada a esas instituciones, qué está pasando.

Señor Ministro y ciudadanos y compañero, pendientes del tema de salud, tendríamos todas las razones expuestas como lo han manifestado mis antecesores, razones que anunciamos que por esto tendremos que oponernos el pueblo colombiano activamente a los proyectos que nos van a restringir el derecho a la salud de los colombianos y visibilizan el actuar de todos los parlamentarios, hoy nos obliga a que los visualicemos de frente a una campaña electoral para ver qué papel van a cumplir nuestros parlamentarios, si realmente son dignos de nuestra confianza al que nos representa al pueblo colombiano, ese que nos manifiestan, pero que cuando aprueban leyes son lesivas para el pueblo colombiano, así que nos reiteramos que la Ley 100 de 1993 no tolera una reforma más, lo que hay que hacer es transformar radicalmente el sistema de salud y seguridad social por otro.

El derecho fundamental participativo democrático. Muchas gracias.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Señor Secretario, quien siga en el uso de la palabra. Reiteramos quedan tres inscritos, se le da cinco minutos a cada uno para que el señor Ministro pueda intervenir, por favor esa es la metodología, el esquema de trabajo. Siga, bien pueda, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sigue con el uso de la palabra el señor Juan Martínez, el señor Juan Martínez y se prepara la señora Stella Barreto de la Asociación de Usuarios de Saludcoop, la señora Stella Barreto, el señor José Joaquín Osorio, la señora Amanda Rincón y Edelmira Arias tendrán un tiempo de cinco minu-

tos para que se pueda escuchar al señor Ministro de Salud.

Señor Juan Martínez:

Buenas tardes, señor Ministro de salud, señor Alejandro Gaviria; buenas tardes, señores Senadores; buenas tardes, compañeros de las EPS. Pero realmente aquí sí hay un problema, la papeleta nueva tenía tres inscritos y hablan dos, eso es falta de respeto para los que estamos aquí, nosotros no podemos aceptar una reforma en la forma que la está haciendo el señor Ministro, ¿por qué? Porque al señor Ministro se le ha olvidado que hay academia y si hay academia se tiene que llamar a la academia, y se tiene que llamar a los tres poderes, el ejecutivo, el legislativo y el judicial. Aquí hay médicos que son una partida de asesinos, es que acaso, señor Ministro, usted no sabe, es que acaso no sabe que hay medicamentos que matan, acaso, señor Ministro, no puede entender que esto se hace desde la academia para que participen todas las facultades que tienen que intervenir, ejemplo: medicina, química, biología y todas las profesiones diferentes, tiene que intervenir el señor Presidente porque ahora yo hablaba con el señor Juan Pablo, que creo que es el secretario que le lleva la agenda, pero para colmo de ustedes yo tenía un derecho de petición para hablar con el señor Ministro, pero está desde agosto 5 de 2012, aquí lo tengo, entonces eso es falta de respeto, señor Ministro, yo le digo hoy, nosotros los colombianos aportamos en impuestos, respétenos, aquí hay una propuesta, aquí es para hacer un laboratorio en Colombia propio de nosotros, y el señor Ministro ahora queda comprometido a decirnos cuánto es el presupuesto nacional que se va a ir para salud, el señor Juan Pablo me dice: son 26 billones de pesos, otros señores dicen son 42 billones de pesos, es muy diferente 26 a 42, es muy diferente y la reforma si se hace se tiene que hacer con dignidad, con respeto, nosotros no somos pacientes de degradación, y aquí tengo a una persona que perfectamente les puede explicar de qué se trata ese crimen de lesa humanidad que cometen algunos médicos por falta de ética y por falta de profesionalismo, con las universidades esos no existirían.

Señor, lo del tiempo ya se lo expliqué, respétenos, respétenos, es que nosotros no venimos aquí a rogarle, esto es de nosotros y es para nosotros, señores Senadores, ustedes también, el presupuesto nacional se les aplica para pagar su sueldo, por eso deben de ser contundentes y yo deseo que pase y le expliquen a la señora Gloria Garzón, qué problema tiene para que ustedes se den cuenta de la falencia tan berraca que tienen los profesionales aquí en Colombia, y si es necesario que estudien médicos con ética, con profesionalismo que sean dignos.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Miren, yo quiero pedir respeto en este auditorio, hemos estado desarrollando una audiencia con el mejor nivel y creo que eso es lo que estamos

pretendiendo en este Congreso. El señor Ministro está pendiente de intervenir, le rogamos a los que continúan en el uso de la palabra que sean breves y que ojalá se refieran al proyecto de reforma. Solicitud por favor.

Señora Gloria Garzón:

Mi nombre es Gloria Garzón y por negligencia de una clínica, hace dos años mi hijo quedó con parálisis cerebral, fue mal diagnosticado por un médico y me da tristeza que el médico todavía siga laborando en esa clínica, ni la EPS ni nadie se hizo responsable de lo que pasa con mi hijo.

Lo que me preocupa es con la reforma a la salud, que ciertos medicamentos y ciertos beneficios que tienen los pacientes de alto costo, como ustedes lo llaman, se vaya a perder, que mi hijo pierda sus derechos que tiene. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias. Secretario, continúe con el siguiente.

Secretario, Doctor Jesús María España Vergara:

Intervienen en su orden la señora Stella Barreto, de la Asociación de Usuarios de Saludcoop, y se prepara el señor José Joaquín Osorio, de la Asociación Colombiana de Usuarios de la Seguridad Social. Posteriormente el señor Armando Rincón y finalmente la señora Edelmira Arias Carranza. Con estas cuatro intervenciones, intervendrá el señor Ministro de Salud.

Asociación de Usuarios de Saludcoop, señora Stella Barreto:

Muy buenas tardes para todos los presentes. Represento a la Asociación de Usuarios de Saludcoop, pero especialmente a las madres cabeza de familia, a las esposas, a las hermanas, a las madres de pacientes con una discapacidad múltiple, severa, que estamos olvidadas, y represento también a todo el pueblo colombiano.

Colombia es un Estado de Derecho y uno de estos derechos es el estado a la salud y a una vida digna. El artículo 4° y el artículo 15 de la reforma se refieren a la inembargabilidad de los dineros del Estado y a las exclusiones de este sistema de salud. La reforma en salud debe contener un engranaje de política social y político-económico que afecte positivamente a la población colombiana y a los actores que en ella participan, cómo se está proyectando esa coordinación intersectorial en el que se garantice las condiciones de vida digna de todos los matices que esto implica. En ese orden de ideas, cómo se prepara a todo el sector de salud para garantizar la prestación de servicios con calidad, eficiencia y eficacia para toda la población, sin realizar las discriminaciones salud para ricos o salud para pobres. Nosotros estamos en planeación como paciente uno, paciente dos, paciente tres, nivel uno, nivel dos, nivel cuatro, nivel cinco,

estamos por categorías cuando todos somos ciudadanos colombianos y somos humanos, somos imágines y semejanza de un Dios que nos creó.

Sin abrir la brecha económica hasta donde se ha explicado, el Estado va a brindar una salud básica a los pacientes y que según la capacidad de pago que tenga cada persona podría acceder a una aseguradora y poder complementar sus servicios de salud; en otras palabras, si se requiere servicios de alta complejidad, el usuario de su bolsillo tendrá que asumir el costo del mismo, lo cual sería lesivo para la población en general. Nosotros estamos afrontando casos en los cuales familias enteras por comprar un pañal, por comprar un medicamento, no tiene para el arriendo, se va a quedar sin su servicio de pago para la vivienda, la educación de toda la familia, y si nosotros tenemos que aportar de nuestro dinero, qué va a pasar en adelante, en qué posición quedarán los pacientes que ya están diagnosticados que requieren de una continuidad en su tratamiento frente a la nueva reforma, teniendo en cuenta el artículo 15 de la misma; qué estrategias tiene proyectados el Gobierno Nacional para garantizar la oportunidad de atención especializada, si el enfoque de salud se proyecta a tener a la población en condiciones saludables, no podemos pretender controles o citas de especialistas superando los cuatro o cinco meses de espera, en otros casos para pacientes con problemas más serios aunque son atendidos en lapsos de tiempos más corto, no cuentan con la cobertura total de sus necesidades; nosotras, madres cabeza de familia, esposas, nos vemos sometidas a un viacrucis diario de negación de servicios; nosotros tenemos atención domiciliaria, nos toman del pelo en la entrega de insumos, no nos atiende con la prontitud de vida a nuestros pacientes, se burlan de nosotros, nos humillan, nos tratan como si estos pacientes no existieran.

Un punto que se trata en esta reforma es que se va a retirar las tutelas falladas a favor de un usuario, si se van a retirar estas tutelas, qué pasaría con todos nosotros que un día y nosotros somos pacientes. Los equipos en salud, en general hay una crisis a nivel de salud, si nosotros como colombianos no nos unimos, no pensamos, vamos a estar muy mal. ¿Qué se propone? Que sean los colombianos quienes definan una reforma a la salud, un modelo que beneficie a todos los colombianos, por eso la reforma debe ser refrendada de manera estructural. Propongo que el Gobierno haga público este proyecto, porque somos muy pocos los que lo conocemos, y el Gobierno, el Presidente Santos, dice que es urgente y prioritario que este proyecto se haga realidad, que esta ley se haga realidad, ¿Por qué? Porque no quieren darnos tiempo a los colombianos de que pensemos, de que nos opongamos, entonces que todo el pueblo colombiano lo conozca, diga si sí o no es benéfico, e invitar a una movilización como lo había dicho el señor Jorge. Invitar a que se hagan veedurías por parte de los pacientes, de los usuarios, y que los colom-

bianos nos quitemos el velo frente a la realidad que estamos viviendo, esto no es una pelea entre una EPS y el Estado, es cuestión de dinero, la salud es cuestión de dinero, se están llenando las arcas del Gobierno, y nosotros los simples usuarios tenemos que comer aguapanela con pan, mientras el Gobierno está tomando caviar, yendo a paseos con el dinero de la salud, nosotros debemos movilizarlos.

Y qué pena decirles a los señores Senadores presentes, cuando salí un momentico todos estaban jugando, o viendo, jugando con la Tablet, y con el celular, me parece un irrespeto para todos porque parece que estuviéramos perdiendo el tiempo acá. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario, continúe.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Tiempo: cinco minutos, intervienen José Joaquín Osorio, Representante Legal de la Asociación Colombiana de Usuarios de la Seguridad Social, y se prepara la señora Amanda Rincón, de la Asociación de Usuarios de Famisanar, Usuarios de Fibrosis Quística y por último la señora Edelmira Arias Carranza.

Asociación Colombiana de Usuarios de la Seguridad Social, señor José Joaquín Osorio:

Muy buenas tardes y muy respetuoso saludo tanto a los Representantes del pueblo en la parte legislativa, en la ejecutiva y en la judicial, que ojalá pudiera estar realmente haciendo honor a cada uno de esos tres poderes reconocidos a nivel de nuestra legislación, para ellos va ese atento saludo y muy respetuoso, porque realmente entre todos nuestros componentes que debemos de tener, esto está como quien dice dirigido en esta condición, Salón Boyacá el paciente Congreso de Colombia y la fecha de hoy.

Y mi temario comienza con el punto uno de la ética sobre la salud, pero bueno, se dirá por ejemplo qué tiene que ver por ejemplo los ministerios con la ética, pues es todo lo básico de donde nosotros nos dictan todas las normas y sin tener en cuenta esos elementales derechos a que cada uno de nosotros, me aprendí por lo menos dos reglas de oro dichas por Hans Quin, dentro de uno de los argumentos de la ética mundial, que felizmente he tenido la oportunidad de ejercerla con unos cinco años en la clínica San Pedro Claver y ahora hasta que se cambió de nombre el Hospital Universitario Mayor.

Y de la ética y salud es un artículo precisamente a la salud de primerísima necesidad y de muy prioritaria atención, de lo cual no da, eso no da plata, la puntualidad de eso no da plata porque en las EPS las tenemos que a medida que se frena la cantidad de servicio, pues eso va dando pesos, entonces ahí

está lo malo del negocio y no es porque lo administre un particular, porque si las normas, por eso citaba que debía de estar aquí el tercer poder que es el judicial, ejecutar, sancionar, así sea privado o sea público que se ejecute al culpable o que se sancione, de todos modos sea particular o sea oficial, pero cuando hemos tenido los servicios oficiales, yo los defendía mucho en mi juventud y más de todo en mi falta de malicia, por decir algo, de que lo público era como muy respetado, era como una cosa sagrada, mientras no se vino descomponiendo en general la dirección desde el punto de vista de la legislación, se les dan unas interpretaciones en la parte ejecutiva, y los que tenemos que participar de acuerdo con las normas, pues no nos dejan sino al margen de poder lo mismo que han mencionado los anteriores y de los cuales yo no voy a citar, porque la solución no está sino en cada uno de todos los integrantes del sistema; el legislativo, el ejecutivo y el judicial mediante el buen uso de todos nuestros recursos y sana forma de ser, ética en todo lo que nosotros actuemos debe estar presente, no importa la profesión que sea y más si es de salud con mucha delicadeza, yo apenas a todos los invito a que tomemos un poquito de conciencia, del valor de estas reuniones y podemos nosotros como la inmensa mayoría dar nuestro granito de arena de comportarnos bien y exigir, exigiéndonos. Muy amables, gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario, continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene la señora Amanda Rincón, de la Asociación de Usuarios de Fibrosis Quística, y se prepara la señora Edelmira Arias y con ello termina las intervenciones de los Usuarios.

Asociación de Usuarios de Fibrosis Quística, señora Amanda Rincón:

Buenas tardes, señor Ministro, señores del Congreso, señores asambleístas.

A mí me deja esto una reflexión muy grande y los llamo a la reflexión, todos somos seres humanos, por eso es mi reflexión.

Las enfermedades no tienen distingo social, credo, raza o sexo, por eso no estoy de acuerdo con las exclusiones de patologías o los niveles socioeconómicos para recibir los derechos en salud. Mi propuesta es que la salud sea un derecho fundamental en igualdad de derechos para los 46 millones de colombianos, señor Ministro, señores del Congreso, las leyes se hicieron para preservar la vida con calidad no para destruirla, y si observamos mueren más colombianos por la mala calidad del servicio que nos prestan las EPS por la tramitología y la corrupción que existe en ella, que por la misma guerra. Mi propuesta es que existan entes con honestidad, responsabilidad y talento humano y sin corrupción para realizar veedurías.

Señor Ministro, ya que me dan esta oportunidad aquí como madre de familia, no mendigando, sino exigiendo los derechos de los pacientes de fibrosis quística, que es una patología genética, que afecta a los niños de cero días hasta los veinticinco años, que es más o menos el promedio de vida de ellos, que le hagan un seguimiento a las EPS donde están estos pacientes y a la Superintendencia Nacional de Salud, porque nosotros sabemos que nuestros hijos nacen con esta patología, una patología severa, que se tienen que ir y somos conscientes de eso, pero tenemos que darnos a la lucha que nuestros hijos mueran dignamente y que la calidad de vida sea respetada por las EPS, por eso solicito a usted muy respetuosamente que se haga un seguimiento a las EPS y a la Supersalud, porque de nada nos sirve arrodillarnos ante la Supersalud para que nos ayuden a hacerles seguimiento a las EPS cuando la corrupción es igual. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias. Doctor España.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa en el uso de la palabra, la última intervención, la señora Edelmira Arias Carranza y agradecemos las tres últimas personas que han hecho buen uso del tiempo.

Señora Edelmira Arias Carranza:

Buenas tardes para todos y todas, y aquí a los señores del Congreso. Estoy bien, sí, Congreso, ah bueno, y el señor Ministro y todos, todos los doctores.

Quiero aportar algo muy importante para todos los colombianos y colombianas, y agradecerles que estemos acá reclamando nuestros derechos, lo que nos están robando a diario, las veinticuatro horas, nuestros derechos de la salud integral, y les quiero contar algo y denunciar algo: los trabajadores del Centro Nacional Universitario Hospitalario San Juan de Dios tenemos trece años abandonados con los Hospitales, pacientes, estudiantes y comunidades en general, estamos abandonados y las instituciones igual, en el deterioro, acabándose, desmoronándose y argumentan de paz, como la semana que pagaron a muchos, muchos colombianos para que vinieran a hacer bulto para la paz, y cuál paz sin tener derecho a salud, a educación, a trabajo, a oportunidades, de cuál paz están hablando, y unos Hospitales públicos los que no se los han robado están presumiendo robárselos, entonces de cuál paz, si la paz es con vida digna, salud, derechos integrales a la seguridad social, a tener nosotros oportunidades de vida, de vida para poder tener una vejez y tener todo lo que nos merecemos y decía ahorita la compañera, no estamos mendigando, no estamos mendigando, exigiendo y reclamando el derecho integral a la salud del pueblo colombiano.

Mi propuesta es, compañeros y compañeras, que llevemos todos a cabo exigir que se recupere el Centro Nacional Hospitalario San Juan de Dios, Instituto Materno Infantil, para que no continúe el paseo de la muerte, para que no continúen muriéndose todas nuestras familias en las puertas de los Hospitales, en los pasillos, en la ambulancia que no llegó, en la mercantilización de la salud.

Entonces, compañeros, mi propuesta, señor, señores todos, y compromiso que deben de hacer con la población entera, colocar en funcionamiento el Centro Nacional Universitario Hospitalario San Juan de Dios, Instituto Materno Infantil, estos Hospitales son únicos en América Latina, estos Hospitales el único dueño es el pueblo colombiano, no es de la Beneficencia, no es la Gobernación, no es del alcalde, no, no, los dueños somos nosotros por eso tenemos que obligar y exigir que se reactiven y que se devuelva el legado de José Joaquín Vargas, ya que él dejó estipulado en el legado, qué lástima no haberlo traído para suministrarles a ustedes, punto a punto dejó estipulado cada derecho que le dejó desde los indigentes hasta el más altico, que no sean personas oportunistas, sí.

Entonces mi propuesta es que recuperemos el San Juan de Dios, que nos devuelva el Gobierno nacional el legado de José Joaquín Vargas, donde somos los dueños y nosotros tenemos que recuperarlo, arrancarlo de las garras del Gobierno, compañeros, porque los únicos dueños somos nosotros y son únicos Hospitales en América Latina, entonces y que la suerte que tenemos, señor Ministro y todos y todas, es que quedó por fuera de la Ley 100, por fortuna no lo pueden colocar en ese paquete, porque la suerte nos acompañó que no hiciera parte de la mafia de la Ley 100 y de los crímenes de lesa humanidad.

Entonces, compañeros, los trabajadores, yo hago parte del comité que pasó por el San Juan de Dios, que pasó con el San Juan de Dios.

Estamos recogiendo firmas para obligar y exigir al Gobierno con nuestras firmas que nos devuelvan todo lo que se han robado desde el año 1957, Gobierno Nacional, a la fecha, presumen robarse las dos instituciones para que el robo quede enterrado, pero nosotros no lo vamos a permitir, no nos vamos a hacer cómplices, ni participes del robo, y tenemos que obligar que nos lo devuelvan, reactivado para lo que fue creado, derecho a la salud integral para el pueblo colombiano, amigos y amigos. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias. Bueno, vamos entonces a darle la palabra al señor Ministro, Doctor Alejandro Gaviria.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Presidente, con su venia, la Secretaría deja constancia que con la asistencia del honorable

Senador Guillermo Antonio Santos Marín, estuvieron presentes en la audiencia siete (7) honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado y se registraron cuatro (4) excusas por incapacidad médica.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, Secretario. Ministro, tiene usted la palabra, no sin antes el Senador Ospina, Mauricio Ospina, el Senador Guillermo Santos, la Senadora Astrid Sánchez, el Senador Édinson Delgado, la Senadora Teresita García, Claudia Wilches la Senadora y el Presidente de esta Comisión, el Senador Ballesteros.

Ministro, yo quería... Por favor vamos a darle la palabra al Señor Ministro. Ministro, yo quería hacerle unas consideraciones muy cortas, frente a lo que yo he podido recoger aquí de los distintos participantes, que tiene que ver con el trámite de la reforma, una de ellas es una solicitud o un planteamiento reiterativo de diferentes intervinientes para que se reconozca la salud como un derecho fundamental autónomo, esa es una primera inquietud de la mayoría de los participantes, hubo una propuesta, Ministro, de rescatar el defensor del usuario, una figura que fue en algún momento definida, establecida, si mal no recuerdo en la Ley 1122, pero que desafortunadamente por distintas circunstancias no se pudo poner en, no se pudo implementar y que pudiéramos mirar esa posibilidad. Lo mismo la queja reiterativa de la gente frente a las barreras de acceso que tiene el sistema y algunos elementos que hacen parte de la reforma y que usted en algunas oportunidades se ha podido referir a ellos como el tema de la integración vertical, la inembargabilidad de los recursos, la participación social que esta figura se mire en la reforma, realmente diría yo que son los elementos que más se trataron en esta audiencia pública por parte de los voceros de los usuarios y también por parte de algunos usuarios. Tiene usted la palabra, Ministro.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes, ya noches, para todos.

He tomado atenta nota a muchos de los puntos, voy a tratar de ser esquemático, apunté quince puntos que yo creo que recoge muchas de las inquietudes que hemos discutido esta tarde.

Empiezo si se quiere por presentarle alguna explicación, puede ser una excusa de lo que ocurrió la semana pasada, estaba atrapado en una reunión con el señor Presidente, no pude volarme, pero bueno, aquí estamos y podemos tener la reunión finalmente.

Empiezo con lo siguiente: tal vez de todas las intervenciones que tuvimos esta tarde, la que más me tocó fue la que hizo el médico sobre los niños de cáncer y lo quiero decir con vehemencia y con claridad, si la reforma no sirve para solucionar al-

gunos de estos problemas, no sirve para nada; si no podemos disminuir estos tiempos del diagnóstico, tiempos para la oportunidad del tratamiento, habremos, ustedes como sociedad pero sobre todo nosotros como agentes políticos, fracasado en este intento. Ese tiene que ser el objetivo preponderante de esta reforma, no puede ser otro sino ese, y así lo plantea claramente la exposición de motivos.

Nosotros tenemos algunas diferencias, muchas veces en los medios, en la forma como concedimos el cambio social, en la forma como interpretamos las diferentes formas de mejorar una realidad que todos queremos cambiar, pero créanme, aquí está el Viceministro, hemos trabajado bregando a solucionar ese problema más que cualquier otro, que día también una persona que tuvo un problema de salud, de pronto un error médico y está preocupado porque su hijo no vaya o vaya a perder el acceso a sus medicamentos, esto no va a pasar con esta reforma, y se lo digo con vehemencia, no va a pasar, no puede pasar, con la reforma, a punta de mejorar eso, precisamente estamos aquí entre todos dialogando, bregando a hacer una construcción colectiva, tomando nota atentamente, esa es la invitación y con eso empiezo, a que entre todos mejores y voy a empezar a desarrollar los quince puntos y ustedes se van a dar cuenta porque están unas cosa allí, y van a tener opiniones diferentes en algunos de ellos, y nosotros, nosotros podemos cambiar de opinión, porque también tenemos apertura intelectual por decirlo de esa manera.

Nosotros no vinimos aquí a imponer nada, estamos en estas audiencias públicas con un ánimo que es meramente constructivo, y vuelvo y repito, ese tiene que ser el objetivo, incluso se los digo, casualmente si ustedes repasan la exposición de motivos, el ejemplo que tenemos allí, como el ejemplo preponderante de los problemas que queremos resolver, es un ejemplo de niños con cáncer, donde decimos de manera clara: pasan 18 meses entre el diagnóstico y el acceso al tratamiento, ese ha sido y ese tiene que ser el objetivo de este esfuerzo colectivo.

Empiezo entonces con los quince puntos.

El primero ya lo mencionó el Senador Ballesteros, la salud como derecho fundamental; la Corte así lo indicó desde el año 1994, primero por conexión con la vida, después la Corte fue cambiando su jurisprudencia, y lo dijo claramente, es un derecho fundamental en sí mismo, nosotros así lo aceptamos, les voy a hacer una confesión si se quiere: hay dos leyes en discusión y siempre pensamos, esta es la ley ordinaria y hay una ley estatutaria que tiene que encargarse de los mecanismos de protección al derecho, de pronto por una ortodoxia jurídica nuestra quisimos en esta ley, que era la ley ordinaria hacer esa mención de la salud como servicio público, porque se estaba haciendo referencia al modelo, pero se lo digo desde ya: lo vamos a cambiar, ese artículo consagrará la salud como un derecho fundamental como tiene que ser, eso creó

confusiones, vuelvo y repito, lo hicimos sin ninguna mala intención, simplemente diciendo en la ley que discute el modelo vamos a hablar de la salud como un servicio público, porque vamos a hablar de los instrumentos del Estado. En la ley que regula el derecho reiteraríamos la jurisprudencia de la Corte, pero ya sabemos, después de tres semanas de intenso debate que eso generó confusión, malas interpretaciones, exceso de suspicacia, y lo digo aquí y así lo elaboraremos en la ponencia con los señores Senadores, reiteraremos la salud no como un servicio público sino como un derecho fundamental, pueden estar todos tranquilos, primer punto. Yo creo que esa discusión queda saldada completamente.

Segundo punto, que está relacionado, es el segundo y tiene que ver con la tutela, se ha generado un debate en estos últimos días, yo creo que es un debate falso, y se ha dicho que la ley pretende muchas veces de manera directa, otros dicen de manera indirecta o escondida acabar con la tutela. Vuelvo y lo reitero, eso no es nuestra intención, nunca lo ha sido, esta ley no puede hacerlo y no lo va a hacer, no queremos acabar con la tutela, tampoco podemos hacerlo, no demos falsos debates, no nos desgastemos en cosas que no son. Qué hemos planteado algunos de nosotros y qué he planteado yo en algunos de los debates públicos y de pronto de dónde ha surgido esta idea de que se quiere acabar con la tutela, un malentendido o muchas veces desinformación por gente que tiene intereses políticos en este debate que está buscando votos, porque vuelvo y repito no queremos acabar con la tutela y tienen que creer en la palabra, yo lo estoy diciendo aquí públicamente, no lo vamos a hacer, no lo vamos a hacer, la reforma no hace eso, y si nos tenemos que sentar juntos y ustedes van a quedar más tranquilos, lo hacemos, así lo hacemos. Si ustedes dicen este artículo, este artículo nos generan preocupaciones y creemos que este artículo puede conspirar contra la tutela, nos sentamos, esa no es nuestra intención y de pronto parte de estas audiencias públicas están, ya lo dije, una construcción colectiva pero también para encontrarnos en lo que estamos de acuerdo, porque muchas veces ni siquiera sabemos en lo que estamos de acuerdo y esto sirve para eso, para aclarar malos entendidos.

Pero decía: de dónde surge este malentendido, surge de una pedagogía pública que yo he hecho en algunas entrevistas referidas no a esta ley, sino a la otra, a la ley estatutaria, y yo he planteado públicamente este caso que se lo oí a un profesor de bioética de la Universidad de Harvard, que me pareció interesante en algún momento, que decía lo siguiente, hablando no del caso de Colombia, sino de los Estados Unidos, mencionaba también algunos países europeos en el ejemplo, decía: hay una farmacéutica que presenta una nueva medicina contra una forma agresiva de cáncer de próstata, ese tratamiento vale, por decir, cualquier cosa, mil millones de pesos al año, los primeros estu-

dios clínicos muestran que la sobrevida asociada a ese tratamiento es apenas de dos meses, ¿debe la sociedad pagar por este medicamento? No es una pregunta fácil, que involucra elementos éticos, y yo ponía el ejemplo sobre la mesa porque creo que lo que debe hacer una ley estatutaria es crear un mecanismo para que la sociedad entera, nosotros como representantes del Gobierno, los representantes del Congreso, pero ustedes como sociedad civil, decidamos y construyamos legítimamente un sí o un no a esa pregunta ética, ese es el ejemplo que yo he puesto y lo he querido hacer con honestidad, no para esconder la dificultad de algunas de estas dificultades de algunas de estas decisiones, porque aquí hay elementos éticos que nos tienen que involucrar a todos como sociedad.

Es muy distinto plantear con franqueza esta pregunta que está respondiendo todos los países del mundo a decir queremos acabar con la tutela, lo digo de nuevo con vehemencia, no vamos a acabar con la tutela, aquí lo digo claramente y no perdamos el tiempo en debates inútiles, una ley estatutaria no puede acabar con la tutela, lo primero que va a hacer la Corte Constitucional, va a decir: ¿estos tipos que están haciendo?, cogen un lapicero y dicen este artículo pasa a dormir el sueño de los justos. No lo podemos hacer si no me creen a mí y eso los deja más tranquilos, completamente es un derecho constitucional, la salud es un derecho fundamental, ha sido reiterado una y otra vez, en una ley ordinaria que quiere simplemente definir el modelo, hablar de algunos de los mecanismos, mejorar lo que no está funcionando, volver al objetivo preponderante, a que no pase lo que está pasando con los niños con cáncer, ese es el objetivo de todos, yo creo que compartidos por todos aquí, salvo una minoría, aquí todos estamos actuando de buena fe y aquí todos queremos que esto mejore, lo que pasa es que esto no es fácil, y aquí tiene que operar una especie de doble empatía, en estos diálogos sociales, yo me tengo que poner en los zapatos de ustedes, pero ustedes tienen que de alguna manera tratar de ver todos los problemas que nosotros estamos tratando de resolver, y que los instrumentos que tenemos como Gobierno, como representantes del Estado son a veces precarios y no podemos resolver todos los problemas y volver eso, algunos de esos puntos en un minuto.

Otro punto, he hablado de dos, son quince, tengo que acelerar un poco el paso.

Tercer punto: recursos públicos. Se ha generado también un debate creo yo innecesario, sobre el numeral x del artículo cuarto, donde hablamos de inembargabilidad. Quisimos hablar de inembargabilidad porque nos daba miedo que alguien fuera a embargar los recursos del fondo único de Salud Mía y se fuera a crear entonces una gran parálisis del sistema de salud y eso no puede pasar, y allí hablamos algo que parece o parecía en criterio nuestro absolutamente inofensivo y era lo siguiente: como los recursos ya están en Salud Mía y Salud Mía los gira directamente a los prestadores, y los gira para

pagar por los servicios prestados, vuelvo y repito, no pasan por las EPS, salen directamente del fondo y llegan al prestador de servicios de salud y el prestador de servicios de salud está recibiendo los recursos por un servicio que ya prestó. Dijimos en ese momento porque se está pagando por un servicio, como cuando uno liquida un contrato estatal dejan de ser públicos, pero vuelvo y repito eso ha generado un debate innecesario, suspicacia, de nuevo nos ponemos a redactar, sentarnos a redactarlos juntos, hacer algunas excepciones, alguien nos ha llamado la atención, ha dicho: cuidado porque si esos recursos son girados a un hospital público, a una ESE nunca van a dejar de ser públicos y ahí tiene razón, yo lo dije desde la semana pasada, de pronto como la forma como está redactada esa segunda frase del numeral x del artículo cuarto, es demasiado escueta, ha generado suspicacias innecesarias, yo dije: estoy dispuesto a borrarla, pero hagámosla mejor, entre todos, supongamos tanto de la buena fe de ustedes que quieren colaborar como la nuestra, esos recursos son de todos, no lo vamos a privatizar.

Quiero hablar ahora de los temas de sostenibilidad, que es un debate complejo. Hay un poco de confusión en las cifras y esa confusión ha aflorado esta tarde, sobre los 40 billones y los 26 billones, y creo que entre todos debemos tener la idea de qué estamos hablando.

Los 40 billones de pesos es lo que gastamos todos como sociedad en salud, incluida la plata que sale de nuestra billetera, de nuestro bolsillo directamente cuando compramos un Dólex en la farmacia.

Los 26 billones son los recursos exclusivamente públicos, los que hacen parte de las contribuciones y de los impuestos generales que pagan por la salud socializada, los que hacen parte de lo que podríamos llamar el aseguramiento social, por eso hay una discrepancia entre los 26 y 40, en los debates públicos, los que van a estar acumulados en Salud Mía son los 26 billones de pesos en plata de hoy, la totalidad de los recursos públicos para pagar por la salud. Si ustedes hacen la división entre esos 26 y 46 millones de colombianos tendremos aproximadamente setecientos mil pesos por habitante, eso es suficiente para prestar un servicio de salud, pero no es suficiente para hacerlo todo, si ustedes comparan, lo pasan por ejemplo a dólares y van y hacen comparaciones con otros países del mundo, se van a dar cuenta que ese no es un valor muy alto en el contexto internacional, por decir cualquier cosa: Inglaterra invierte más de doscientas libras esterlinas por habitante, y por lo tanto tenemos, señoras y señores, un problema que es complejo que enfrentar y es que desafortunadamente no podemos tener el mismo cubrimiento que Inglaterra, invirtiendo una fracción de lo que ellos invierten, el 20, 25%.

Y por eso de alguna manera, ojalá de manera explícita, pero de alguna manera nos vamos a ver abocados a priorizar y a garantizar cierta sosteni-

bilidad de los recursos, tenemos que invertirlos bien, protegerlos, y cuando hablamos de priorizar no estamos hablando de por ejemplo, eliminar la cobertura para los pacientes de alto costo, eso nunca está en nuestros planes, lo que queremos es mejorar ciertas cosas. Pero para volver con un ejemplo similar sí tenemos que empezar a lidiar con la presión tecnológica; esta semana hay un foro con algunos de ustedes los pacientes, citado que tiene que ver con un tema muy complejo de regulación, y es qué va a pasar con la competencia que bien para las drogas biotecnológicas, lo que llaman Bioequivalentes, donde como Estado tenemos que ser capaces de abrir esa puerta, no del todo, no de par en par, porque se nos viene mucha basura, medicamentos inseguros, pero no cerrarla completamente porque el precio entonces va a ser impagable y eso es el tipo de decisiones que tenemos que empezar a tomar entre todos, para lograr la sostenibilidad en este sistema.

Todos ustedes han hablado mal de la Ley 100, en parte con razón y ustedes son, si se quiere, quienes sufren a diario muchos de los problemas, pero todos ustedes si miran un poco hacia atrás, se van a imaginar o van a ser capaces de recordar lo que pasaba hace 20 o 25 años cuando uno de sus parientes tuvo una enfermedad grave, en muchos casos tuvieron que vender la casa o liquidar la pequeña tienda, o vender el automóvil o sacar el hijo de la universidad, no todos tenían el Seguro Social, la cobertura en Colombia en esa época, la protección financiera de los hogares alcanzaba a duras penas a una tercera parte de la población, hoy mal que bien, mal que bien la atención era bien para ese 33%, de pronto mejor en algunas dimensiones, pero ustedes tienen que aceptar también lo que ha ocurrido y esa cobertura ya hoy se aproxima a una cobertura universal, para algunos es simplemente una carnetización como se dice muchas veces, pero para la mayoría no lo es, vayan aquí a una localidad de Bogotá, una familia de estrato dos y digan venga yo le quito el carné del Sisbén que eso simplemente es un carné vacío, lo van a defender, porque ese carné de alguna manera representa el derecho que estamos defendiendo aquí. No es el negocio de ser pobre, es la forma como el Estado ha tratado de garantizar la cobertura, con problemas, con falta de acceso muchas veces, pero el cambio social no se hace simplemente diciendo nada funciona, el cambio social se hace mejorando lo que hemos construido entre todos: buenas veedurías, teniendo este tipo de diálogos, bregando a ponernos de acuerdo, es la única manera de mejorar la realidad que es compleja, porque aquí no solo depende de la voluntad nuestra, depende también de que entre todos construyamos las capacidades, para que el Estado haga las cosas bien y ustedes vigilen lo que se está haciendo y ese que era el cuarto tema de sostenibilidad, me lleva al quinto, muy interesante que planteo, el tema de capacidad de pago, su llamado, yo creo que es un llamado interesante, pero hay una pequeña contradicción en lo que usted dice, doctor Néstor, partamos si se quiere de

una especie de tautología más o menos fundamental de estas cosas, ¿quién paga por la salud a fin de cuentas? Nosotros, nadie más la va a pagar y la pagamos vía las contribuciones, lo que nos quitan de nuestro salario o los impuestos que le pagamos al Estado, o la plata que sacamos de la billetera cuando vamos a la farmacia. Entonces nosotros pagamos la salud, entonces decir que la salud no depende de la capacidad de pago eso qué significa, significa entonces que vamos a eliminar completamente las contribuciones y lo vamos a financiar con impuestos plenamente, no, porque las contribuciones, las que todavía persisten, recuerden que la reforma tributaria eliminó un parte, suma 8 billones de pesos y si queremos remplazar esos 8 billones de pesos, de dónde va a salir la plata, tendríamos que subir los impuestos, las regalías, ustedes saben están dedicadas a otros usos, a veces no muy santos, pero miren entonces, tenemos que redefinir lo que alguien llamaba el contrato social, cómo vamos a pagar por la salud, y si uno acepta las contribuciones.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Por favor, por favor, yo les pido a los asistentes que dejemos intervenir al Ministro.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Y si uno acepta las contribuciones, tiene que aceptar un hecho difícil, es que si las aceptamos alguien está obligado a aportar, seguramente porque tiene más recursos, puede presentarse una contingencia, la persona pierde el empleo, no puede contribuir, el derecho se debería mantener por un tiempo, estamos de acuerdo que hay que mejorar mucho aporte de la operatividad del sistema, pero qué pasa con la persona que evade las contribuciones y que de alguna manera se aprovecha de la buena voluntad que nosotros tenemos en las legislaciones que dice usted no contribuye, tranquilo, yo le pago; si nosotros hacemos mucha, gente simplemente va a decir: yo para qué voy a contribuir, si ahora todos nos están brindando los servicios sin contribución. Entonces aquí tenemos que ser capaces de diseñar operativamente la forma de tal manera que la gente pueda seguir manteniendo el acceso al derecho, pero que no se presten a ese tipo de abusos, y hoy tenemos un sistema, los 26 billones, no los 40, los 26, se pagan así, con contribuciones una parte y cada vez más con los impuestos de todos.

Recuerden: la salud la pagamos nosotros, el Estado no es como me decía alguien hace poco, una señora rica que vive en Chapinero, sentada en un montón de plata, el Estado somos nosotros y la plata viene de nuestros bolsillos, por eso hay que cuidarla, y por eso el llamada a la sostenibilidad no es un invento neoliberal ni nada de eso, simplemente es el llamado a cuidar los recursos públicos, invertirlos bien, con alta rentabilidad social.

Entonces tenemos que seguir avanzando, para que la capacidad de pago no sea una cortapisa, ni sea una barrera de acceso y las personas que tienen la contingencia de perder un empleo, a esa contingencia no se le suma una tragedia adicional de no tener acceso a la salud.

Hay un montón de normatividad al respecto, pero vuelvo y repito, cualquier sistema basado en contribuciones hace depender la capacidad de pago en parte o hace depender mejor, volteo la cosa, el acceso de la capacidad de pago.

La existencia de las contribuciones implica *per se* esa dependencia, lo que tenemos que aprender a manejarlo mejor.

Precio de medicamentos, que es mi punto seis, ahora si quiere aplazamos la respuesta al final y trato de contestar algunas preguntas.

Precio de medicamentos: acepto el reto que se me hizo aquí, y lo estamos aceptando y lo estamos asumiendo, para que tengamos mejores precios de medicamentos, ustedes saben que hubo una liberalización de precios que no funcionó, el Estado hoy controla algunos de los precios de medicamentos, estuvimos reunidos esta mañana con el señor Viceministro y los técnicos del Ministerio, tenemos mañana una reunión de la Comisión de Precios de Medicamentos y estaremos en el próximo mes de mayo tomando decisiones para controlar los precios de muchos medicamentos, haciendo lo que se llama una referenciación internacional, vamos a coger una lista de precios, vamos a ver dónde está ubicado Colombia y vamos a acabar con muchos de los excesos, independientemente de la reforma. Ya mencioné el tema de los biotecnológicos, donde queremos traer mayor competencia, en la reforma no se ha aceptado como parte del debate público, esa Comisión de Precios de Medicamentos que de alguna manera estaba basada en un equilibrio, en algunos intereses comerciales representados si se quiere por el Ministerio de Industria y Comercio, y los intereses de salud pública entronizados por el Ministerio de Salud, acabamos con la Comisión de Precios de Medicamentos para que sean los criterios de salud pública únicamente quienes primen en las decisiones ulteriores sobre precios de medicamento, eso lo hace la propuesta de reforma del proyecto 210.

Estamos también diciendo, porque sabemos que hay muchas patentes artificiales, ustedes muchos han conocido el debate mundial de estos días, en la India por ejemplo, estamos diciendo si la Superintendencia de Industria y Comercio recibe de un laboratorio la petición para una nueva patente, la CIT tiene que pedirle un concepto al Ministerio de Salud, el Ministerio de Salud puede decir no, esa patente es una patente artificial, simplemente está tratando de extender un monopolio de manera injusta o injustificada, no se debe otorgar esa patente, y eso va a proteger los 26 billones o los 40, los recursos de todos, y lo está haciendo en la reforma de manera clara, siguiendo si se quiere el

ejemplo de lo que hoy hacen en Brasil, lo que se conoce allí como anuencia previa, no sé por qué no ha sido enfatizada en el debate.

Quiero hacer una claridad sobre el tema de reaseguro, donde se nos ha planteado una pregunta, el tema de reaseguro como lo plantea la reforma yo creo que ha sido malinterpretado, algunos dicen los nuevos gestores de servicios de salud ahora van a ir en coche, no es eso lo que queremos, queremos disminuir los incentivos para que se dé lo que, Néstor, usted llamaba el descrome, o técnicamente se llama la selección de riesgos, porque hoy en día algunos de los pacientes y hablo de las EPS actuales, por ejemplo los pacientes de mayor costo se han concentrado allí, muchas veces de manera muy escondida lo que hacen las EPS, perdón, es tratar de deshacerse de esos pacientes, si se quiere para utilizar un término gráfico. Entonces qué es lo que vamos a hacer nosotros en la reforma, les decimos si un paciente cuesta más de cien o doscientos millones de pesos al año, eso lo asume todo el fondo, colectivamente, de dónde va a salir la plata, de dónde va a salir la plata, de la misma plata del fondo que va a alimentar una especie de subcuenta o de bolsillo especial en Salud Mía para hacer eso, lo que estamos diciendo es, estos pacientes de mayor costo no van a depender de la buena voluntad de la EPS, vamos a eliminar los incentivos para el descrome o para selección de riesgos, vamos a asumirlos como sociedad, ese es el mecanismo en términos generales de reaseguro, no estamos hablando de reaseguros comerciales ni mucho menos, uno podría llamarlo en términos más técnicos un mecanismo de compensación *ex post*, es una generalización de la cuenta de alto costo, que hoy solamente cubre los pacientes renales. De acuerdo.

Hablemos un poco de los Gestores de servicios de salud y de lo que proponen la reforma al respecto. Quiero ser enfático en esto también, mal haría yo y mal haríamos nosotros como Gobierno, de desgastarnos meses en este debate simplemente para hacer una propuesta artificial y decirle: vamos a cambiar de nombre a las EPS y volvemos exactamente a una situación como la actual, eso no es lo que estamos proponiendo, estamos proponiendo un cambio de fondo estructural y lo voy a resumir en cuatro puntos.

Primero, ya lo dije, la plata no la van a tocar los nuevos Gestores de servicios de salud, están en Salud Mía y pasa directamente a los prestadores, no va a volver a pasar lo que ocurrió muchas veces, la desviación de los recursos, que ha sido dijéramos una historia repetida de los últimos 10, 15 o 20 años, ustedes la conocen bien, los ejemplos gráficos han echado al traste con la legitimidad de este sistema, desde las inversiones inmobiliarias hasta las canchas de golf, con la plata de la salud, eso no va a volver a ocurrir y no puede ocurrir en este esquema, la plata no pasa por las EPS, o sea no puede ocurrir, va directamente a quien presta los servicios de salud en la propuesta que estamos haciendo.

Segundo punto, alguien mencionaba aquí también las EPS de garaje sin red. Con eso empecé el tema de los niños de cáncer, donde el padre va y la EPS dice no tengo red, no lo puedo atender, eso no va a volver a pasar, estoy poniendo el ejemplo, no estoy diciendo para ese exclusivamente, simplemente para gráficamente ilustrar lo que queremos hacer, y van a operar en el territorio y ahí el Ministerio si se quiere una instancia participativa, nos vamos a sentar y vamos a decir esta red y si usted simplemente no tiene los medios para atender a la población porque van a ser Gestores de esa población, quienes van a tratar o van a propender por los buenos resultados de salud de esa población no pueden operar.

Tercer punto, que no sea enfatizado en el debate público, no sé porque, donde también podemos tener instancias participativas, la remuneración va a depender de manera sustancial de los resultados en salud, hay un adverbio que se utiliza en un artículo y nosotros hablamos parcialmente se le gira a la UPC, pero parcialmente el valor *per capita* ajustado por riesgo, parcialmente quiere decir que si no dan resultados en salud, no son viables.

Y el cuarto punto, estamos creando una Superintendencia de Salud que haga lo que tiene que hacer, y que a las que no funcionen simplemente se les revoque la licencia en un proceso oral, sumario. Que la insistencia en las EPS yo simplemente, Gestores de servicio de salud porque son distintos, volteo la pregunta, qué significa esa frase, ya manida creo yo, de acabar con la intermediación, ¿significa que nosotros queremos un solo gran intermediario público? A mí me da miedo sinceramente, una especie de super-Caprecom público capturarle en todos lados, uno tiene que aquí diversificar el riesgo institucional para ponerlo de esa manera, pero usted quiere generalizar la Nueva EPS y volverla simplemente el único asegurador en todo el país.

El Estado es el garante, pero que el Estado sea el garante no significa que el Estado tiene que estar en toda parte prestando los servicios. Por ejemplo, a mí me preocupa una propuesta que se hizo aquí, una propuesta de estatizar completamente toda la prestación también y que todos los trabajadores de la salud sean servidores públicos, eso lo que nos va a politizar completamente la salud y eso no está pensado en la gente, y ahí hay intereses de otra naturaleza. También pero ustedes tienen que entender que cualquier discusión de esta naturaleza tiene que poner el énfasis en los excesos del sector privado, pero también en las falencias del sector público, ¿o no leyeron ayer la revista *Semana*?

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Yo les agradezco nuevamente a los asistentes que por favor dejemos intervenir al Ministro y luego hacemos.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Bueno, quiero, estaba en el punto ocho, que eran las EPS, tengo que acelerar un poco el paso.

El punto ocho, hay un tema polémico de ustedes, que ustedes hacen bien, y es una pregunta que nos plantean dura, difícil, dicen ustedes, señores, ya lo dije, era mi punto cuatro, hablan de sostenibilidad, queremos de alguna manera proteger los recursos públicos como se los van a entregar en utilidades a los gestores de servicios de salud. Planteada así es una pregunta difícil, pero yo quiero plantearles el siguiente reto regulatorio para el Estado.

Supongamos que creamos entonces unos Gestores de servicio de salud que van a ser los que van a representar el Estado, y son simplemente intermediarios, nosotros les pagamos una cuota por auditar los recursos, por ser compradores inteligentes, por de alguna manera ayudar que ustedes accedan a los servicios de salud, qué va a pasar con eso, va a pasar creemos nosotros algo muy parecido a lo que pasó con el tema de los recobros, va a haber una colisión inmediata entre el señor administrador y el prestador, todos se van a poner de acuerdo inmediatamente para pagar, para pasarle la cuenta a Salud Mía, todos se ponen de acuerdo para cobrarle al Estado, y lo que vamos a tener después de aprobada la reforma es un año 2014, 2015 muy bonito donde todo el mundo está contento, los hospitales tienen sus finanzas grandes, estos señores nuevos Gestores son queridos por la opinión pública, todo el mundo está feliz, pero se está incubando la peor crisis al sistema de salud, y los veintiséis billones se nos van así; ya pasó con los recobros, aumentaron de cien mil millones a dos billones de pesos cuando pusimos los incentivos mal puestos, eso lo podemos discutir con calma, vendrán muchas discusiones, pero yo, si se quiere de pronto por formación y en eso lo compartimos aquí, tengo, lo voy a decir de manera gráfica, un sentido como trágico de esto, si no hay una especie de tensión, si no hay un conflicto, si no hay un comprador que tenga los incentivos para decir: esta cuenta por qué vale veinte billones de pesos y por qué no vale dos millones, porque esto me lo están inflando. Hace un mes aproximadamente la revista *Time* de los Estados Unidos publicó una edición especial, las ciento cuarenta páginas, dedicadas al tema de los costos de salud, y un ejemplo que me llamó la atención que está allí: una clínica típica en los Estados Unidos cobra por el acetaminofén, diez veces más de lo que vale en la farmacia cruzando la calle, y si yo no voy a tener un comprador del otro lado, un Gestor de servicios de salud que diga usted por qué me está cobrando diez veces más, si al otro no le duele el bolsillo de pronto quebramos nuestro sistema de salud.

Y desafortunadamente la única forma que hacemos que le duela el bolsillo es diciendo parte de su remuneración, parte, porque no puede ser, toda tiene que salir de ahí, ese es el único sentido. Ustedes lo dicen bien: cuidado que si ese es el único incentivo se generan un montón de barreras para

el acceso, y por eso nosotros lo que hemos tratado de hacer es un diseño juicioso donde diga tiene que dar resultado en salud, porque si no da resultados en salud no va a ser viable, ese es un tema, planteo la dificultad, la podemos seguir discutiendo, pero no crea que esto simplemente es un capricho o es una defensa de las utilidades *per se*, eso no es, es simplemente todos los sistemas de salud tienen que diseñarse pensando en los incentivos de los diversos agentes, y eso es lo que hemos tratado de hacer aquí, nada más que eso, la discusión sigue.

El punto nueve ya lo dije, era de la estatización, aquí tenía dos ejemplos, los voy a decir con nombres propios, me perdonarán la franqueza, pero yo no creo que un colombiano del común quiera que sus servicios de salud sean prestados por Caprecom y atendidos en el Hospital de Meissen, no queremos, y cuidado entonces con decir que todo el Estado maneje todo, piensen bien que el 70% de la alta complejidad ya la hace muchas veces el sector privado y la hace bien, y una de las cosas buenas que ha tenido la Ley 100 entre muchas más las que ustedes han mencionado es que ha sido por lo menos equitativa en este sentido, se va a sacar de Caprecom también que no la ha atendido bien, pero los invito a hacer este ejercicio mental, nuestra sociedad uno de los aspectos más antipáticos que tiene es que está completamente segregada, hay universidades de ricos, universidades de pobres, colegios de ricos, colegios de pobres, ustedes van al estadio, hay una tribuna para ricos y una tribuna para pobres; un abismo separa occidental de oriental.

Pero algo pasó en la salud, vayan ustedes a una sala de urgencias de la Fundación Santa Fe, allí van a encontrar personas de estrato dos y estrato seis, en muy pocas instancias de nuestra sociedad pasa eso, y eso yo creo que lo queremos proteger, así es, a pesar de todos los problemas. Pero en Bogotá recuerde que el 80% es contributivo y hay una persona que gana un salario mínimo que es de estrato dos y puede acceder a la misma calidad de prestación de servicios que la otra, no estoy diciendo que sea la panacea, uno tiene que ser capaz, tiene que ser capaz de hacer juicios matizados, y tenemos todos que ser capaces de decir aquí hay algo bueno que queremos conservar y hay muchas cosas malas que queremos cambiar.

Punto número diez, tiene que ver con Mi Plan, lo que queremos hacer con el plan de beneficios no es disminuir la cobertura, es aumentarla, no podemos en la ley, nos equivocaríamos de manera radical en la ley decir que va a estar y escribir allí, porque esos planes tienen que ser dinámicos, tendríamos que venir al Congreso cada año como si esto fuera el presupuesto nacional a determinar el contenido del Plan de beneficios de Mi Plan, eso sería absolutamente impráctico. Lo que queremos y lo estamos haciendo vía decreto, es generar mecanismo participativos para definir ese plan de beneficios, incluso lo podemos hacer antes de la ley, no necesitamos la ley aprobada, y la invitación

está desde ya, vamos a trabajar a construir esto entre todos, pero ahí no queremos hacer dijéramos una exclusión, ni queremos tomar decisiones a espaldas de nadie.

Fondo de Salvamento de EPS que se ha dicho muchas veces, es el punto once que tenía aquí planteado, de nuevo no queremos salvar EPS por Dios, quién va a querer hacer eso, pero de nuevo quiero de manera franca plantear las dificultades y las planteo con nombres propios nuevamente para que queden claras.

Se están liquidando dos EPS en el sur de Colombia, Selva Salud y Salud Córdor, vaya hablen con el Gerente del Hospital Universitario del Valle, cuál es su gran temor, su gran temor es que la liquidación de esas EPS que tienen un patrimonio muy pequeño en comparación con las deudas los va a quebrar, porque nadie le va a poder pagar la plata que estas EPS dejaron de pagarle, alguien podría decir de malas, pero tenemos que decidir si vamos a dejar quebrar el Hospital Universitario del Valle y a eso es lo que apunta el Fondo de Salvamento, hay una dificultad innegable que yo no quiero soslayar tampoco, un riesgo moral, hay una dificultad que yo no quiero soslayar, estaríamos como sociedad pagando dos veces, porque las EPS debieron haberle pagado al Hospital Universitario del Valle y no lo hicieron, dónde está la plata, se perdió, se la robaron para ser más claro, pero entonces eso significa que vamos a dejar quebrar esta institución, pero salvar la IPS significa asumir parte de esas deudas, eso es lo que hace el artículo, eso es lo que hace el artículo, no es otro cuatro por mil. Bueno, entonces esa no es una decisión que vamos a tomar nosotros, una decisión que van a tomar los representantes de la sociedad en el Congreso y vamos a sopesar una cosa con la otra, si nuestros escrúpulos morales son tales que no vamos a querer hacer eso, tenemos que vivir con las consecuencias y hay decisiones duras que tiene que tomar la sociedad y pasa en todas partes, ustedes ven el debate en Europa, el debate que dimos aquí con los bancos, uno se traga un sapo, nos lo estaríamos tragando, pero buscando un objetivo social.

Todas las investigaciones penales tienen que seguir, tiene que pagar con cárcel, eso no está en cuestión, la Fiscalía tendrá que hacer lo que tiene que hacer, todos los patrimonios pasarán, pero de la cárcel, la cárcel no nos va a salvar de los problemas sociales que tenemos aquí desafortunadamente.

Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales siguen todas su curso, sigue todo su curso, no la estamos eliminando, no lo podemos hacer, vuelvo y repito no estamos.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Vamos a retomar el esquema de la audiencia para que permita que el señor Ministro continúe, por favor.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Punto número doce, que es también una reflexión sobre las dificultades entre todos estos, se mencionó varias veces aquí el tema de los especialistas y el tema dijéramos de otro tipo de problemas, que asociados a las EPS o los malos incentivos o muchas de las cosas que se mencionaron esta tarde, constituyen barreras de acceso para todos los colombianos.

Y yo quiero plantear aquí una especie de disyuntiva, o de problemas de diferente naturaleza para ser más claro, lo que puede hacer una ley como esta es arreglar los incentivos, mejorar muchas de las cosas en el funcionamiento de estos agentes, lo que no puede hacer necesariamente una ley, que es complejo, nosotros vivimos aquí en un país santanderista y a veces se nos confunde una cosa con la otra, es construir capacidades de la sociedad y capacidades institucionales. Nosotros podemos poner una ley muy bonita diciendo que habrá especialistas de esta y otra manera y eso no se va a resolver mágicamente, entonces tenemos que entre todos entender que aquí hay retos de diversa naturaleza, unos retos legales para no, que esto no se nos convierta en una especie de fetiche y aquí vamos a resolver todos los problemas, no, hay problemas complejos, problemas complejos de construir capacidades en las regiones, capacidades para manejar Hospitales, nuestros médicos generales no están saliendo graduados con todas las capacidades que necesitan para ejercer la profesión y para que tengan capacidad resolutoria, ni tenemos de la noche a la mañana la capacidad para duplicar el número de especialistas en buena parte de Colombia y tenemos si se quiere una dificultad, no solo en salud, en muchas áreas de este país, una especie de encrucijada, en muchas de las especialidades el 50% de los especialistas están en Bogotá y si el hospital público de segundo nivel lo quiere allá tiene que pagarle cuarenta millones de pesos, eso es difícil, los incentivos no están completamente alineados y son retos de desarrollo que no vamos a resolver mágicamente en un año, nosotros tomamos una decisión en la ley, tal vez equivocada diría yo y solo vamos a mencionar aquí los temas que se refieran al cambio de los incentivos, cosas que son materia de cambios normativos o legales, los otros los vamos a dejar de lado porque son simplemente reto de más largo plazo, hay algunos temas en talento humano, en salud pública, en atención primaria en salud donde ya la gente comienza a traernos inquietudes, y la invitación de nuevo es a eso. En los temas que no están, atención primaria de salud pública, talento humano, vuelvo y repito, vamos de pronto a trabajar entre todos, para ver cómo de manera complementaria, porque esta no puede ser la única solución, podemos ir construyendo ese tipo de capacidades. Ese era el punto doce, que lo mezclé con el trece, la verdad sea dicha.

El punto catorce tiene que ver con el tema de las clases medias y el aseguramiento privado y esto que salió allí. Prepagadas, hay un millón y medio de colombianos con medicina prepagada, ese millón y medio de colombianos creemos nosotros por problemas de regulación, de articulación entre los seguros voluntarios y los seguros obligatorios están pagando dos veces por el mismo cubrimiento, y quisimos utilizando una versión mejorada del modelo de Chile, es decir, que la gente no pague dos veces, y que la gente por lo tanto pueda utilizar la unidad pago por capitación como una cuota inicial para la prima de la medicina prepagada, eso ha generado inquietudes porque nos puede segregar el sistema de salud, vamos a revisarlo y entre todos trabajemos eso. Pero vuelvo y repito, deberíamos tener en la ley una forma de articular mejor los seguros voluntarios y los seguros obligatorios para que la gente no tenga que pagar dos veces, porque independientemente de lo que hagamos aquí, la gente va a seguir demandando seguros voluntarios y ese millón y medio seguramente crecerá, ya serán dos y serán tres millones, puede tener razón, ese no debería ser de pronto un objetivo explícito, lo podemos cambiar, lo podemos mejorar, pero sí debería ser un objetivo explícito que la gente no tenga que pagar dos veces porque eso está beneficiando a las compañías de seguros, no a los ciudadanos colombianos, a esa clase media creciente que también quiere tener por ejemplo un acceso más expedito a ciertas especialidades, no básicas, no podemos en todo caso prohibirlo, de acuerdo.

En Canadá no existe, pero existe, dijéramos, existe, bueno, pueden hacer ustedes una propuesta, y es en Colombia no vamos a permitir pólizas voluntarias para salud, yo no estoy de acuerdo con esa propuesta personalmente, pero se puede debatir, es parte dijéramos de los temas que están para discusión pública.

Termino con lo que empecé, es el punto número quince y es una reiteración a que colectivamente entre todos breguemos a hacer una buena ley, la que ustedes se merecen, y la que de pronto este país se merece, que mejore algunos de los problemas, pero para eso necesitamos poder conversar y para eso necesitamos poder borrar un poco las suspicacias de parte y parte, la doble empatía de la que yo hablaba al comienzo, vamos entre todos y vamos a borrar esas prevenciones y esas barreras, esas personas que van a decir: allá está ese Ministro quién sabe representando qué interés, ninguno, ninguno, tengo mis sesgos, mis visiones del cambio social como las tienen ustedes, las tenemos todos, pero eso no implica que no podamos conversar, que no podamos apostarle a esta construcción colectiva.

Ahora la participación tiene este problema, yo la he vivido desde hace rato y es que genera de pronto expectativas incumplibles, alguien va a decir yo estuve allá hablándole, le entregué al Ministro mi propuesta, no me la tuvieron en cuenta, no podemos tenerlas en cuenta las propuestas de todo el mundo, pueden ver el trabajo nuestro como ese

trabajo como el que también tiene que priorizar y tratar de darle a este todo, cierta coherencia, porque si no esto se nos vuelve inmanejable, sí.

La tutela va a seguir tal cual. No debería ser, no debería ser y queremos que si todo esto mejora y si tenemos un plan más amplio y si los Gestores de salud se preocupan por los resultados de salud en la gente y si ya la selección de riesgos no va a ocurrir porque no están descremando el mercado, y si le atinamos a los incentivos y si las instancias participativas que estamos planeando funcionan, y entre todos podemos tomar mejores decisiones, eso no tiene que pasar.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Por favor, es decir, yo sí le pido, señor Ministro.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Entonces, señores, ya se nos está volviendo esto una especie de consejo comunitario, no.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Señor Ministro, en nombre de la Mesa Directiva yo le pediría.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

He abusado, alguien no ha levantado la mano y va a decir el Ministro está abusando, a nosotros nos dieron cinco minutos, a ese *man* le dieron ya como media hora. Pero estamos tomando nota; muchas de las cosas que ustedes nos han dicho nos va a permitir tener una mejor reforma, planteé desde el comienzo que vamos a tener el derecho fundamental a la salud, vamos a recuperar el tema de los recursos públicos y vamos a seguir trabajando entre todos.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Señor Ministro,

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Yo no puedo seguir moderando, aquí me he tomado las atribuciones que no tenía, en todo caso gracias a todos por la atención. Muchas gracias.

Presidente (E), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias, señor Ministro. Quisiera en primer lugar en nombre del Congreso de la República, de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima, agradecerles a todos la participación en esta audiencia. Quiero decirle que es parte del esquema que nos hemos trazado, vamos a continuar haciendo audiencias aquí en la ciudad de Bogotá; igualmente, vamos a estar en varios departamentos, en el departamento del Valle, Antioquia, departamento Santander y queremos que la forma como se ha planteado esta audiencia permita que la población

colombiana, los usuarios y demás puedan presentar unas propuestas clara y concretas como lo hicieron el día de hoy. Yo sé que existe demasiada inquietud respecto a este tema, pero quiero significar que el Congreso de la República, esta Comisión Séptima precisamente está dispuesta a dar este debate en todo el país, para que a través de ese debate se pueda dilucidar todas las inquietudes y podamos tener nosotros al final de este año una ley que consiste la voluntad de todos los colombianos. Muchas gracias. Señor secretario, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría de la Comisión se permite recordar que mañana hay sesión de la Comisión Séptima a las diez de la mañana (10:00 a. m.) para evacuar nueve (9) proyectos de ley que están en el orden del día. El día miércoles hay audiencia pública, el día jueves hay audiencia pública, eso quiere decir que la Comisión Séptima del Senado en esta semana sesionará durante cuatro días continuos.

Siendo las siete y cinco de la noche (7:05 p. m.), el señor Presidente ha levantado formalmente

esta audiencia pública. Muchas gracias a todos los asistentes de las asociaciones de usuarios, del Gobierno y de los organismos de control.

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 02**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá, D. C., el día **lunes quince (15) de abril de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.