



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° 728

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

EDICIÓN DE 24 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

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013

(abril 18)

**Proyectos de Reforma al Sistema General
de Seguridad Social en Salud**

Siendo las nueve y cincuenta y cinco minutos de la mañana (9:55 a. m.), del día jueves dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, en su calidad de Vicepresidente y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara*, se dio inicio a la Audiencia Pública programada para la fecha, llevada a cabo en el Recinto de sesiones de la Comisión Primera de la Cámara. Piso tercero del edificio nuevo del Congreso, con el siguiente Orden del Día:

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE REFORMAS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

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

Número de artículos: doce (12).

Fecha de Radicación Senado: agosto 1° de 2012.

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

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

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

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

Número de artículos: Sesenta y Siete (67).

Radicado en Senado: 19-03-2013.

Radicado en Comisión: 21-03-2013.

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

3. Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el sistema único descentralizado de seguridad social en salud.

Iniciativa: Honorables Senadores, *Luis Carlos Avellaneda*, *Gloria Inés Ramírez*, *Juan Manuel Galán*, *Camilo Romero*, *Alexander López*, *Parmenio Cuéllar*, *John Sudarsky*, *Jorge Guevara*, *Juan Fernando Cristo*, *Germán Carlosama*, *Carlos Alberto Baena*, y honorable Representante, *Iván Cepeda Castro*, *Germán Navas Talero*, *Ángela María Robledo*, *José Joaquín Camelo*, *Gloria Stella Díaz*, *Alba Luz Pinilla*, *Hugo Velásquez*.

Radicado en Senado: 10-04-2013.

Radicado en Comisión: 12-04-2013.

Número de artículos: Cincuenta y tres (53).

Publicación: *Gaceta del Congreso* número **198 de 2013**.

Participantes Únicos: Asociaciones Científicas y Similares.

Hora: De 09:00 a. m. a 02:00 p. m.

Lugar: Recinto de sesiones de la Comisión Primera de la Cámara. Piso Tercero del Edificio Nuevo del Congreso. Ingreso por la entrada principal del Edificio Nuevo del Congreso (Carrera 7 N° 8 – 68).

ORDEN DEL DÍA

PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA JUEVES 18 DE ABRIL DE 2013

I

Apertura de la Audiencia (Señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado).

II

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

III

Invitados

3. 1. Asociaciones Científicas y Similares.
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)

V

Cierre del evento

A esta Audiencia Pública fueron invitados, además:

N°	NOMBRE	ENTIDAD
1	Doctor, Carlos Francisco Fernández	Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y Miembro de la Junta Médica Nacional
2	Juan Camilo Samper N.	Marketing Manager, Bd Medical
3	Gloria Cecilia Solano	Nutricionista Product Specialist, Bd Medical
4	Juan Carlos Correa	Enfermero Jefe Product Specialist, Bd Medical
5	Héctor Julio Valencia.	El Área de Salud Mas Product Specialist, Bd Medical
6	Orlando Moreno Gaviria	Funcionario Contraloría
7	Alejandro Arbeláez Rendón	Comité de Regulación en Salud S.C.A.R.E.
8	Ángela María Moreno Perea	Comité de Regulación en Salud S.C.A.R.E.
9	Doctor, Diego Germán Calero Llanes, Md.	Presidente de S.C.A.R.E.
10	Doctor, Diego Peláez Mejía, Md.	Director Ejecutivo de S.C.A.R.E.

N°	NOMBRE	ENTIDAD
11	Doctor, Jorge Diego Acosta Correa, Md.	Coordinador del Comité de Regulación en Salud de S.C.A.R.E.
12	Doctor, Luis Gonzalo Peña Aponte	Subdirector Jurídico de S.C.A.R.E.
13	Doctor, Ricardo Barona Betancourt	Subgerente Jurídico Laboral de S.C.A.R.E.
14	Doctora, Diana Carolina Plata Guerrero.	Abogada Asistente Laboral de S.C.A.R.E.
15	Doctor, Jaime Enrique Donado Manotas.	Presidente de Assosalud
16	Doctor, Roberto Baquero Haerberlin.	Presidente del Colegio Médico Colombiano
17	Ferney Oswaldo Bernal Pedraza	Profesional de Comunicaciones de S.C.A.R.E.
18	Doctora, María Fernanda Atuesta Mondragón.	Presidenta de Federación Odontológica Colombiana
19	Alberto León Torres	Director Clínica Infantil
20	Claudia Patricia Rodríguez	Jefe de Asuntos Normativos
21	Olga Lucia Baquero	Coordinadora Servicios Asistenciales
22	Doctor, Carlos Armando Sussman Peña	Asociación Colombiana de Derecho Médico (Asocodeme)
23	Juan David Sussman Wagner	Asociación Colombiana de Derecho Médico (Asocodeme)
24	Jerson Eduardo Flórez Ortega	Cafam
25	Luis Alberto Rozo Gómez	Cafam
26	Santiago Velásquez Fernández	Director de Talento Humano de la Fundación Clínica Shaio
27	Pedro Contreras	Presidente de Asmedas
28	Nidia Rocio Puerto Moreno	Abogada Consultora
29	Doctora, Carolina Corcho	Presidente Nacional de ANIR
30	Doctor, Pedro Escobar.	Presidente Bogotá ANIR
31	Ana María Hernández Rivera	Secretaria General ANIR
32	Carlos Múnera Carrillo	Coordinador ANIR
33	Doctora, Clemencia Mayorga – Médica Pediatra – Hospital Universitario Clínica San Rafael Cel. 3115616129	Miembro Junta Directiva Sociedad Colombiana de Pediatría. Miembro Junta Directiva Sindicato de Trabajadores
34	Amalia García	Jefe Sección Régimen Subsidiado-Cafam
35	Gabriel Quiñones	Subdirector Salud - Cafam
36	Diana Margarita Ojeda	Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social
37	Piedad Mejía Rodríguez	Asesora de la Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social
38	Liliana Arias	ACSC

Esta Audiencia Pública contó con la asistencia de los siguientes Honorables Senadores y Senadoras: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlósama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruíz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth.*

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:

Buenos días a todas y todos. Secretario por favor sírvase leer la Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez de la mañana (10:00 a. m.) de hoy jueves 18 de abril del 2013 por la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, se da lectura al Orden del Día propuesto para la cuarta audiencia pública a los proyectos reformativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. Apertura de la audiencia por el señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier.

2. Periodo de 10 minutos para que quienes se inscribieron para asistir y deseen intervenir lo pueden hacer. La Secretaría les informa que en el momento hay seis personas inscritas para participar.

3. Invitados:

Asociaciones científicas y similares. Por parte del gobierno y organismos del control:

Señor Ministro de Salud, quien informa que en diez minutos estará presente acá en el recinto, señor Superintendente Nacional de Salud, señor Defensor del Pueblo, señor Procurador General de la Nación, hay una delegación del Procurador en cabeza de la doctora, Diana Margarita Ojeda Visbal, Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, señora Contralora General de la República.

4. Intervenciones de los inscritos. El señor presidente ha determinado un periodo de 15 minutos para cada uno de los intervinientes y de acuerdo al número total de inscritos que se realice.

5. Cierre del evento.

Leído el Orden del Día propuesto para esta cuarta audiencia pública, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretario. Ya como lo señalaba el señor Secretario, el señor Ministro nos anunció que en quince minutos estará acá con nosotros para participar de esta audiencia pública.

En el entretanto yo quiero darles un saludo de bienvenida al Congreso y particularmente a esta Comisión Séptima que presido, a los presidentes de las distintas sociedades científicas del país, a los voceros de las mismas y señalarles, expresarles que esta Comisión en su competencia que tiene de asumir los temas de la salud como en efecto hoy se está haciendo con la radicación del proyecto de ley ordinaria, ha querido convocar esta serie de audiencias públicas con los distintos actores del sector para efecto de generar un debate amplio, participativo e incluyente, que permita que finalmente el proyecto que salga aprobado de esta Comisión sea el resultado de una construcción colectiva de todos los actores de la salud. Nosotros entendemos desde el Congreso, y así lo hemos dicho, y creo que es reconocido por todos, que

este es un sistema supremamente complejo que a través de la implementación del mismo ha tenido debilidades y algunas fortalezas que definitivamente cualquier reforma estructural de la salud tiene que abordar los temas más importantes, más neurálgicos, de lo que hoy tiene como debilidad el sistema.

En razón de ellos y por iniciativa de algunos parlamentarios, pero también por iniciativa del propio gobierno, en estos momentos hay radicados unos proyectos de ley estatutaria y otros de ley ordinaria, en términos de lo que se llama la hermenéutica jurídica, los proyectos de ley estatutaria se radican, se tramitan, se discuten y se aprueban en las Comisiones Primeras del Senado y Cámara. Para este efecto señala que en la legislatura pasada se radicaron tres Proyectos de ley estatutaria y al inicio de esta legislatura se radicó igualmente un proyecto de ley estatutaria que está contando con el aval del Gobierno Nacional, que fue radicado por el propio Presidente de la República y que recoge las opiniones y las pretensiones, especialmente de lo que se llama la gran junta médica, en donde hay, por supuesto, voceros y representantes también de la sociedad científica; puntualmente ha estado participando de estos diálogos sobre el proyecto de ley estatutaria el doctor Carlos Fernando González, entiendo que el Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, perdón Carlos Francisco Fernández y ese proyecto que fue acogido por el Gobierno, que ya está con ponencia para radicar, que ha tenido también algunos ajustes de parte especialmente del Gobierno, va a ser como el norte de este Sistema de Seguridad Social en Salud, en la medida que lo que se pretende con esa ley estatutaria es tratar de materializar, garantizar y regular el derecho a la salud, de acuerdo con el jurisprudencia de la Corte Constitucional que ha expresado que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo.

Esta es una discusión que también se está dando en la Comisión Primera, que es un tema, decíamos anoche en una reunión con las sociedades científicas, supremamente complejo, porque se trata de discutir los límites que pudiera tener el derecho fundamental a la salud. Se trata también de debatir frente al derecho fundamental a la salud que tanto importa a la sostenibilidad misma del sistema, y se trata también de mirar en esa ley estatutaria los deberes, los derechos de los usuarios, el tema de la autonomía médica y otros que tienen que ver con los elementos estructurales que constituyen una ley estatutaria. Y en la Comisión Séptima, de la cual hacemos parte acá el Senador Santos, la Senadora Claudia Wilches, la Senadora Astrid y los senadores que están por llegar, estamos discutiendo la iniciativa de ley ordinaria que presentó el Gobierno, el Proyecto de ley número 210 de iniciativa del Gobierno, también acumulado con otros proyectos que ya habían sido radica-

dos en la anterior legislatura y con un nuevo proyecto de ley que fue radicado la semana pasada y que tiene como número el Proyecto 233. Todos estos proyectos se han acumulado para hacer una discusión amplia, extensa, obviamente sobre la base de la iniciativa presentada por el Gobierno. Seguramente el Ministro cuando llegue tendrá la ocasión y la oportunidad de hacer algunos comentarios sobre, también las pretensiones que se tiene en esta iniciativa ordinaria.

El propósito de esta audiencia, señalaba, es recabar, recoger los insumos, las inquietudes y las propuestas que pudieran tener los distintos actores de la salud. En el día de ayer hicimos una audiencia pública con las EPS y allí por supuesto aparecieron unas propuestas de los voceros de las EPS, el Señor Presidente de la Acemi, el doctor Jaime Arias, y otros voceros como la doctora Elisa Torrenegra, que es la directora de Gestarsalud, que agrupa a las EPS del régimen subsidiado. Hoy queremos hacer esta audiencia porque entendemos, consideramos que las sociedades científicas tienen mucho que aportar y seguramente también tendrán muchas inquietudes sobre el proyecto de ley ordinaria y seguramente también sobre el proyecto de ley estatutaria. De tal manera que en ese propósito podemos también implementado una metodología de trabajo para las audiencias; las personas que quieran inscribirse, como lo señaló el Secretario, lo pueden hacer acá en Secretaría, le vamos a dar un tiempo de 15 minutos para que intervengan, preferiríamos que hayan algunas propuestas, si es posible por escrito, que pudieran ser radicadas acá en Secretaría y que nos sirvan de insumo para la discusión de la ponencia al interior de la Comisión Séptima.

Esos son los comentarios que quería hacer, entonces, mientras llega el Señor Ministro, hay una lista ya de inscritos, si ustedes consideran damos inicio a la audiencia o esperamos unos cinco o diez minutos mientras llega el Ministro, diez minutos, que empiece el doctor Diego Acosta, a propósito, el doctor Jaime Enrique Donado, la doctora Carolina Corcho, la doctora Clemencia Mayorga, el doctor Osvaldo Porraes, el doctor Carlos Francisco Fernández, el doctor Francisco Yépez y finalmente el Ministro; si no hay otras personas que quieran intervenir, entonces esperamos uno diez, quince minutos.

Señor Ministro buenos días, sea usted bienvenido, lo estábamos esperando, si, no, ese puesto se lo teníamos reservado Ministro, debe estar muy cansado. Entonces ya con la llegada del Ministro, ya habíamos hecho aquí unas consideraciones preliminares a la audiencia, hay un número de inscritos, entonces vamos a darle el uso de la palabra al Doctor Diego Acosta, Doctor Acosta tiene usted el uso de la palabra.

Doctor Diego Acosta:

Buenos días, agradezco al Doctor Ballesteros, agradezco al Ministro que nos escuche y a todos los presentes, este espacio de participación sobre la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ante todo quisiera plantear una inquietud del gremio de los profesionales de la salud y enseguida unas consideraciones sobre la ley. Esta inquietud tiene que ver con la reforma, pero es para nosotros muy importante y deriva del hecho de que hay una gran deuda de las EPS con los prestadores del servicio, calculan esa deuda entre los cuatro y los cinco billones de pesos, no se decirle exactamente cuál es el monto de ella, pero si se va hacer algún tipo de transformación de las actuales EPS que tienen esa deuda, tiene que garantizarse que para poderse transformar en otros tipo de entes, sean gestoras o lo que sea, esa deuda sea cancelada con los prestadores y también con los profesionales de la salud. Eso es como un reclamo o una petición inmediata del gremio.

Yo presido la Comisión de Regulación de la Sociedad Colombiana de Anestesia, la Sociedad Colombiana de Anestesia es miembro de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, el Colegio Médico Colombiano y la Asociación Colombiana de Profesionales de la Salud. Conjuntamente con las otras organizaciones médicas participamos de la Junta Médica Nacional y participamos también en la Coalición Nacional en Salud, que está integrada por cuatro organizaciones nacionales de pacientes, por el Colegio Médico Colombiano, el Colegio Médico de Bogotá y Cundinamarca, la Confederación Colombiana de Profesiones de la Salud, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud (Asosalud), la Federación Médica Colombiana, la Federación Odontológica Colombiana y la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Ambos espacios, la Junta Médica y la Coalición Nacional de la Salud, son espacios de debate y concertación. Tenemos acuerdos básicos en unos puntos, en la Junta Médica hay un acuerdo básico sobre el proyecto de ley estatutaria, aunque hay unos puntos que están en discusión al interior de la Junta Médica sobre los alcances y la estructura de esa ley y en la Coalición en Salud tenemos unos acuerdos básicos también y hay otros puntos donde cada organización defiende una visión distinta y de las cuales estamos buscando llegar a un acuerdo lo más avanzado que sea posible.

Voy a partir de los acuerdos básicos que tenemos en la Coalición Nacional de la Salud, para hacer como un análisis de los elementos que deben, creemos debe tener la ley; en primer lugar no tenemos un proyecto de ley, ni pretendemos casarnos con un proyecto de ley, sino hacer una reflexión sobre los distintos aportes que se salen de los distintos proyectos de ley y plantear los

puntos que nosotros creemos deben hacer parte de una reforma estructural del sistema y enfatizamos reforma estructural del sistema, o sea, cambio de las reglas del juego del sistema actual, porque creemos que el sistema actual no solo está en una crisis financiera, sino tiene una crisis de su estructura que no le permite ser eficiente, eficaz y prestar un buen servicio a la población.

En primer lugar y en esto creo que en términos generales coincidimos con la propuesta del gobierno, estamos de acuerdo en que recupere la rectoría del sistema. Esa rectoría está definida por el Ministerio de Salud y por los distintos entes territoriales, debe ser una rectoría que tiene que tener algún elemento, descentralización y además una rectoría que debe contar con participación ciudadana, algunos de nosotros plantean críticas sobre reducción de la participación ciudadana en el proyecto actual que cursa el gobierno y si bien en Colombia no existe una cultura de la participación ciudadana, creemos que es un punto muy importante a resaltar.

Sobre el fondo único recaudador y pagador, pensamos que puede considerarse en un momento dado la administración, la operación del fondo por entidades privadas. Debemos decir, a raíz de muchos señalamientos de que este fondo único puede ser un gran botín para la corrupción que ha campeado mucho en el país, que la clave no está en el tema del fondo sino que la clave está en la vigilancia que se haga sobre el fondo, como esa clave también vale para las gobernaciones y alcaldías, muchos critican algunas atribuciones que en los proyectos de reforma se dan a las alcaldías y gobernaciones que son los entes territoriales y que deben ser parte rectora del sistema, pero el tema no está en que ellos lo sean sino el tema está en la vigilancia sobre la corrupción. Nos parece que no es suficiente con la reforma a la Superintendencia de la Salud, sino que debe haber una vigilancia tripartita sobre el sistema: los entes gubernamentales, los entes del Estado. Debe haber una auditoría externa al sistema y debe haber unas juntas de vigilancia ciudadana que tengan dientes para contratar estudios y en un momento poder informar a la opinión pública sobre cualquier desviación del sistema, actos de corrupción o incumplimientos de las metas del sistema o del papel de algunos de los actores.

Sobre el tema de los Gestores, pensamos que entre las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y el fondo único debe haber una instancia intermedia, porque hay algunos que plantean que debe desaparecer cualquier tipo de instancia intermedia y la llaman intermediación a cualquier tipo de instancia intermedia, pero el carácter que nosotros planteamos para esa instancia intermedia es el carácter de administradores, administradores en escala de redes que permitan hacer economía en escala en el sistema, rebajar los costos y hacerlos más eficientes y además no inundar el fondo

único de facturas o cualquier otro tipo de documentación que se vuelve inmanejable, inclusive podríamos estudiar otras modalidades de factura como facturación por procesos y todo, porque generar. Hay una discusión que todavía no hemos dado que es el problema de las facturas por eventos, por procedimientos, por medicamentos o por insumos, cosa por cosa, pueden haber otros sistemas más globales de facturación en el sistema.

El caso es que creemos que debe haber unas administradoras de redes, que permitan que estas presten sus servicios de manera más eficiente y eficaz. No estamos de acuerdo con la propuesta del Gobierno, lo discutíamos ayer con el Ministro, de que las redes, que las Gestoras perdón, conserven la integración vertical que en el proyecto de ley del gobierno se amplía, porque se derogan la disposición del 30% y se establece para lo que se llama acá el primer nivel, que serían los antiguos primero y segundo nivel. La integración vertical ha introducido desequilibrio en el sistema y ha introducido abusos en el sistema, porque quienes, las EPS dueñas de IPS seleccionan de manera adversa o perversa a los pacientes en beneficio propio y tienen estímulos al generar excedentes, estímulos para negar intervenciones, para demorar intervenciones y también para demorar pagos.

En ese sentido, conservar la integración vertical, los contratos por capitación, la generación de excedentes y el hecho de que sean las mismas Gestoras quienes constituyan la red, nos parece, en nuestra opinión y quisiéramos dialogar de esto y buscar unos acuerdos con el Gobierno y con los Senadores y Representantes, nos parece que es más de lo mismo, más de lo que estamos viendo ahora y en ese punto no hay una reforma del sistema, no hay una reforma estructural del sistema, ni se cambian las reglas del juego y día a día uno se podría llenar aquí de ejemplos: del día de ayer en la práctica de uno de los hospitales de ejemplo del abuso de que hacen las EPS, favorecidas por la estructura actual sobre pacientes, instituciones prestadoras y profesionales. Pacientes, instituciones prestadoras y profesionales, podría decirlo aunque suene un poco feo, no nos sorprende más el papel de las EPS como se viene desarrollando y es un elemento distorsionador del sistema que lo hace ineficiente y que no permite que se preste un buen servicio.

Entonces en ese punto creemos que las redes deben constituirse más de acuerdo al modelo de la OPS, que el Ministro me decía ayer que ese modelo no lo veía viable el gobierno porque no era sostenible, sería bueno discutir por qué no sería sostenible. Algunos dicen también que sería un mal negocio para las empresas gestoras renunciar a lo que tienen ahora, pero también hay gente con conocimientos financieros que dicen que una administración en escala de las redes es un muy buen negocio, porque entre paréntesis nosotros no estamos en contra del negocio de la salud, des-

de que sean un buen negocio que genere un buen servicio a unos precios razonables y hagan que el sistema no solo crezca, mejorando la salud de los colombianos, sino que también sea un sector de desarrollo de la economía colombiana, el sector empresarial de la salud también debe desarrollarse y el sistema lo debe favorecer. Digo de paso que nosotros pensamos que el sistema no debe ser ni un sistema estatista, ni un sistema bajo los cánones neoliberales, aquí debemos hacer un híbrido, una cuestión que partiendo de nuestra experiencia y de las experiencias internacionales combine lo público y lo privado de una manera acertada, de manera que todos los actores se vean obligados o por convicción o porque la ley los obliga, a atender a los objetivos últimos del sistema que es el mejoramiento de la salud de los colombianos.

En el tema de las redes, la forma en que se articulen las redes, como funcionen los equipos básicos de salud, como se desarrollan los planes decenales, el papel que jueguen las entidades territoriales, es lo que nos puede permitir que haya una reforma en el sistema en el sentido que enfatizemos la salud pública por encima de la atención de enfermos. Tenemos que hacer la reparación del daño y atención de los enfermos, pero el sistema nuestro es un sistema muy asistencialista y estamos de acuerdo en que hay que volcarse mucho, con mucha fortaleza a la salud pública, a la atención primaria en salud, a la atención domiciliaria, a la atención extrahospitalaria. Antes de que lleguemos a los hospitales la gente tiene que tener, y ojalá la gente sana, tenga todo un sistema de atención que no espere a que este enfermo para ser admitido y para ser admitido tiene que ingresar a través de las redes, de redes georeferenciadas, cercanas a la vivienda, donde no haya obstáculos de tipo contratos, definido por el menor valor de la tarifa, para impedir que haya un debido acceso a ellas.

Entonces no basta con hablar de la salud pública en los enunciados de la ley, sino que tiene que haber en la estructura unas condiciones para que ella se desarrolle y tiene que haber estímulos de todo tipo, principalmente económicos, para que la salud pública sea prioridad en el sistema y la atención primaria sea prioridad en el sistema.

Las entidades territoriales, me avisan por favor cuando falten tres minutos para no excederme en el tiempo y no abusar de ustedes, las entidades territoriales tienen que hacer parte de la rectoría del sistema, en ese sentido frente a todas las dudas que establece que el Estado maneje la salud por casos de corrupción, que no solo en el Estado, sino que también han habido casos de corrupción muy grandes en lo privado, no podemos escoger entre Saludcoop y Caprecom, aquí tenemos que hacer una vigilancia muy estricta sobre la corrupción. Estamos de acuerdo en que las entidades territoriales recuperen su papel rec-

tor, de que el fondo único se descentralice de manera que haya entes territoriales, pues que haya en los territorios, también digamos, agencias o presencia del fondo único y haya un manejo territorial de los fondos.

Puede también la red pública, hay que hacer en la ley, hay que establecer unos artículos que no solo protejan a la red pública de prestadores sino que la desarrollen, desde el punto de vista empresarial, puede ser inicialmente adscribiendo los usuarios subsidiados a la red pública, pero que no sea exclusivamente a ellas sino que en la medida que ella sea insuficiente, sean estos pacientes atendidos por la red privada y teniendo estímulos y siendo evaluados también por la gestión, de paso digo acá, que muchos han sostenido que es importante y estamos de acuerdo con eso, en que las redes y las empresas gestoras o administradoras sean evaluadas por el mejoramiento en salud de la población, plenamente de acuerdo, en primer lugar. Pero también deben ser evaluadas por el desarrollo empresarial, por la buena gestión que hagan de los recursos públicos, porque no podemos olvidar ese tema, los recursos públicos tienen que ser cuidados, vigilados, por muchos ojos y manejados por pocas manos para que tengamos, no repitamos los errores de pasado.

El nombramiento de los gerentes de los hospitales públicos, puede hacerse por los secretarios de salud departamentales, porque la experiencia que tenemos con el actual sistema de selección es perversa y corremos riesgos muy grandes con que lo hagan los alcaldes y gobernadores, pero ellos son los que nuestro sistema elige y son los rectores del sistema, lo que hay que hacer es, hay que vigilarlos.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier:

Doctor Acosta, se le está terminado el tiempo.

Doctor Diego Acosta:

Listo. Entonces voy a concluir, finalmente, ah bueno, hay un punto, ah bueno. Las empresas mixtas o las empresas o EPS mixtas o actuales donde se están comprometiendo los entes territoriales, en eso estamos muy de acuerdo con el Ministro, es muy fácil que se transforme en administradores o gestoras en lugares donde el desarrollo empresarial no sea muy grande, también planteamos que las IPS de una red pueden por asociatividad, crear su administradora o gestora mediante un proceso de crear una empresa de segundo piso que les haga la administración en escala o la gestión en escala.

Finalmente sobre la medicina prepagada no estamos de acuerdo con la propuesta oficial de derivar la UPC para el pago, pensamos que la medicina prepagada debe estar fuera del sistema, el sistema tiene un plan único, sea un plan de inclusiones o exclusiones, y toda la medicina

prepagada es algo que se ofrece fuera del sistema que no lo regula es sistema tiene que ver con otras instancias.

Muchas gracias, esperamos que establezcamos un diálogo y vamos cambiando posiciones, buscando consensos, ojalá llegáramos a un gran consenso nacional sobre la reforma de la ley y no a simples enfrentamientos. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier:

Gracias doctor Acosta. Secretario continúa con el orden de inscritos.

Secretario, Doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Jaime Enrique Donados Manotas y se prepara la doctora Carolina Corcho, ¿la doctora Carolina Corcho se encuentra? Entonces el doctor Jaime Enrique Donados Manotas, Presidente de Asosalud.

Presidente de Asosalud, doctor Jaime Enrique Donados Manotas:

Muchas gracias señor Secretario. Para los que no nos conocen, Asosalud es la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud, tenemos nueve profesiones de la salud, ocho de ellas no médicas incluidas y es una agremiación que reúne a un gran número de profesionales a su interior, no necesariamente médicos.

Nosotros estamos como Asosalud dentro de la Coalición Nacional en Salud, pertenecemos a ellos desde su inicio y no estamos realmente relacionados con ningunos de los proyectos que en este momento están radicados o por radicarse, pero sí tenemos una serie de puntos que nos parecen importantes definir, tratar, y voy a tratar de ser muy puntual en la consideración de cada uno de estos puntos.

El primer punto es con relación a la salud como un derecho fundamental. En algunos de estos proyectos de ley esto está presentado como un derecho prestacional, un servicio público condicionado simplemente a la sostenibilidad fiscal y el derecho no debe estar ligado a la capacidad de pago, eso nos parece que debe ser inmovible en cualquier proyecto de ley que se presente.

Con respecto al segundo punto, que sería el fondo único, respecto a la creación de este fondo como una persona jurídica e independiente para el manejo de los recursos del sector, se considera un acierto buscar un proceso de concentración y administración centralizados los recursos para posteriormente hacer la dispersión de los mismos de acuerdo a las necesidades de la población. Compartimos que además de ser el encargado de afiliar a los usuarios al sistema, sea recaudador y pagador de todos los recursos de la salud.

Con respecto al gobierno del sistema, definitivamente el Estado debe garantizar la participa-

ción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejerciendo una rectoría con liderazgo integrador que permita la participación de los interesados en sistema de salud colombiana.

El siguiente punto a tocar sería el de los Gestores, en este punto consideramos que deben existir como una gerencia intermedia entre el fondo único y los usuarios, siempre y cuando estos Gestores no manejen los recursos, ni la UPC, sino que se les pague por la labor que desempeñen como administradores únicamente. No deben encargarse de la prestación de servicios de salud en ningún nivel de atención, de igual manera el hecho que los recursos para prestación de servicios de salud no estén en manos del gestor, elimina el incentivo a demorar los pagos, pero también pensamos que se debería crear un incentivo para pagar oportunamente y como el Gestor debe auditar las cuentas y los servicios de los prestadores, es muy probable que no tengan ninguna motivación para hacerlo de una forma ágil y oportuna, por eso deberíamos incentivar el pago oportuno reconociendo, por ejemplo, un mayor porcentaje de administración de utilidad cuando este pago se realice de una manera rápida.

Es necesaria, definitivamente, la realización de auditoría de cuentas o por lo menos considerar entrar con una supraauditoría en este sentido. Estos Gestores no deben ser quienes constituyan las redes del servicio de salud, estos solo deben realizar la labor de contratar con las redes que se conforman en esta región, sino seguiríamos en integración vertical. Deben existir mecanismos transparentes en la constitución de dichas sociedades, a fin de poder establecer quienes las conforman, situación que no es viable mediante la figura de sociedades anónimas como lo sugiere el proyecto de ley que ha erradicado el Gobierno.

Siguiendo con el tema de la integración vertical, existe mucha evidencia de los inconvenientes de esta integración, dado que los roles son totalmente distintos y en ocasiones contrapuestos respecto al adecuado equilibrio y funcionamiento del sistema, se ha evidenciado que la integración vertical dificulta enormemente el seguimiento al uso de los recursos porque las personas con intereses, tanto en la gestión como en la prestación, puede direccionarlos en uno u otro sentido y detrimento del sistema y obviamente de los propios afiliados, se sugiere una restricción total y absoluta a la integración vertical.

Con respecto al plan de beneficios, su principal característica es que debería ser construido con base en una lista de exclusiones y no una lista de inclusiones como sucede actualmente, esto representaría una medida que beneficiaría al usuario porque el principio sobre el que se operará es que todos los servicios se encuentren incluidos, salvo los expresamente excluidos. No obstante este punto debe ser más preciso porque

a pesar de que prevé la inclusión a los servicios que hoy se recobran al Fosyga, no se señala nada respecto de aquellos servicios no incorporados pero que a su vez no estén excluidos con lo cual podrá repetirse la historia de los recobros, a pesar de que con la ley se pretenden eliminar. Dentro de los criterios de exclusiones se deben establecer los análisis del costo-efectividad y costo-beneficio, los cuales son fundamentales para definir la cobertura de cualquier plan, especialmente deben preguntarse la justificación de prestarse un servicio cuando existe una alternativa que resuelve los problemas con la misma efectividad pero a un menor costo.

Se debería eliminar la distinción entre los regímenes contributivo y subsidiado, prácticamente el régimen subsidiado solo debe existir para efecto de la fuente de financiación de la afiliación y considerar a todas las personas afiliadas a la seguridad social con la diferencia de que unas deben aportar y otras recibirán un subsidio del Estado según su capacidad de pago.

Séptimo, salud pública, se debe incluir al proyecto de ley un capítulo específico sobre salud pública que contemplen las acciones de promoción y prevención y la gestión de la atención primaria en salud y que no se inventen a la población como lo acabamos de mencionar arriba.

Ocho, las redes integradas, se debe repotenciar el concepto de redes de prestación de servicios de salud que contempla la Ley 1438 de 2011 y no eliminarlas, como lo hacen algunos proyectos de ley. Las redes deben tener autodeterminación en su formación y operación.

Y con respecto al tema de participación social, se deben respetar los espacios de participación como el Consejo Nacional de Seguridad Social, revisando a fondo su composición actual, es necesaria la existencia de un organismo que permita la cooperación y confluencia de los diferentes agentes del sector en la toma de decisiones del sistema. Debe haber una participación real y efectiva de los ciudadanos que permita un verdadero control social al sistema de salud. También nos parece importante incluir en cualquier proyecto de ley la formulación de políticas públicas con respecto a formación y educación superior en salud, lo mismo que una política laboral del sector salud, esto no puede ser ruedas sueltas y que estén por fuera de estos proyectos de ley.

Y con respecto al fondo de garantía, este debe ser concebido como un fondo de salvamento de las IPS sin que esto exima a las aseguradoras del pago de sus acreencias como se ha dicho ya por parte del doctor Diego, con los recursos públicos del fondo de garantía no se puede fortalecer financieramente entidades que defraudaron al Sistema General de Seguridad Social en Salud y muchos menos con ellos transformarse en gestoras, defi-

nitivamente nos parece que esa figura de intermediación de las EPS debe desaparecer de un nuevo sistema. Muchas gracias señor Secretario.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier:

Continuamos Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctora Carolina Corcho, Presidente Nacional de ANIR.

Presidente Nacional de ANIR, doctora Carolina Corcho:

ANIR es la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes. Bueno, saludar al Ministro especialmente y a todos los acompañantes y muchísimas gracias por escuchar las consideraciones que vamos a plantear a continuación. Lo primero que quiero decir, cuando nos hacían la invitación a esta actividad nos decían que viniéramos con un ánimo propositivo y que viniéramos a hacer planteamientos en cuanto a la propuesta radicada por el gobierno, debo decir de entrada que nosotros ya hemos propuesto, de hecho hemos radicado dos proyectos de ley: uno con el Gobierno, acompañado por el Presidente Santos, que los construimos con la gran Junta Médica Nacional que son 14 puntos simples y sencillos que sintetizan el marco estructural que debe tener un sistema de salud y hemos radicado un segundo proyecto de ley en la Comisión Séptima, el Proyecto 233 acompañado de la sociedad civil, o sea, que propuestas sí tenemos, sin embargo, teniendo aquí ya como el espacio, lo primero que habría que decir del trámite legislativo es que hay una contradicción entre la ley ordinaria que el Gobierno radica y la ley estatutaria que acogieron por parte de la gran junta médica, puesto que la ley ordinaria deshace los postulados centrales de la ley estatutaria, por lo tanto yo no sé si el Presidente tenía, Ministro, claridad de qué era lo que estaba radicando, porque hay unas contradicciones ahí de fondo.

Lo otro que debemos decir es que de entrada la ley ordinaria radicada por usted, Ministro, tiene asuntos positivos pero yo creo que es más lo negativo y voy a decir porque: hay tres problemas de fondo acá que no hemos podido resolver; primero, es que nosotros no podemos decirle a la opinión pública y al pueblo colombiano que estamos eliminando las EPS y que estamos eliminando la intermediación porque eso no es verdad, se hizo el cambio por las EPS por las EGS, eso tiene un costo político altísimo, Ministro, a usted ya les pasó con la reforma a la justicia, cómo van poner en riesgo a un Gobierno que está en un proceso de paz, que está enfrentado a fuerzas políticas de la extrema derecha en este país, a enfrentarse a una opinión pública diciendo algo que no es verdad, la intermediación no se ha eliminado. Entonces tenemos unas Gestoras que además en el proyecto de ley que usted radica, le pone tres asuntos donde

inclusive la Ley 100 iba más allá y es el tema de la inembargabilidad como principio fundamental, que es un asunto ya muy complicado, el asunto de la integración vertical y el asunto del artículo donde dice que los dineros de la salud ya serán privados en el momento de que salgan del fondo único pagador. Permítame, Ministro, decirle que esto es un verdadero retroceso y en ese sentido inclusive nos tocaría a nosotros salir a defender la Ley 100 por que ya es más que claro, más que claro, más que evidente, por los organismos de control de este país que las EPS no fueron capaces de administrar la salud, entonces este se posiciona en un salvamento donde no solamente le estamos entregando la integración vertical y le vamos a permitir que sostengan el negocio en el primer nivel de atención, agregando que ya el primer nivel de atención lo amplían, entonces prácticamente le entregan el poder para que estas EGS dominen casi qué primer, segundo y tercer nivel de atención, las ponen de auditora con unos objetivos muy poco claros, además porque cuando yo soy administrador y el incentivo está en la ganancia y el incentivo está en el resultado de la auditoría, esto es perverso para un sistema de salud, el incentivo tiene que estar en los resultados de salud y encima de eso le agregamos a las EGS que no pueden tener control por parte de los organismos del Estado porque esos dineros ya son privados, entonces ahí vemos los pronunciamientos de la Controlaría, de la Defensoría del Pueblo.

Entonces dígame si esto no es una protección flagrante y cuando le estamos diciendo a una opinión pública que estamos acabando las EPS y las estamos protegiendo bajo esta perspectiva, son problemas de fondo, Ministro y yo no sé si usted quiera hacer meter en un problema al Presidente, pero esto puede tener costos políticos altísimos y yo llamo al Congreso a que por favor reflexione, porque estamos próximos a unas elecciones y digamos que ya hay una opinión calificada detectando estos micos, pero si esto sale y el pueblo colombiano reacciona y logra hacer una movilización esto va ser muy costoso para el Gobierno, Señor Ministro y yo creo que es su responsabilidad alertar sobre esto y que esto sirva para que ustedes miren también lo que aquí está en juego.

Como les decía, la propuesta que hace en Gobierno mantiene la intermediación. Tenemos el avance en el sentido que tenemos en el fondo único pagador que gira a las instituciones prestadoras de servicio, con estas otras consideraciones, pero se mantiene la intermediación en la administración y en la atención en salud y esto para un profesional en salud es muy importante, porque ya al poder sobre el paciente no lo tiene el médico sino que nuevamente son la EPS son las que definen que tipos de servicio se prestan o no y nuevamente vamos a tener dificultades de acceso y vamos a repetir los errores que veníamos cometiendo con la Ley 100, porque en la Ley 100 lo que habíamos

planteado es que teníamos un sistema de salud, pero la Ley 100 no era un sistema de salud, es un sistema de aseguramiento con una cobertura muy amplia, pero con un acceso muy poco garantizado y en parte por esa intermediación, por esa intermediación que hace que al paciente no se le dé en el momento que tenga que dar el medicamento, que tenga más poder este ente administrativo sobre la decisión del profesional de la salud. Entonces digamos que el punto central lo tiene, el punto central de la salud, la rectoría de la salud, la siguen teniendo las EGS.

Nuestra propuesta es:

La salud tiene que volver a ser una política pública, cuya rectoría la tenga el Estado. Bajo su propuesta, Ministro, el Estado no va a tener ahí alguna incidencia, porque hay una diferencia aquí también en la concepción que nosotros tenemos de esto, unas diferencias, digamos, ideológicas, porque entre otras cosas, siempre a quienes nos hemos opuesto a la Ley 100, nos dicen que estamos ideologizados, lo que pasa es que, la pregunta mía es ¿si la postura del gobierno no es también ideologizada? es otra ideología, claro todos estamos ideologizados en este debate y una de esas discusiones ideologizadas es decir, para poder sostener esa estructura de las EGS, es decir que es que lo público es corrupto, es una de las cosas que se dice y no se ve que ha habido empresas públicas exitosas en Colombia, tenemos el caso de Empresas Públicas Medellín, tenemos el caso de Ecopetrol, además, tampoco tenemos evidencia y absoluta evidencia certera de cómo funcionaría un Estado rector en el tema de salud, pero de lo que sí tenemos evidencia es que en el sistema privado y las organizaciones privadas sí hicieron corrupción con los dineros de la salud eso si está absolutamente claro y de lo que también tenemos evidencia es que la corrupción estatal interviene en los privados, en el 100% de los derechos de corrupción estatal están involucrados los privados, entonces nuevamente nos ponen en esa ecotomía, nos dicen estadistas por un lado pero, y lanza la ecotomía que el sector privado es algo que funciona en contra de toda evidencia, porque lo que está absolutamente claro en este país, y esto no es un problema ideológico, esto es un problema que se puede sustentar con cifras, con estudios, con los pronunciamientos de los organismos de control, con la gente, con la vida de la calle de la gente, es que estas empresas administradoras fracasaron. Fracasaron en, no solamente en los indicadores de salud sino en el salvamento y en la consideración de la salud como derecho humano, eso está demostrado, no es una discusión ideológica. A mí lo que me asombra es que contra toda evidencia el gobierno insista en hacer una defesa de todas estas instituciones, eso es como una consideración así en general.

Lo otro que nos llama la atención es que en la ley estatutaria que nosotros radicamos, con usted

Ministro, que es de autoría de la Gran Junta Médica, nosotros estamos hablando de un sistema de salud único, en la propuesta que presenta la ley ordinaria, porque se supone que la ley ordinaria debería ser reflejo de la ley estatutaria, lo que están planteando es que vamos a tener unas personas con los entes territoriales y otras con las EGS, o sea que vamos a seguir dividiendo la población en un régimen y otro régimen, no hay una correspondencia entre esa ley estatutaria, Ministro, y es la ley ordinaria. Ahora si usted, Ministro, acompaña al Presidente a radicar esa ley estatutaria, pero su ley ordinaria no tiene coherencia, pues hay que plantearlo y hay que asumir ese costo, pero hay una contradicción grande ahí.

Me sumo al planteamiento que había hecho Asosalud, en términos de que no hay claridad tampoco de qué va a pasar con el talento humano en salud. Digamos que siempre y cuando exista intermediación en la atención de la salud, difícilmente vamos a poder formar profesionales en la salud porque esa experiencia ya la hemos tenido. Nuevamente el tema de la formación en talento humano en salud debe ser una política de Estado, una política de Estado en la que deben converger los dos Ministerios como rectores, pero si nuevamente vamos a entregar las redes de servicios al sector privado, sin la mínima regulación y bajo estas EGS va a ser muy complicado que nosotros saquemos una formación de talento humano.

Otro asunto que habría que rescatar, y en la Ley 100 no pudimos, hoy no existe en Colombia el número suficiente de hospitales universitarios para la formación de talento. Un hospital universitario, como el Hospital Universitario del Valle o como el Hospital San Juan de Dios fueron inviables en la época de la Ley 100, fueron inviables, sencillamente no podían sobrevivir, porque son Hospitales costosos, porque son Hospitales que no los pueden poner en la lógica de la competencia, son hospitales que tienen que ser protegidos por el Estado, tiene que tener subsidios aparte, tienen que tener una consideración especial, tiene que tener un artículo particular en el proyecto de ley ordinaria, tiene que tener unos dientes financieros para que le pueda ingresar recursos, puedan hacer una investigación, innovación, medicina basada en la evidencia, inclusive la solventación y el pago de los especialistas; sabemos que Colombia tiene un déficit de especialistas en las distintas áreas, porque en Colombia es muy difícil hacer una especialidad médico-quirúrgica; no pagan, se pagan altas matrículas y no existe el Hospital Universitario que ha sido el gran damnificado, porque tiene que entrar en una competencia bajo unos valores muy distintos al que debe inspirar un hospital universitario. En ese sentido nuestro llamado y también lo tenemos, la propuesta es incluir un artículo especial que proteja al hospital universitario ante la red de servicios, si este país aspira a hacer investiga-

ción en salud, a tener talento humano formado, a hacer innovación, ciencia, tecnología, ponerse a los estándares del mundo, debe proteger al hospital universitario, que todos los países del mundo es el hospital más protegido y el más importante que debe tener una sociedad, es el baluarte del encuentro de la academia y la prestación de servicios. Entonces en ese sentido creo que debe haber un punto especial para eso.

Ya para terminar, me preocupa nuevamente que unos de los temas que debilitó la Ley 100, que fue el tema de la salud pública, de la atención primaria en salud, nuevamente si no hay rectoría del Estado, si los entes territoriales no pueden hacer una intervención en salud transectorial, si no que se entrega a la EGS vamos a fracasar nuevamente. Vamos a fracasar nuevamente, nosotros podemos hacer una discusión sobre los planes decenales de salud pública pero con esta estructura de sistema de salud no va a ser posible, entonces digamos, que lo que yo auguro es que si seguimos por este camino, que ojalá el Congreso reaccione, ojalá usted, Ministro, reaccione, hágalo por este país, ayúdense, ayúdenos, no podemos seguir en esto, vamos a volver fracasar; al cabo de dos o tres años, bajo esa estructura que se propone hoy, que parte del principio además equivoco de que el problema de la salud es un problema de financiamiento y no un problema de indicadores de salud, desde que nosotros no miremos la salud desde la perspectiva de la salud vamos a seguir equivocados y lo que vamos a hacer es retrasar el colapso.

Entonces el llamado, señor Ministro, es a la coherencia, a la coherencia si nosotros tenemos una ley estatutaria que son estos catorce puntos que usted conoce y usted radicó, la ley ordinaria debe ser el reflejo de esto y propuestas hay, y aquí debemos abandonar el sectarismo y abandonar ese tipo de exclusiones, allá hay un foro al lado donde se están discutiendo otro tipo de propuestas, pues leámosla, acojámosla, porque propuestas hay y hay una sociedad civil dispuesta a respaldar esto, entonces ese es el llamado, insisto nuevamente, en que tenemos una gran oportunidad, yo lamento que hasta ahora el Gobierno no la esté aprovechando y que inclusive se esté echando al hombro un costo político innecesario. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias Doctora Carolina, secretario continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa en el uso de la palabra Clemencia Mayorga, por parte de la Sociedad Colombiana de Pediatría y a nombre del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Se prepara el doctor Osvaldo Alfonso, de la Asociación Colombiana de Cirugía, Borraes, de la Asociación Colombiana de Cirugía.

Sociedad Colombiana de Pediatría, doctora Clemencia Mayorga:

Buenos días a todos, señor Ministro buenos días, Clemencia Mayorga, medica pediatra, Sociedad Colombiana de Pediatría y Sindicato de Trabajadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael, llevo 25 años trabajando en el tema de la pediatría en el país, represento a la Sociedad Colombiana de Pediatría y quisiera hablarles de un tema particular, hago la acotación, porque en los temas generales, nosotros como Sociedad Colombiana de Pediatría estamos bajo la mirada y el enfoque de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas con el doctor Carlos Francisco Fernández, pero la Sociedad Colombiana de Pediatría ha venido manifestando su preocupación desde hace varios años por un tema particular que afecta a la población pediátrica, que es el que queremos dejar aquí hoy en aras de que ustedes puedan tenerlo en cuenta en este proyecto de reforma.

Primero, recordar a todos que la población pediátrica en Colombia es el 36% de la población, alguien me decía en algún debate de estos, es que el proyecto de reforma no puede llevar particularidades de las especialidades médicas y yo con todo respeto le decía: pues el 36% de la población, tratándose de los niños, las niñas y adolescentes, pues no puede ser una particularidad y por eso creemos que debemos mirar ese tema en forma puntual.

Nosotros reconocemos, Señor Ministro, a través del tiempo y no solamente a partir de la Ley 100, sino desde mucho antes, los avances que hemos tenidos en los indicadores, tanto de mortalidad infantil como de morbilidad, eso es innegable, sabemos que la Organización Mundial de la Salud es muy puntual en señalar que el alcance del sector salud, es un alcance limitado para disminuir la misma mortalidad infantil, porque es un tema transectorial que incluye por supuesto muchas otras variables que deben ser tenidas en cuenta. Reconocemos que ha habido avances en esos indicadores y quiero empezar por decir que con las grandes diferencias en mortalidad y morbilidad infantil que tenemos en el país, nosotros estamos de acuerdo en la regionalización de los planes en salud de forma general, es decir, estamos de acuerdo en un planteamiento general en que Colombia no puede tener un solo plan de salud, sino que tiene que ver lo varios países, llamémoslo así, dentro del país grande, cuando nosotros miramos los indicadores de salud y mortalidad y morbilidad infantil en el Chocó, pues estamos hablando de un país africano, mientras que si miramos los de Bogotá estamos hablando de otra era y por tanto esa regionalización, esa puntualización en que los planes de salud y los resultados en salud deban ser regionales de acuerdo a las necesidades y a las condiciones de las diferentes regiones, nosotros estamos plenamente de acuerdo con eso. ¿Pero que nos preocupa?, nos ha venido preocupando

en el tema de los últimos años, la suficiencia, y es un tema particular, vuelvo a decir, la suficiencia en los servicios de salud para la población pediátrica.

Señor Ministro, mientras exista la intermediación laboral, mientras existan las tarifas en salud, mientras tengamos una libre competencia entre los diferentes servicios de salud, donde el servicio de Hemodinamia, señor Ministro, no sé si usted conoce ese detalle, pero un servicio de Hemodinamia en ese Hospital tiene una rentabilidad del 130%, mientras que un servicio de cirugías tiene una rentabilidad del 50% y un servicio de pediatría tiene una rentabilidad del menos 15%, eso ocurre porque estamos a merced del libre mercado y de las tarifas que las EPS nos han impuesto sin tener en cuenta las necesidades de la población y eso ha hecho, ha generado la condena de los servicios de pediatría y nosotros, señor Ministro, Sociedad Colombiana de Pediatría, tuvo que levantar un censo que nadie tenía en Colombia y es el censo de cuántas camas de hospitalización de pediatría se han cerrado en el país y por qué razones y la cifra, señor Ministro, fue de casi mil de pediatría cerradas por un tema de no rentabilidad para las clínicas y hospitales. Entonces cuando nosotros abrimos el proyecto de ley, encontramos que las EPS o las gestoras de salud van a seguir, no solamente contratando a los prestadores, sino que van a seguir construyendo las tarifas y yo revisé cuidadosamente con lupa, señor Ministro, si esa construcción en esa intermediación y construcción de tarifas vamos a responder de alguna manera o vamos a tener de alguna manera para que las tarifas no sigan siendo la condena de algunos servicios y no encontré absolutamente, en el proyecto, nada que nos proteja contra eso. Entonces en mi percepción y en el de la sociedad colombiana de pediatría, a los servicios médicos, no quirúrgicos, que no requieren alto intervencionismo, que no requieren altos costos seguirán condenados a la pérdida económica y por lo tanto no serán rentables para las IPS y por lo tanto serán cerrados.

Entonces cuando uno lee un proyecto de ley y dice: pero el proyecto de ley tiene que responder a las necesidades de la población, ese debe ser el fin último del proyecto y entonces dónde meto yo las necesidades de la población pediátrica para atención en salud, cuando las tarifas van a ser construidas por los mismos intermediadores y no voy a tener manera, créame que no, de hacer que ese servicio tenga una rentabilidad parecida a un servicio de Hemodinamia, ni crea que la enfermedad en los niños va a cambiar y entonces vamos a empezar a formular medicamentos de altísimo costo, no señor Ministro, el 80% de los niños y niñas que se hospitalizan en este país, se hospitalizan por neumonía, bronquiolitis, pero requieren la hospitalización y si no los hospitalizamos se mueren, pero no necesitan sino oxígeno, líquidos

endovenosos y un antibiótico, si acaso y eso no es rentable para nadie, eso no es rentable para las IPS y yo voy a tener a los Gestores en salud no solamente diciéndome cuáles son las tarifas que van a pagar, porque las tarifas si la contratación se va hacer como lo dice hoy el proyecto a través de ellos y voy a seguir condenando a los pacientes de la población pediátrica a tener cada día menos servicios de salud, ese es un primer tema que le queremos dejar, cuáles, pero cuando nos dicen pero cuáles son las propuestas, señor Ministro aquí hay 36% de la población pediátrica que ha sido durante estos años mal negocio, vamos a llamarlo, voy a ponerle unas comillas “mal negocio” para las clínicas y hospitales, “mal negocio” para las EPS y nosotros no vemos, que esto en el proyecto de ley este subsanado, ni siquiera delineado de manera que se proteja la respuesta que requiere es la población, no las IPS, ni los Gestores, sino la población. No lo vemos.

Nosotros creemos que la población pediátrica, y además no creemos, pues permítame decirles, que en todos los sistemas el salud del mundo la población infantil está en un primer lugar, vuelvo y le digo, alguien me dijo no, pero es que particularidades en el proyecto, no particularidades en el proyecto, no, particularidad no pueden ser la población del 36% de niños y niñas y nosotros creemos que, y es nuestra petición, nosotros creemos que tiene que haber un capítulo que responda, que nos asegure que se van a responder las necesidades de la población en este caso de la población infantil y no a las tarifas impuestas por los intermediadores, ese es un primer tema, como le repito señor Ministro, son casi mil camas cerradas, está a su disposición la información de lo que nosotros hemos levantado frente a ese tema del cierre de camas de pediatría y no vemos este tema cómo se va a subsanar.

Y hay un segundo gran tema particular, que ya lo han mencionado acá pero que yo lo quisiera repetir y es el recurso humano en salud y es un gran vacío vemos nosotros en el proyecto en el tema de recurso humano en salud. Nosotros en este momento y creo que el señor Ministro participó en varios de los estudios de investigación que tiene publicado desde SENDEX, donde se habla del déficit de recurso humano en salud. Entonces no tenemos, como decía la doctora, aquí se paga diez millones de pesos por semestre para estudiar medicina, señor Ministro y son ocho años y después hay que hacer la especialización y luego se sale, y quiero decirle que el recurso humano en salud está absolutamente abandonado y no vemos desafortunadamente y es una solicitud, el proyecto tiene que tener un capítulo muy importante en el recurso humano.

Alguien también me decía: no, pero es que para eso hay otras instancias, no hay otras instancias para nosotros como sector salud y eso está demostrado, llevamos más de veintipico de años

y lo único que ha pasado es que el recurso humano en salud se ha disminuido, deteriorado y pues ya no tenemos cómo atender a los pacientes.

El aumento en la cobertura en salud que es indudable y vamos a decir con todas las críticas que tengamos de la Ley 100, que por supuesto reconocemos el aumento de la cobertura, señor Ministro pero eso generó que nuestros médicos pasaran de atender, los médicos generales, 15 millones de consultas al año para atender 25, estamos teniendo 89 millones de atenciones en salud en el año, el recurso humano es completamente insuficiente. ¿Cuáles son los incentivos?, si quiero decirle que hoy un conductor de Transmilenio gana dos millones de pesos en promedio al mes y una enfermera gana un millón y medio al mes, pero además no le pagan, señor Ministro, además le deben 3 y 4 meses de salario. Entonces estamos hablando que definitivamente nosotros vemos un gran vacío en el tema del recurso humano, yo no me voy a referir en los temas generales, porque como le digo pues están inmersos en el tema de las sociedades científicas, pero definitivamente creemos que uno la población pediátrica tiene que estar, dos tiene que responder a las necesidades de la población y no a las tarifas ni al lucro para las entidades gestoras ni las IPS, tres necesitamos proteger con una UPC mayor probablemente y con unos recursos destinados a la población pediátrica, cuatro necesitamos un capítulo urgente del recurso humano. Usted puede plantear, señor ministro, el mejor proyecto de salud pero si usted no tiene recurso humano para desarrollarlo apague y vámonos, no hay nada que hacer y aquí yo creo que eso es lo que va a pasar, porque nadie y usted lo mira, nadie, es más ahora digo yo que en las facultades de medicina si usted va a ver, y eso es un paréntesis, el 70 % de quienes estudian hoy medicina son mujeres ¿por qué? Porque es que la mujer antes eso está más interesada y antes eso daba prestigio, plata, ya no da nada, no sino pérdidas y deudas si eso no se soluciona, ni esta reforma ni la que están discutiendo al otro lado, ni ninguna, va poder ser sacada adelante y nosotros sí creemos pues que hay un tema muy grande que solamente lo menciono y es que hay que salvaguardar el tema de los recursos públicos en salud, como recursos públicos sé que a usted ya le han llegado todas las inquietudes en ese tema y no me voy a extender, pero por supuesto que ese es parte de la garantía de que estos otros dos temas de las necesidades de la población y del recurso humano en salud tengan las prioridades que se requieran.

Ese es nuestro mensaje, esa es nuestra solicitud. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora Clemencia, Secretario continuamos con el Orden del Día, la persona que sigue.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Presidente continúa el doctor Osvaldo Alfonso Borraes Gaona, Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía, y se prepara el doctor Carlos Armando Sussmann, de la Asociación Colombiana de Derecho Médico, que está presente en el recinto.

Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía, doctor Osvaldo Alfonso Borraes Gaona:

Buenos días. Soy Osvaldo Borraes, Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía, que agrupa a la mayoría de los especialistas en cirugía general y especialistas con una segunda o tercera especialidad. Bueno, agradecer primero a todos esta oportunidad, en esta audiencia de que seamos escuchados y hacer los planteamientos de la problemática que nosotros como personas que manejamos de primera mano el sistema de salud, percibimos absolutamente todos los días. Agradecer a los que me han antecedido en la palabra, porque ya han planteado muchísimas de las cosas y seguramente voy a abreviar algunas y a suprimir otras.

Se menciona que antes de la Ley 100 y lo mencionábamos anoche en el foro que hubo con sociedades científicas, la cobertura en salud era aproximadamente del 26% y que ahora es del 96%. Claro 96% son las personas que seguramente tenemos un carné de salud, pero veamos en qué se traduce eso: en filas eternas para conseguir una cita, en esa humillante espera en los servicios de salud saturados para esperar que sean atendidos, el paseo de la muerte, etc. Todo eso lo vivimos nosotros como personas que atendemos los pacientes, claro la primera reacción de los pacientes es los médicos no nos quieren atender, pero somos tan víctimas nosotros, los médicos que manejamos el sistema, como los mismos pacientes de este sistema de intermediación. Por eso lo primero es solicitar, es acabemos, por favor de una vez por todas los intermediarios de la salud, EPS, ahora en el nuevo proyecto Gestoras de Salud como lo mencionada la doctora de la ANIR.

Otro punto que quiero recalcar es la autonomía médica. En las reformas a la salud que se han hecho existe la autonomía médica, pero muy claramente para poder opinar nosotros tenemos autonomía para opinar pero no para actuar, estamos maniatados, claro también lo mencionábamos necesitamos una autonomía médica con responsabilidad, ¿cómo?, con la autorregulación que somos capaces de producir nosotros lo médicos ¿y cómo podemos producir esta autorregulación?, con la capacitación que ya está generándose en todas las asociaciones científicas e impulsándose como es el proceso de recertificación, específicamente en cirugías un proceso gratuito, voluntario inicialmente y esperamos que el gobierno nos lo imponga porque es importante que esto se produzca.

El otro problema serio son, el médico, las enfermeras, todo el personal paramédico, técnicos y médicos que actuamos dentro del sistema, somos el pilar fundamental en donde descansan el sistema de salud actual o en que venga, no importa, somos realmente un personal olvidado completamente en los sistemas de salud, reclamamos realmente salarios dignos, jornadas laborales decentes, acordes a nuestra actividad, no es posible que una buena parte sino la mayoría de los médicos tiene que salir de un sitio a otro con jornadas extenuantes, exponiendo, y eso no es un secreto, a sus pacientes a problemas porque tiene que trabajar cansado, realizamos jornadas realmente prolongadas porque carecemos de unos salarios adecuados, salarios dignos, hay muchísima gente que no tiene ni derecho a vacaciones por estos benditos contratos de trabajo.

También aprovechar para solicitar acabar la intermediación laboral, acabar las cooperativas etc., todos los mecanismos que existen y que si existieran por lo menos los hiciéramos respetar del mismo gobierno. Todos los días tenemos problemas laborales donde tenemos que estar solicitando la intervención del Ministerio, del Ministerio de Trabajo, enviamos copias al Ministerio de Salud y realmente estas intervenciones de ellos no se traducen absolutamente en procesos efectivos.

Otro punto muy importante, todos los días vemos la congestión de la salud en los servicios de salud que yo mencionaba. Debemos fortalecer la función del médico general, el recurso en salud olvidado, mal formado con esta proliferación de facultades de Medicina, perdóneme la palabra, de garaje. Pero eso no es un secreto tampoco, donde ingresan cantidades de gente, donde se reciben en todos los hospitales, hoy absolutamente en todos los Hospitales del país se llaman Hospitales Universitarios y Hospitales Universitarios nos quedan muy pocos después de haberse acabado el San Juan de Dios, donde vemos el deterioro del Hospital del Valle y todos los hospitales universitarios que aún quedan en el país.

Debemos fortalecer la especialidades básicas: cirugía general, pediatría, medicina interna, ginecología, obstetricia, ortopedia, oftalmología, etc., claro sin olvidar las segundas especializaciones que son importantes, pero les quiero mencionar a manera de un dato que ustedes deben tener, la cirugía de seno en los Estados Unidos, un país avanzado entre comillas, el 80% de esta cirugía benigna y maligna la manejan los cirujanos generales, aquí pretendemos que 10 personas manejen toda la patología de seno que hay en el país y eso es absolutamente imposible y eso es lo que en parte puede contribuir a la congestión de los sistemas de salud. Démosle preponderancia y fortalezcamos las especialidades básicas.

Pero este recurso también tenemos que regularlo, no es posible como ya sea han menciona-

do que los estudiantes de medicina paguen unas matrículas altísimas, que limitan el ingreso a muchos de ellos. Las personas que quieren hacer una especialidad tienen que pagar matrículas muy altas de diez a quince millones de pesos en algunas universidades y de esto no se escapan las universidades públicas, que deberían ser matrículas gratuitas. Esto implica que el residente, que es el personal especializado, que está haciendo una especialización, personal médico en entrenamiento, debería no pagar matrículas y por el contrario recibir salarios, lo que implica que están acordes a su actividad, es una persona que está de tiempo completo y de dedicación exclusiva en los hospitales universitarios, cumpliendo no solo actividades académicas sino asistenciales.

Creo que estos son algunos de los puntos que yo quería reforzar, recalcar, sin olvidar todo lo que ya han mencionado mis antecesores. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario continúe el uso de la palabra.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El doctor Carlos Armando Sussmann, de la Asociación Colombiana de Derecho Médico, y se prepara el doctor Francisco Yepes de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia de la Reforma a la Salud.

Asociación Colombiana de Derecho Médico, doctor Carlos Armando Sussmann:

Muy buenos días para todos, muy agradecido de que me dejen participar y lo voy a ser más desde una reflexión que desde un ataque propio a lo que llamamos la reforma a la salud. Ya todo el mundo ha dicho, se ha expresado, le ha encontrado los vicios, le ha encontrado los pros y los contras, que tiene más contras que pros, y todos lo entendemos así, todos los que trabajamos en salud y estamos metidos en el sector salud entendemos como es la situación, como se trata de poner pañitos de agua tibia a un problema grave y coyuntural que llevamos toda la vida sufriendolo en Colombia. La Ley 100 llevamos 20 años o más implementándola, tiene cantidad de decretos, resoluciones, circulares de las Superintendencias, del mismo Ministerio y es el momento en que no hemos podido estructurarla, por eso me aterra cuando veo un proyecto de reforma en salud donde la idea que le están vendiendo a la ciudadanía y se ha venido vendiendo por los medios de comunicación es que se va a acabar la EPS, ¿serán que las EPS son el problema coyuntural de salud? ¿Será que las EPS son las culpables? Y se lo voy a decir con conocimiento de causa porque no creo que en Colombia exista un abogado que haya colocado más tutelas en contra de las EPS que yo, diez mil y pico de tutelas creo que llevo, al principio peleaba con ellas, después mediaba con ellas, pero es que

el problema es un problema estructural que nació con la misma Ley 100, cuando la Ley 100 les dio ciertas potestades y ciertas prioridades a las EPS para que como entes comerciales se manejaran de esa manera, es decir, comercialmente.

También yo quiero que hagamos una reflexión y miremos antes de la Ley 100 qué teníamos, el Seguro Social, los que tuvimos la poca fortuna de estar afiliados al Seguro Social ahora oí hablar que las colas, que la oportunidad de atención, antes no había colas porque no nos atendía, el seguro no nos atendía, no había POS no POS, porque lo único que había en POS era acetaminofén, a todos nos daban acetaminofén. No existían posibilidades de trabajo independiente de los médicos, los médicos debían estar empleados, era muy poco el médico que tenía su consulta médica.

Luego, yo veo entre otras cosas que la Ley 100 no es mala ni ha sido mala, lo que pasa es que se torció por el camino y los fines se tornaron pérfidos. El problema es otro y el problema no lo va a solucionar el Estado porque el Estado tenía el Seguro Social y hoy en día si hacemos un análisis del sector salud, el mayor deudor de las entidades de salud es el Estado y las empresas que están en liquidación y quebradas son del Estado, dígame Caprecom, la EPS del distrito, hablemos de los hospitales los llamados hospitales E.S.E., empresas sociales del Estado, quebrados, no pagan. Luego, no entiendo cómo el Estado va a asumir una carga que ya la tuvo y todos los sabemos, no es un secreto el Estado es un mal administrador y es un mal administrador en casi todas las cosas que toma. Yo creo que lo que hay es que redireccionar, hay que redireccionar todo el tema de salud; con esta reforma no lo vamos a hacer. Esta es una reforma de tipo administrativo; en ninguna parte vemos, como hemos oído acá, que hablen de los usuarios, de los médicos, de la patologías ¿cuántas leyes de patologías tenemos?, ¿cuántas leyes de protección de enfermedades tenemos, de protección de usuarios tenemos? Entonces, hay que partir de una base y la propuesta es generar una ley integral de salud, una ley integral de salud donde empecemos con el tema de salud pública y terminemos con los temas administrativos, porque si involucramos solo los temas administrativos dentro de una ley de salud no tenemos nada, la reforma tiene que ser una reforma de carácter sustancial de forma de atención en salud, definición de especialidades; en Colombia no existen especialidades médicas, por eso es que vemos día a día los enfrentamientos en las distintas especialidades, léase cirujanos plásticos con cirujanos estéticos, aquí no existe ley de especialidades, salvo radiólogos, anesthesiólogos.

Reglamentar las asociaciones de carácter científico, que se conviertan realmente en asociaciones de carácter gremial y no en asociaciones de pantalla única y exclusivamente para que algunos miembros disfruten eso, pero en qué momento

esas asociaciones gremialmente han luchado por los derechos de los médicos, como estoy oyendo aquí, que no les pagan, que les pagan mal, el médico a raíz de la Ley 100 perdió su estatus el médico, y es triste, verlo en este momento, se volvió en un controlador y en un regulador del gasto de las EPS, porque así lo estableció la ley y así lo establecieron las condiciones contractuales, es muy triste.

Mi función, aunque yo soy abogado, mi primera función es defender al médico y elevarle el estatus al médico y cuando hablo de médico no solo en sentido general, hablo del profesional de la salud en sentido general, pero no podemos seguir en los cuentos de que el médico general va a atender todo y los especialistas vamos a llegar en un último lugar cuando ya el paciente no lo necesite.

Yo creo que la modificación debe ser estructural, como le decía antes. La propuesta es una propuesta sencilla, es una propuesta de ley integral en salud donde se parta con temas de salud pública que definan muy claramente los temas de prevención y promoción y de ahí para adelante explayarse en todos los temas de salud.

Hablar de la ley especialidades médicas o establecer la ley de especialidades médicas, tocar la ley de ética médica, doctor, esa es la regulación para que los médicos se comporten adecuadamente y no les objete sus dictámenes médicos, luego hay que modificarla, tenemos una ley, la Ley 23 de 198, por Dios, ya casi treinta y pico de años tiene la ley y no ha sido modificada y no es operativa, ponerla en operancia y concordancia con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. La Asociación Médica Mundial tiene muchas de las cosas que deben estar incorporadas en una ley, incorporar temas como de historia clínica que no quedamos con una ley obsoleta, donde ya en este momento estamos hablando de historia clínica sistematizada y no tenemos ningún tipo de regulación, pero adicionalmente una historia de carácter general, que si a mí me atienden es San Andrés se pueda acceder a la historia clínica de San Andrés, hoy en día el paciente no, el paciente lo atienden en una EPS, mañana cambia tiene que ir a buscar la historia clínica, no aparece, luego tiene que empezar un nuevo proceso de salud.

Yo creo que si los economistas se pusieran a cuantificar todo eso, todos esos dineros ayudarían para que el servicio de salud fuera mejor, incluyendo los temas de las tutelas, las tutelas un desgaste al aparato judicial impresionantemente grande y eso no debía a pasar si estuviera bien regulada la salud. Vuelvo al tema, temas de historia clínica, los temas de consentimiento informado, porque los temas de consentimiento informado hoy día para el médico son unos temas de eximentes de responsabilidad, no son uno temas de relación médico-paciente, es decir ahí también se perdió el respeto a la relación médico-paciente, entonces

hay que regular temas específicos como limitaciones de esfuerzo terapéutico, porque hoy estamos a expensas de los que autoricen y no autoricen, hoy estamos a expensas de que no se toman decisiones por temores a represalias de carácter judicial, el médico, créame está inmerso, inmerso en una cacería de brujas. Si usted mismo no propende y no ayuda para que salgamos de este debacle, no se va a hacer nada, pero eso solo se hace con una ley integral de salud.

Y el tema administrativo es un soporte del Estado que se da al final, si no lo hacemos vamos a seguir en la misma tónica, vamos a seguir con las mismas falencias, posiblemente volvamos a las épocas del Seguro Social y volvamos a quejarnos y volvamos a sentarnos aquí a reformar la salud, pero adicionalmente, esta reforma a la salud da un plazo preventorio para que se establezca unas regulaciones y vuelvo y digo y termino como inicié, llevamos 20 regulando la Ley 100 y no se ha podido, ¿vamos a esperar otros 20 años a regular esta reforma de salud si pasa?, estamos en un momento histórico y fue un momento histórico para los médicos, los médicos en la ley estatutaria debieron ser un poco más agresivos, no necesitamos que una ley estatutaria se defina y nos diga que debe haber protección al derecho a la salud. La protección del derecho a la salud se da por sí misma; no, por una ley. Hemos venido trasladando la jurisprudencia a la Corte Constitucional todo el tiempo en el sentido de que el derecho a la salud por sí mismo es un derecho fundamental, para que necesitamos regular una ley, luego debimos es esa ley estatutaria ser más agresivos, debimos haber invertido más tiempo, más conocimiento, más asesoría y presentar una ley estatutaria para que la ley de reforma a la salud fuera una ley integral de salud. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor, Secretario por favor continuemos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sigue en el uso de la palabra el doctor Francisco Yepes, de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia de la Reforma a la Salud, sentencia T-760 del 2008, el doctor Carlos Francisco Fernández no se encuentra en el recinto, ahí terminarían entonces las intervenciones y la de decisión del señor presidente que cerraría el señor Ministro.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Doctor Yepes tiene la palabra.

Comisión de Seguimiento a la Sentencia de la Reforma a la Salud, doctor Francisco Yepes:

Muy buenos días, muchas gracias por darnos esta oportunidad, un reconocimiento al Senador

Ballesteros por la iniciativa y al señor Ministro por acompañarnos y un reconocimiento a su liderazgo en este proceso de reforma del sector, lo que no implica el plantear de frente una serie de desacuerdos muy importantes que tenemos con la propuesta que usted ha presentado, señor Ministro.

Considerábamos que debe haber un principio rector en todo este proceso de reforma, que es departiendo en el derecho fundamental a la salud, el buscar todos los medios que nos garanticen al máximo posible el hacer ese derecho real para las personas que habitamos en este país.

Me preocupa mucho y yo creo que he oído a los colegas que me han precedido en las intervenciones, veo que hay un grado de consenso importante en muchos de los puntos aun cuando indudablemente en todos estos procesos de debates hay algunas diferencias. Pero me preocupa mucho el que vamos a repetir con esta reforma, si seguimos en línea propuesta por el Gobierno lo que ya vivimos con otros intentos de reforma, con la 1122, con la 1438, porque no enfrentaron los problemas centrales, fundamentales del sistema. Voy a empezar por presentar lo que consideramos unos puntos inaceptables en la propuesta del Gobierno: en el artículo 4° en su literal X y en el artículo 42, la propuesta del Gobierno conduce a que los recursos públicos en un momento dado del proceso se convierta en recursos privados, esto ya ha sido documentado en un análisis muy importante a fondo por el doctor Germán Fernández de la Federación Médica, es anticonstitucional, es ilegal y yo creo que debemos de frente ponerlo como una medida inconveniente, pero además como una medida no constitucional. Ya ha sido planteado acá el problema de las EPS, no es cierto que las EPS desaparezcan, se transforman, se les cambia el nombre, pero se les da unas funciones, gestión y autorización, de pago de servicio o tecnologías que no los dice en el artículo 14 o prestación de servicios individuales en el artículo 19 y en el artículo 20 literal B, conformación de redes de prestaciones de servicios, auditorías de EPS y la pregunta que nos hacemos señor Ministro es: Después de 20 años de experiencia, de defraudación permanente y constante por parte de la mayoría absoluta, quiero dejar el margen para algunas que no lo han hecho, de las EPS apropiándose indebidamente de recursos de salud, tenemos que esperar todavía el pronunciamiento de la Contraloría sobre qué va a pasar con esos recursos nuestros, que fueron apropiados indebidamente por las EPS, de doble cobro por recursos del POS, uno anticipado por la UPC y otro ilegalmente y fraudulentamente por los recobros a través de las tutelas y todo el establecimiento de barreras sistemáticas al acceso a los servicios de salud: geográficas, administrativas, etc. Después de todo eso, ¿es aceptable, tiene imagen positiva el que el gobierno insista en mantener estas organizaciones cumpliendo estas labores que no han

cumplido o que han cumplido mal o que han cumplido en contra de la salud de los colombianos? Yo creo que eso es inaceptable señor Ministro, yo creo que ustedes deben de pensar a fondo cuáles son las alternativas, nosotros tenemos alternativas, volviendo a la parte propositiva, tenemos la propuesta de ley estatutaria que fue presentada a fines del año pasado por un grupo de aproximadamente 18 parlamentarios de distintos partidos, que fue trabajada desde la Comisión y tenemos también y hacemos parte de la propuesta de ley ordinaria que fue radicada de la 223 por la Asociación Nacional por la Salud. De modo que allí tenemos propuestas muy concretas de lo que creemos que se puede hacer, es una labor difícil, es una labor complicada, pero es una labor posible.

Creemos que hay otros elementos inaceptables el que no se esté exigiendo la devolución de los recursos apropiados indebidamente por las EPS, ese es un punto que nosotros debemos exigir de frente, las EPS tienen que devolver los recursos nuestros que se apropiaron ilegalmente y fraudulentamente.

En mantenimiento de régimen contributivo y régimen subsidiado, artículo 30, yo creo que aun cuando se unifique, aun cuando se unifique el POS, aun cuando se unifique la UPC, no estamos hablando de un sistema único, para todos los colombianos, ricos y pobres, con capacidad y sin capacidad de pago, no podemos entrar a discriminar prestación de servicio diferencial para unos y para otros, y administración diferencial para unos y para otros.

El mantenimiento de los copagos y de las cuotas moderadoras. Defendemos la gratuidad en el acceso a los servicios de salud. El fraccionamiento de la atención, el sistema actual es un sistema muy fragmentado, profundamente fragmentado y la propuesta de ley plantea elementos que nos preocupan mucho en relación con el fraccionamiento: por una parte va a haber una separación entre los servicios básicos y los servicios complementarios, ¿cómo va ser esa continuidad?, ¿cómo va ser ese acceso?, allí ya hay un factor de fraccionamiento y hay otro fraccionamiento entre los servicios individuales y los de salud pública: a las gestoras aun cuando se les abre una puerta para desarrollar actividades de salud pública, se les da fundamentalmente la atención individual y se genera un ruido en la relación entre esas Gestoras y las autoridades territoriales de salud en las funciones de salud pública.

Yo creo que detrás de esto hay unas imprecisiones conceptuales y hay unas imprecisiones operativas, yo voy a hacer énfasis en dos, porque me parecen centrales, que son muy importantes: el proyecto 210 habla de la equidad como unos de los principios de la ley y dice que es el sistema que garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones

particulares. Señor Ministro, me da mucha pena pero eso no es equidad, eso no es equidad. En la propuesta alternativa que hemos presentado en la 233 definimos equidad como la combinación de esfuerzos individuales y colectivos según la capacidad con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud. Es decir, las acciones en busca de la equidad requieren una discriminación positiva, sí, hay que atender especialmente, particularmente, preferencialmente a los que necesitan más, a los que están en peores condiciones.

La otra diferencia conceptual, en donde consideramos que hay una imprecisión en la propuesta del Gobierno es en qué consideran salud pública: salud pública no son meramente las acciones orientadas al entorno, o las acciones colectivas, o las acciones sobre aquellos aspectos que tienen externalidades. No, salud pública también implica acciones individuales. En este momento y bajo la Ley 100 tenemos un problema muy serio en salud pública, pongamos en el caso de la tuberculosis, en donde la búsqueda de contactos se sale de las acciones individuales, no las hace las EPS porque se les, no pueden facturar por ellos porque son pacientes de otras EPS y hay ahí un problema muy serio, eso puede suceder en todas las enfermedades o en casi todas las comunicables VIH sida por ejemplo. Entonces tenemos un problema en conceptualización en la salud pública que yo los invito a que lo reconsideremos y lo discutamos.

Finalmente quiero, sencillamente, pasar muy rápidamente y a vuelo de pájaro, no tengo acá todos los elementos sobre algunas de las características centrales del Proyecto 233 y yo invito a todos ustedes, a que estudien cuidadosamente ese proyecto alternativo, que es proyecto con el mejor ánimo propositivo de que entre todos podamos construir un sistema que nos merecemos los colombianos. Por una parte se habla y se plantea un sistema único descentralizado, no más régimen contributivo y no más régimen subsidiado, un sistema con una rectoría del Concejo Nacional de Seguridad y de los Consejos Territoriales, con amplia participación ciudadana y social, de la dirección del sistema por el Ministerio de Salud y por las unidades territoriales de salud, de un sistema descentralizado, con la creación de autoridades territoriales, de entidades territoriales de salud. De un fondo único y coincidimos con la propuesta del Gobierno o la propuesta del Gobierno coincide con la nuestra, de un fondo único público para la salud y de fondos territoriales. Un POS negativo, aquí tenemos un punto de coincidencia con muchos, el POS debe sencillamente explicitar lo que no cubre. De un modelo de atención, en esto quiero hacer un énfasis porque hay una falencia muy importante en la propuesta del Gobierno en cuanto al modelo de atención, no basta

hablar de la atención primaria en salud, yo creo que hay que desarrollar más a fondo cuál es el modelo de atención, tenemos que tener una puerta que entrada que garantice un equipo de salud básico, que me garantice a mí como ciudadano, como usuario del sistema, una relación estable, permanente, empática y que me permita navegar por la complejidad del sistema de salud bajo su apoyo, bajo su coordinación, bajo su dirección, eso no lo estamos planteando.

Y esto requiere, y aquí ha salido insistentemente, una política clara de capacitación del talento humano en salud, si nosotros son formamos médicos generales capacitados de verdad, no médicos recién egresados de la facultad, capacitados de verdad para responder al 80-85% de los problemas de salud de los colombianos, no podremos solucionar los problemas básicos, entonces en eso no nos podemos decir mentiras, la política de talento humano es fundamental y debe hacer parte del proyecto de reforma del sistema de salud y, perdón, el sistema integrado de salud que se debe construir a partir, obviamente, de lo que ya hay en el Sispro, la participación ciudadana y social, la trabajamos, la desarrollamos en el Proyecto 233 muy a fondo, es fundamental fortalecer los entes de participación ciudadana y de participación social, si vamos realmente a actuar sobre la profunda corrupción que tenemos en este país, no lo podemos hacer si no lo construimos, fortalecemos, solidificamos estas instancias.

Y finalmente, indudablemente no creemos y no estamos de acuerdo con que se mantenga una intermediación comercial y con que se mantengan el papel de las EPS, definitivamente no se han ganado la permanencia en el sistema de salud.

Presidente (e), honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Le agradecemos al doctor Yepes, y le ofrecemos el uso de la palabra al señor Ministro de Salud.

Ministro de Salud, Alejandro Gaviria:

Muchas gracias doctor Santos.

Presidente (e), honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Permítame un segundo, entiendo que falta solamente Carlos Francisco Fernández, que no ha llegado. Listo, bien pueda, haga el uso de la palabra.

Presidente de Asmedas, doctor Pedro Contreras:

Bueno, yo quiero aprovechar este espacio para manifestarle a la Comisión Séptima del Senado, a los Senadores, que este es un momento interesante de la situación de salud, son 20 años después de la Ley 100, la gran junta médica que la conformamos 6 organizaciones de carácter nacional a saber: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, las Sociedades

Científicas, la ANIR (Asociación Nacional de Internos y Residentes), el Colegio Médico Colombiano y la Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas), nosotros todos estos debates que ustedes están aquí escuchando los hemos dado durante los 20 años, porque la Ley 100 siempre ha tenido dificultades y crisis. Nosotros optamos, como médicos conocedores del sistema, en resolver el problema gracias a la tutela 760 de la Corte Constitucional, que le ordenó al Gobierno Nacional presentar una ley estatutaria y le dio otras órdenes. Nosotros analizando la situación consideramos, a diferencia del abogado representante de derecho médico, que era mejor plantearnos el tema sobre la ley estatutaria, ajena a esta discusión ¿por qué?, porque si no se definen las reglas del juego, todos los intereses puede exponerse aquí y nadie mira las cosas como deben ser, el enfoque tiene que ser de carácter nacional, patriótico y fundamentalmente del servicio a la mayoría de la población colombiana.

Los médicos que yo represento y que he luchado por las condiciones de vida y trabajo de ellos, que mi organización tiene 60 años de esa existencia, comprendimos después de la Ley 100 que no podremos tener dignidad en el trabajo, ni dignidad en la remuneración, si la salud en Colombia no es un derecho, si la salud en Colombia como lo planteó la Ley 100 es un negocio, no tenemos nada que hacer, nosotros no somos negociantes, somos una fuerza, una mano de obra que nos puede definir por el derecho al trabajo como quieran y es lo que sucedió, aquí pulularon todas las empresas laborales en materia de los profesionales y trabajadores de la salud como quisieron. Entonces nosotros nos vinimos y dijimos: no señor, si no hay salud para la población colombiana y es el reto de la Comisión y del Congreso, si no le dotan al país de una ley que establezca claramente unas reglas del juego que garantice, proteja, tutele y haga el goce efectivo de ese derecho, lo demás es botar corriente, hay muchas fórmulas y ustedes las ven aquí, nosotros dijimos: y si es un derecho quien es el responsable, tiene que ser el Estado no puede ser el sector privado y si es responsable el Estado, pues el Estado debe crear un fondo, una empresa, una estructura administrativa financiera que maneje la plata y aquí hago entonces una disquisición sobre el problema de la EPS que a muchos de mis compañeros del lado sindical y gremial se asustan que creo yo porque les falta mucha profundización en su posición. A mí me ha llamado mucho la atención y aquí lo tengo atrás de mi espalda cuidándomela, el doctor Jaime Arias desde que conoció el proyecto de ley ordinaria se convirtió en el enemigo número uno de ese proyecto y es el representante de las EPS, ¿eso qué quiere decir?, será que ese proyecto es favorable para ellos y yo nunca lo había escuchado tan seriamente como lo escuché anoche, se dio un lujo con Yamid Amat explicándole la posición de ellos y la gallardía y valentía que siempre ha

acompañado al doctor Jaime Arias, porque aquí lo tuvimos con la Ley 100, como el principal ideólogo con el doctor Juan Luis Londoño en ese terreno, fue decirle si nos toca irnos nos vamos, solo pedimos que nos dé un tiempcito porque no les sirven ni siquiera las Gestoras, a mí me parece valiente el ministro que planteó la eliminación de las EPS en una forma supremamente sutil y decisiva, pero muy profunda.

Ustedes saben qué es quitarle a una empresa financiera el billete, que no maneje el billete, que no tenga apalancamiento, financiero cuando será que en este país el Gobierno Nacional le diga a la banca, que es la que gana más plata, oiga venga yo le manejo la plata, la plata es mía y usted mire a ver qué negocios hace, a ver si el negocio es prestarle a uno o dos, o el negocio es poder manejar dos, tres, cuatro y cinco billones de pesos; lo que le pasa hoy a los fondos privados de pensiones, hoy tienen y acá lo dijimos hace veinte años, hoy tienen ciento cincuenta billones de pesos y el Gobierno tímidamente le dice: oiga y porque no coloca un poco de dólares que usted tiene afuera, vean ese cuento, yo no estoy de acuerdo con el Ministro en todo lo de las gestoras, yo por ejemplo puedo discutir con el si las Gestoras tienen la posibilidad de auditoría o no, pero yo le digo si la auditoría es financiera no voy, si la auditoría es de garantizar el servicio voy, si el papel de la gestora que ustedes señor Senadores tienen la posibilidad de colocarlo así, tienen que ser que auditen la prestación de servicio del servicio con calidad y oportunidad, yo apoyo esa idea y si esas gestoras tiene que integrar las redes locales de salud en una región, la apoyo, pero siempre y cuando tengamos claridad meridiana que es lo que vamos a prestar, es que la gran diferencia y el gran reto que tiene este Congreso es que ustedes hace 20 años el Congreso les dijo a los colombianos: la salud se convierte en un negocio, doctor Correa hoy le toca a usted decirles a los colombianos que la salud no es un negocio sino un derecho y yo estoy seguro de que usted, que es un avanzado Senador y conoce la realidad del Valle, usted va a decir: yo me, si es un derecho yo sé cómo garantizarlo y tiene la experiencia del Valle, porque el Valle tuvo en su época una red hospitalaria muy buena, que se perdió porque hoy es un negocio, pero si la convertimos en un derecho lo vamos a hacer. Y en ese proyecto ley decimos: ¿cuáles es la prestación que le vamos a prestar a la gente, le vamos a garantizar a la gente? Entonces nosotros en el proyecto de ley estatutaria, doctor Yepes, le decimos: tiene que ser un plan único de salud integral, con exclusiones específicas, que conocen la medicina a nivel mundial y nacional, no son sino cuatro o cinco exclusiones, lo demás son una prestación integral y entonces ahí no habrá problemas ni con los cirujanos, ni con los pediatras, ni nada, si los requerimos, si hoy no lo requerimos entonces no tenemos ese problema.

Yo podría seguir, pero quiero cumplir el compromiso, llegó mi delegado principal, le quiero dejar los últimos cinco minutos a él para que termine el cuento de la junta médica, pero solo quiero decirles que este es el inicio de un debate profundo, que yo sé que la Comisión Séptima tiene claro. Ustedes no pidieron mensaje de urgencia porque quieren socializar y debatir ampliamente este tema y segundo están esperando que el Congreso defina la ley estatutaria, para tener una orientación adecuada y organizada para el debate de la salud. Gracias doctor Santos.

Presidente (e), honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Le agradecemos al doctor Contreras y le ofrecemos el uso de la palabra al doctor Francisco Fernández, no sé si ya esté en el recinto, para terminar el tiempo que, bien pueda doctor Francisco por favor, le quedan 7 minutos doctor, que es el tiempo que no utilizó el doctor Contreras.

Doctor Francisco Fernández:

Suficientes para decir lo que tenemos que decir. El cuerpo médico colombiano está presente como una compensación a esa deuda que histórica y socialmente tenemos dentro de un debate, que sin duda es propio nuestro sobre la base de que somos efectores de este sistema y queremos decirlo de manera concreta, después de 20 años con evolución del sistema, por primera vez el cuerpo médico unificado se lanza a jugar de titular en esta propuesta, en estos debates. Obviamente con las inconsistencias desde el punto de vista técnico, pero con la claridad de que desde el punto de vista, si se quiere, social tenemos un componente de análisis que no permite, por lo menos hasta donde podamos, hacer una serie de análisis que de pronto desde el plano legislativo no son lo suficientemente técnicos, no son lo suficientemente elaborados, pero sí son lo suficientemente honestos.

Nos lanzamos en la tarea de presentar unos puntos, que si bien no tiene el rigor desde el plano legislativo a rigor de un marco estatutario, si tienen un elemento que potencialmente puede servir de marco para una discusión que dentro de un proceso, que a nosotros se nos antoja esencialmente secuencial, puede tranquilamente, dentro de un contexto legislativo, también ser la base para la construcción de una muy buen propuesta a través de un proceso ordinario. Catorce puntos que hemos elaborado después de año y medio de trabajo conjunto, las organizaciones médicas, que creo que Pedro las comentó de manera específica, en cabeza de la Academia Nacional de la Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, el Colegio Médico Colombiano, la Federación Asmedas y naturalmente la Asociación de Internos y Residentes; médicos unidos frente a una propuesta que naturalmente no excluye de ninguna manera el componente, que de una u otra forma, se nos antoja colectivo como es

el bienestar de toda la población. No estamos nosotros de manera concreta, de manera definida y de manera obsesiva, diciendo que solamente este articulado, independientemente de que muy generosamente el profesor Jaime Arias ayer le hubiera tildado como un homenaje a la bandera, sin duda se puede convertir en un elemento de discusión.

¿Qué tiene de base?, la salud es un derecho fundamental, un derecho fundamental que dentro de ese contexto tiene que ser explícito bajo la responsabilidad absoluta del Estado, prestado a través de un sistema único de salud universal, obviamente para todos, a través de un plano único de beneficios que no hemos lanzado incluso a plantearlo dentro de un marco de exclusiones como lo plantea también el Gobierno a través de la propuesta del señor Ministro, que no es de ninguna manera la presentación de un plan ilimitado, sino dentro de contexto de autonomía médica que tiene que naturalmente, de autonomía profesional, que tiene naturalmente que respetarse, potencialmente también enmarcarse dentro de un proceso de autorregulación. El país no tiene por qué temerles a los médicos dentro un proceso, que sin duda también se nos permita a nosotros saber hasta dónde puede llegar un marco de regulación y no nos da miedo tampoco sencillamente plantearlo dentro de un marco de sostenibilidad.

Es importante saber que la intermediación que no agrega valor, tiene que necesariamente que desaparecer, que los dineros de la salud son absolutamente públicos y que dentro de un contexto en que se presten los servicios, también tenemos que hablar por primera vez de salud, medida al tenor justamente de desenlaces sanitarios y no justamente a partir del conteo de enfermos. Esa es la base de una propuesta que nosotros tenemos, que si bien dentro de un contexto legislativo está radicada en el Proyecto 209 de la Comisión Primera a través de un marco estatutario, no excluye de ninguna manera que estos elementos puedan armonizar tranquilamente como lo hemos visto con un buen proceso ordinario.

Los médicos de Colombia estamos comprometidos justamente con eso, porque consideramos que el tiempo se acabó, que no hay ni otra oportunidad para construir entre todos el modelo de salud que necesita el país y para eso simplemente el llamado es: como lo hicimos nosotros, desprendidos de todo tipo de interés, les hacemos el llamado a los Congresistas, al Gobierno a todos los implicados de manera directa o indirecta en el sector, a que se desprendan justamente de esos intereses, que de una u otra forma, han sido los que han llevado a la debacle a este sistema y que naturalmente de manera corresponsable también hemos visto como hemos actuado casi, de manera conjunta, sensible o insensible, voluntaria o involuntariamente, en contra de los mismos pacientes, que son en realidad nuestra razón de ser.

Termino aquí diciendo que estamos trabajando, que no hay absolutamente ningún elemento que no se reciba, que las propuestas que estamos planteando el cuerpo médico unido colombiano es perfecto y que por eso también hacemos un llamado para que nos inviten a sus reuniones, para que también a través, justamente de la ilustración que tenemos y la experiencia, nutramos sus propuestas, pero por encima de todo que pensemos en el país. Muchísimas gracias señor Senador.

Presidente (e), honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno muchísimas gracias y queremos en primer lugar agradecerles a todos y a todas, lo aplicados que estuvieron en el tiempo, los aportes que hicieron, definitivamente lo que buscamos con estas audiencias públicas es precisamente eso: recoger el pensamiento de los diferentes actores de la salud a nivel nacional, de acá de Bogotá vamos a hacer un recorrido por varias regiones de Colombia y la idea es precisamente sacar un proyecto de ley bien elaborado en la medida en que logremos consultar a todos los actores de la salud, desde el paciente hasta el más encumbrado científico, para que de esa manera podamos contribuir de manera positiva a que este Congreso, esta Comisión Séptima de Cámara, la Comisión Séptima de Senado, pueda finalmente entregar un producto bien elaborado a la sociedad colombiana. Quiero ofrecerle el uso de la palabra a señor Ministro de Salud.

Ministro de Salud, Alejandro Gaviria:

Muchas gracias, al doctor Santos, buenos días ya casi tardes para todos. Esto es una audiencia pública y la función nuestra no es tanto contestar, que esto se vuelva un debate, es tomar nota, esta libreta ya está llena, aquí las notas siguen creciendo.

Yo he dicho desde el comienzo que queremos que esto sea una construcción colectiva, que la propuesta nuestra es eso, es una propuesta, la primera de todas, para ordenar el debate y tener desde el Gobierno cierto liderazgo programático, pero bueno aquí estamos y quiero plantear diez puntos y empezar si se quiere con un punto general. Para que la construcción colectiva sea una realidad, yo creo que tenemos partir de una premisa y entre todos tiene que haber lo que alguien llamaba cierta provisionalidad en nuestras opiniones. Nosotros hemos venido trabajando con la Junta Médica, nos reunimos el domingo, nos volvimos a reunir el lunes en la noche, hay de pronto, yo no diría que unas contradicciones pero algunos puntos que precisar entre la propuesta de ley ordinaria y la propuesta ley estatutaria, pero en eso estamos y de lado y lado hemos tenido esa capacidad, de tener provisionalidad en nuestras opiniones, de cambiar de opinión, de aceptar el argumento del otro, de despojarnos de ciertos sectarismos.

Yo creo que este es un proceso complejo, que obliga necesariamente dejar a un lado esas ideolo-

gías, obliga a entender que el cambio social no es cuestión de todo o nada, es de más o menos, obliga necesariamente a entender que lo que estamos decidiendo no es una disyuntiva falsa entre un sistema injusto y corrupto que ya no puede ser mejorado y otro sistema racional y armonioso, que no sería perfecto y no sería necesario mejorar, como ya veo en la propuesta de la doctora Carolina.

Recordé incluso mis lecturas, por allá en la universidad, de Estanislao Zuleta, que se quejaba de la peor forma de ignorancia, que no es un estado de vacío sino de llenura, no es la ausencia de respuesta, es la ausencia de preguntas, y yo lo que veo, Carolina, en su intervención es la ideología como sustituto del pensamiento, sectarismo, es el mismo discurso, la misma letanía, en el fondo es el mismo que repite el doctor Robledo, no veo absolutamente nada distinto y yo creo que así va ser imposible hacer una construcción colectiva, es simplemente un discursito más.

Dicho eso, yo creo que quiero plantear algunos puntos para ir avanzando. Primero empecemos con un elemento diagnóstico, yo di una declaración, por allá en una entrevista con Yamid Amat, rápidamente, donde dije: mire aquí tenemos una crisis financiera muy complicada, el patrimonio de las EPS tomado colectivamente es negativo, hay una cartera creciente en las entidades prestadoras de salud, quise en la entrevista manifestar un sentido de urgencia diciendo lo siguiente: si no actuamos rápidamente, si no tomamos decisiones coyunturales, ese problema se va a traducir rápidamente en grave problema de prestación de servicios e incluso los indicadores de salud pública del país podrán comenzar a deteriorarse, deteriorarse de manera sustancial y quizás eso requiera una jerarquía, señalando un hecho fáctico que ustedes puede comprobar, yendo a cualquier base de datos y es que si uno mira de manera integral los indicadores de salud pública del país, integralmente, hay algunos que han empeorado pero integralmente hay algunos que nadie podría decir que han empeorado y nadie podría decir objetivamente que este país se está inmerso en una gran crisis de salud pública, eso sería mentir, y quise, hacemos las reformas porque tenemos los servicios de salud y queremos mejorar la calidad de esos servicios, pero aquí nadie puede decir, puede ir mañana a una base de datos a ver, empiece por todos los indicadores, yo le digo tráigamelos aquí, escójalos usted y vamos a mirarlos uno por uno y vamos a compararlos con cómo ha evolucionado América Latina con todo, escójanlos cualquiera, diez indicadores y hagamos la comparación que toca y eso se han malinterpretado diciendo que el objetivo preponderante de la reforma entonces es un objetivo financiero, que lo queremos desde el Gobierno es aliviar las finanzas, o los hospitales, o las EPS, o lo quien sea, eso no ha sido así y lo dice la exposición de motivos claramente y lo he repetido yo hasta el cansancio públicamente,

que el único objetivo, el objetivo preponderante es mejorar la calidad de la atención, lo he dicho de una manera si se quiere gráfica, lo objetivo es la gente no los agentes, una y otra vez.

Ahora esto no es fácil y vamos a tener discrepancias en los medios, pero esa ideología barata lo que lleva es simplemente a decir: usted lo que quiere es mejorar las finanzas de yo no sé qué empresas y cuestionan la intención para llevar el debate un terreno ideológico improductivo. Aquí vamos a tener diferencias en los medios porque esto no es fácil y ningún país del mundo ha logrado tener un sistema de salud perfecto, pero lo que yo no voy a aceptar y no podemos aceptar desde el Gobierno es que simplemente digan que lo que queremos nosotros, que nuestra intención única es mejorarle las finanzas a yo no sé qué empresa financiera, eso es una canallada, una gran mentira.

Digo dos puntos importantes y me llamó la atención la insistencia colectiva en espacios de participación. Yo creo que tenemos que mirar el proyecto y ver dónde podemos introducir elementos de participación, yo creo que ha sido en estas cuatro audiencias que hemos tenido esta semana, desde la semana anterior, ha sido dijéramos un reclamo de todos; en Salud Mía tiene que haber participación de la gente, pero usted Senador Santos está aquí en el Senado de la República yo creo que usted ya reflexionado sobre este temas y sabe la dificultad. Nuestra Constitución del año 91, es una Constitución que es dijéramos eclíptica en los temas de participación, tenemos democracia representativa pero también queremos tener democracia participativa y tenemos que lograr una combinación óptima entre ambas, por ejemplo aquí necesitamos en la salud más espacios de participación.

Pero desde hace mucho tiempo la participación ciudadana en este tipo de decisiones colectivas importantes, porque este es un hecho que nos interesa a todos, ha enfrentado la siguiente dificultad: que ha sido señalado, no por economistas, por politólogos y estudiosos de temas sociales, y es que los intereses organizados más pequeños, generalmente son los que terminan llenando los temas de participación y los intereses dispersos, por ejemplo de los pacientes, terminan ausentes de los espacios y ese problema, que alguien llamó la lógica de la acción colectiva, no ha sido resuelto plenamente y lo tenemos que resolver, porque los espacios formales de participación, vuelvo y repito esta por ejemplo la figura del defensor del usuario que está en la 1122, después se reformó en la 1438, ha generado eso. Entonces ahí tenemos entre todos que construir unos buenos artículos que aseguren la participación, pero que aseguren que eso sea una participación efectiva y no una participación formal que termine en el fondo, dándoles voz a unos intereses particulares.

Tenemos un debate sobre las redes integrales de servicio de salud, nosotros derogamos el artí-

culo 1438 y lo hicimos, si se quiere en un acto de honestidad, porque creemos que las redes como están planteadas riñen con el sistema de aseguramiento como está concebido en el país. Lo que se hizo en la 1438 fue coger las redes, como las describe la OPS, ponerlas allí, pero nunca articularlas en la ley, en el sistema y por eso cuando se fue reglamentar, tuvieron problemas. Entonces tenemos en lugar de llenar la ley de enunciados, para darle gusto a todo el mundo, tenemos que pensar con las redes caben en este esquema y aquí yo veo una tensión que es evidente; ustedes tienen un punto que señalan y en eso tienen razón y lo tenemos que mejorar en la ley y es que de pronto como están concebidas las redes, todos en cabeza de Gestores, aunque tiene que ser auditadas por el Ministerio de Salud, esa llave de la red del gestor le daría un poder muy grande, pero uno tiene que ver el otro extremo y el otro extremo es un mundo de libre adscripción plena, donde no exista red y simplemente el gestor o quien sea, el mismo Estado, recibe facturas de servicios de salud de todo lado, eso ya lo vivió el país, ustedes lo conocen, el Seguro Social por allá en los años noventa y cinco, noventa y seis, con el tema de desplazados más recientemente y eso se presta para todo tipo de fraudes y dificultades operativas.

Entonces yo creo que tenemos que ver con las redes cómo vamos a hacer para conciliar las dos cosas, tener redes bien organizadas, no darle el poder al gestor de la red, que alguien pueda estar en las red así el gestor no esté muy de acuerdo, aquí la libre elección tiene que ser muy importante, pero no caer, dijéramos el extremo de la libre adscripción.

Voy a decir algo sobre los Gestores de Servicios de Salud y a plantear la idea conceptual y plantear de manera frentera las dificultades y la concepción que hay detrás de esto. El doctor Pedro llama la atención, ustedes lo han visto aquí en el debate, aquí está el doctor Jaime Arias, con el que tuvimos la oportunidad en una audiencia parecida ayer de debatir y él lo ha dicho de una manera: pues nos está sacando de aquí, aquí algunos de ustedes han expresado la opinión contraria y es que nosotros simplemente estamos cambiándole de nombre a las EPS. Quiero contarle que estamos haciendo y que entendamos la complejidad, de que vamos más allá del mismo eslogan que se repiten una y otra vez, de esta letanía un poco constructiva. Lo que estamos tratando de hacer es tomarnos en serio el tema de los incentivos y uno podría concebir: ya los recursos se están aquí, en el fondo Salud Mía son 26-27 billones de pesos al año, uno podría concebir un esquema sin EPS y eso podría significar varias cosas, una de ellas entreguémosles todo el manejo a la salud a entidades territoriales, así lo hace Canadá con las provincias, así lo territorializa Inglaterra. Entonces entreguémosle toda la plata a la salud y que toda la prestación pública y privada la coordinen, la ar-

ticulen las entidades territoriales. ¿Tienen las entidades territoriales la capacidad para hacer eso? El Congreso tendrá la respuesta, pero yo creo que la respuesta es más o menos obvia, no todas. Administrar incluso lo que hoy se conoce como el régimen contributivo.

Otra alternativa podría ser una gran EPS pública, volver al mundo del Seguro Social, el mismo mundo de Instituto Mexicano de los Seguros Sociales que ellos quieren desmontar allá o tener una especie de Supercaprecom, yo no sé si eso es lo que se proponen. A mí no me parece conveniente sinceramente o podríamos tener un mundo más fácil, simplemente deberíamos imaginarnos que vamos a tener un edificio de veinticinco pisos, contiguo a edificio del Ministerio de Salud, allá vamos a procesar todas las cuentas, que lleguen desde todos los rincones del país, trescientos, cuatrocientos millones de facturas al año. Yo no sé si uno puede conseguir ese tema operativo, lo que sí se necesita es unas capacidades estatales que hoy no tenemos. Medicare en los Estados Unidos paga directamente algunas cosas, hace las auditorías, tiene un ejército de 8.000 auditores. Entonces lo que nosotros planteamos es que tiene que haber en un modelo como el que tenemos y que tenemos que mejorar en muchos de sus aspectos esenciales un agente, si se quiere llamar intermediario, llámenlo intermediario. El término es peyorativo, pero el término no significa que no le agregue valor, y esa agente tiene que ser una agente que tiene funciones complejas; nosotros que estábamos diciendo: no van a manejar los recursos, los recursos van a fluir directamente desde el fondo Salud Mía a los prestadores, no va a poder el agente decirle al prestador de servicio de salud: yo le pago prontamente, entonces rebájele a las tarifas 25%, 30%, 40%, por eso es que hemos hablado de que la intermediación financiera se elimina, Como decía el doctor Pedro, se le quita la plata, el manejo financiero de los recursos. Doctor Arias usted sabe bien que son rendimientos financieros, son una porción importante hoy de los ingresos de algunas de las EPS o por lo menos determinan en muchos casos si existe o no una rentabilidad.

Y estamos diciendo algo que es más complejo y es que este señor tiene que tener una doble naturaleza, tiene que tener dos incentivos: uno, y por eso lo llamamos Gestora, que tenga la población a su cargo, en el territorio, porque van a estar territorializados, no hay EPS de garaje, que esa población tenga resultados en salud, por ejemplo en los temas materno-infantiles y de esa manera la pediatría va a salir de esa posición ignominiosa que tú describías.

No casualmente cuando estudiamos programas para pagar por resultado, miramos con mucho cuidado el Plan Nacer en Argentina, que para por resultado en los temas materno-infantiles. Pero van a haber otros y podemos venir aquí con más tiem-

po a hacer una presentación sobre lo que estamos pensando en los temas de pagos por resultados. Carolina cuando tú describes la cosa hablas pagos por resultado donde están, yo no sé si no habías leído el proyecto pero allí se habla de manera directa de pagos por resultados, pero desafortunadamente el pago por resultados en salud, hay que leer, es bueno leer a veces. Desafortunadamente decía: hoy en día en la salud la sostenibilidad es un problema de todo el mundo y tenemos si se quiere un problema complejo, conceptual, la innovación y la presión tecnológica se caracteriza porque no hay una relación entre valor y precio, muchas veces vienen nuevas tecnologías que valen veinte, veinticinco veces más, pero que no aporta mucho en términos de resultados y salud para la gente y si uno no tiene a alguien, un comprador que haga las preguntas difíciles, que pregunte sobre la pertinencia de las diferentes tecnologías, que le diga a un prestador de servicios, como leí hace poco en la revista *Time* que el acetaminofén que ponen los hospitales en su factura vale diez veces más de lo que valen en las farmacias simplemente cruzando la esquina del hospital, y si alguien no cuida el bolsillo y dice: yo porque voy a pagar esta cuenta donde el acetaminofén vale diez veces más, esto no será sostenible. Ellos dice: con razón allí cuando creamos ese incentivo para cuidar los recursos, hay un incentivo también para negar servicios o para crea barreras artificiales de acceso, por eso necesitamos esta compensación, porque no puede ser un asegurador puro, creo yo, doctor Jaime, no puede serlo porque muchos de ellos se han sentado cruzados de brazos al buen negocio de recaudar la UPC y no más, y viene otro, el otro tema en el diseño de incentivos y es que muchas veces han tenido incentivos para hacer más selección de riesgo que gestión de riegos, porque 1% de los pacientes implica el 50% del costo, entonces también planteamos en este diseño que tienen que existir una generalización de los mecanismos de reaseguro, como lo existe con la cuenta de alto costo, los mecanismos de compensación del POS.

Digo todo esto a la hora de almuerzo, todos estos detalles aburridores, porque quiero simplemente transmitirles a todos una idea de que estos diseños son complejos y que es mucho más difícil explicarlos de manera comprensiva que caritizarlos diciendo: “ah, no estos tipos lo que están haciendo es cambiándoles nombre a todas las EPS, porque ese señor estaba por allá en una junta directiva de un banco”, es el tipo de crítica que están recibiendo. Entonces aquí hay que volverse serio en el debate. Digo algo sobre la integración vertical, yo comparto muchas de las cosas que se han dicho, yo creo que la integración vertical hace que sea mucho menos transparente el modelo, creo que la integración vertical explica muchas de las perversidades del sistema actual, pero tenemos que pensar también un poco en, temas de las camas pediátricas; cuando planteamos el tema, yo

creo que en el diagnóstico estaríamos todos de acuerdo, este es un sistema tal vez demasiado transaccional, donde quienes tienen el aparato les va bien, los pediatras están en el tema clínico y han sido los grandes perdedores del sistema, pero cuando uno pregunta ¿bueno y dónde está?, ¿dónde están apareciendo?, ¿quién está prestando los servicios?, son, o eso por lo menos nos dicen por el lado de las EPS, son la EPS integradas verticalmente quienes hoy están teniendo esas ofertas, no sé si será cierto o no, pero si no hacemos bien este tránsito de no integración vertical o de integración vertical a no integración vertical de ninguna naturaleza si podemos tener problemas de oferta y sobre todo en Bogotá, si ustedes miran al norte Bogotá, ¿dónde está esa oferta del primer nivel?, ¿cómo la vamos a sustituir y cómo vamos a hacer esta transacción?, entonces aquí tenemos que pensar este tema con calma.

Lo que yo había propuesto, una y otra vez en estos foros, es que quiero hacer o queremos hacer el Ministerio, vamos a traer dos o tres propuestas internacionales, vamos a mirar el tema de manera descarnada, vamos a ver qué hay y vamos a tomar una decisión o por lo menos vamos a ilustrar la decisión, que tomara el Congreso en su sabiduría en su momento, lo que sí veo yo aquí en el debate y yo creo que ha sido evidente en las cosas que hemos discutido desde hace unas horas, es que veo una pequeña contradicción en algunas de las propuestas que se hicieron esta mañana con la integración vertical, es como si la integración vertical de la EPS fuera mala, pero la que surge de los prestadores fuera buena. Cuando ustedes dicen: mire, es que los prestadores pueden organizarse en red y de alguna manera hacer este papel de gestores, ahí están integrados verticalmente casi por definición. Entonces porque es integración vertical, la de las mismas redes es buena y la que organizan de arriba hacia abajo las EPS es mala, yo creo que ahí tenemos un poco que profundizar en eso y eso nos va a ilustrar el debate hacia adelante.

Régimen subsidiado y régimen contributivo, yo comparto lo que se ha dicho aquí si se quiere, no hay ninguna razón de principio, filosófica, de fondo para mantener ese obstáculo antipático, pero yo tengo tres razones pragmáticas que hemos mencionado, podemos discutir las también, estamos abiertos, la junta médica no ha insistido sobre el sistema único una y otra vez. Planteo las tres dificultades: una tiene que ver con un tema aparentemente menor, pero no lo es desde un punto de vista sostenibilidad del sistema y son las prestaciones económicas: indemnizaciones por enfermedad general y por licencia de maternidad, hoy en día se reconoce para el contributivo, no para el subsidiado, si tenemos un sistema único tendríamos que ver cómo las vamos a pagar, dónde están los recursos para pagarlas para el subsidiado, eso vale varias reformas tributa-

rias y además hay unos temas operativos, porque en el régimen subsidiado la gran mayoría de los trabajadores son trabajadores informales, donde los temas de licencias de maternidad no sabemos cómo los vamos a manejar. Entonces allí tenemos un escollo operativo.

Tememos otro escollo desde el punto de vista del financiamiento, yo creo que si uno va a hablar de un sistema único, tiene que empezar a pensar entonces seriamente cómo vamos a financiar, porque si hablamos de sistema único las contribuciones que hoy existen y que todavía suman en 8 billones de pesos se convertirían inmediatamente en impuestos generales y esas contribuciones consideradas con impuestos, son impuestos muy mal diseñados, con grandes iniquidades horizontales, donde habría dos personas ganando lo mismo, una pagando 12% y otra sin pagar nada y eso yo creo que es inaceptable.

Entonces para tener un sistema único todavía tenemos un escollo de financiamiento y tenemos otro escollo mucho más antipático todavía, que tiene que ser transitorio, temporal y es que los hospitales públicos, algunos de ellos sobre todo en los niveles de complejidad más altos, todavía en condiciones no competir adecuadamente, han vivido de cierta conexión de los recursos del subsidiado, que se conectan de manera, si se quiere, forzada. ¿Cómo vamos a garantizar sostenibilidad a algunos hospitales públicos en un sistema único?, todavía sigue siendo una pregunta abierta.

Entonces tenemos que responder estas preguntas: la de sostenibilidad de los hospitales públicos, ¿cómo sostiene usted una buena parte de los hospitales públicos hoy, sobre todo los niveles de mayor complejidad, y siendo que el 60% de los recursos del subsidiado tienen que ir allá necesariamente?, eso es si se quiere un subsidio, dada la obsolescencia tecnológica y los problemas de nuestra red pública de hospitales, sobre todo en los niveles segundos y terceros, en los niveles primeros yo creo que son oferta única y no habría ningún tipo de problema.

La regionalización, me gustaron mucho, donde dijéramos, tus argumentos, nos muestra cómo este es un país heterogéneo, vamos a tener de pronto un mismo plan de beneficio, pero el pago por resultados va a tener que ser diferente en cada territorio, eso es un punto que yo creo que no hemos articulado de manera clara en el proyecto.

No metimos los temas de talento humano, aquí está el doctor Luis Carlos Ortiz, porque creímos que con las políticas que tenemos era más o menos suficiente, pero yo creo que ustedes nos han llamado la atención sobre que ahí necesitamos hacer algo, pero la invitación es la siguiente: A que hagamos algo que sea sustancial, no vamos a caer una especie de santanderismo falso y a poner ahí un montón de enunciados, o titulares, o cosas como queremos imaginarnos el mundo. Tenemos que de-

terminar cuáles son los escollos, legales, normativos, obstáculos legales que tenemos que de alguna manera quitar del paso para tener una mejor política de talento humano. Yo planteo otra dificultad, cosas que anoté aquí en medio de las discusiones, es una dificultad regulatoria, no para la ley, pero que de alguna manera refleja los problemas a los que estamos enfrentados y es la siguiente: el tema de cirugías, yo no sé si de cáncer, pero cirugías de mama, se decía: muchos países desarrollados los hacen cirujanos generales, en Colombia hemos especializado más allá de cuenta. Ese es un debate donde lo que ha hecho el Ministerio en el fondo es adoptar los criterios de la sociedades científicas y es un debate que tiene que resolverse, yo creo al interior de las sociedades científicas, y es un debate donde yo creo que si hemos tenido algunos excesos regulatorios y la habilitación que se hace de los primeros niveles que es un debate parecido, también ha sido exagerado y les hemos amarrado las manos a los médicos generales en demasía, pero en eso básicamente yo les devuelvo la pelota, doctor Carlos Francisco, y si ustedes nos tienen que ayudar a alcanzar un acuerdo, un acuerdo donde tiene uno que balancear dos objetivos que son distintos: queremos especialistas, pero no queremos dijéramos que los cirujanos generales estén por fuera de la práctica médica.

Yo he dicho una y otra vez que en este debate y en esta conceptualización de la ley, tenemos que pensar cuáles son los retos de incentivos o los retos que uno puede definir en un ejercicio legislativo y unos retos de más largo plazo, mucho más complejos, donde se trata de construir capacidades estatales. Lo han dicho ustedes una y otra vez, tenemos que tener médicos generales mucho mejor entrenados, que sean en el fondo los grandes protagonistas de lo que va a pasar en nuestro sistema de salud en las próximas décadas, yo comparto ese esfuerzo. Pero una ley no es el escenario para construir esas capacidades, nosotros los podríamos enunciar aquí; si quiere los enunciamos, yo no tengo ningún problema, pero el reto pasa por sentarnos juntos a trabajar, las facultades de medicina, usted es médico, que tienen que ver con el entrenamiento de estos muchachos y que van a jugar un papel dijéramos protagónico en esto y construir esas capacidades en la sociedad, tener ese ejército de médicos generales haciendo la diferencia en cada uno de los rincones de este país, es un gran reto para el futuro, pero es un gran reto que no lo define en la ley, desafortunadamente, se define en el trabajo diario de muchos de quienes están aquí, muchos de quienes nos están oyendo y mucho de quienes están teniendo un espacio más productivo, están en este momento en las aulas de clase, al frente de los alumnos, construyendo país.

Yo termino con la misma invitación al comienzo, vamos a hacer aquí una construcción colectiva, queremos mejorar el sistema de salud. Yo en el fondo soy un educador, extraviado en este mundo, tratando de aportar, de poner mi granito

de arena, de tomar nota de todo lo que están diciendo, pero también de orientar este debate y de tomar un liderazgo programático, en eso me he comprometido, y estoy seguro de que con la ayuda del Congreso y con el tiempo y con la mente abierta, pero también dando las peleas que tocan, tendremos un mejor sistema de salud para todo los colombianos. Muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno le agradecemos al señor Ministro y queremos, a nombre de los Senadores, las Senadoras, agradecerles a la comunidad científica, a los médicos, a todos los que han participado en este importante foro. Muchísimas gracias y damos por terminada esta importante audiencia el día de hoy.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Para la próxima semana se llevarán a cabo las audiencias quinta, sexta y séptima el día lunes a las dos de la tarde (2:00 p. m.) en el salón Boyacá, con los prestadores de salud, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Acesi. El día miércoles con las facultades de medicina en el salón Boyacá a las nueve de la mañana (9:00 a. m.) y el día viernes con el sector farmacéutico y dispositivos e insumos médicos, salón Boyacá nueve de la mañana (9:00 a. m.), la última audiencia la estaremos desarrollando el día martes 30 en el salón Boyacá, en la cual estarán invitadas las minorías étnicas. La Secretaría les informa que ya fue acumulado el Proyecto de ley número 233, doctora Carolina Corcho, doctora Carolina, se les informa que ya se acumuló el Proyecto de ley número 233 de 2003 Senado, que aparece publicado en la *Gaceta del Congreso* número 198 del 2013, quedó acumulado al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y 51 de 2012 Senado.

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado agradece altamente la asistencia, muchas gracias, muy buenas tardes. Siendo las doce y veinticuatro de la tarde (12:24 p. m.) de hoy.

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 04**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá D. C., el día **jueves dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.