



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° 729

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

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA
AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013

(abril 22)

“Proyectos de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Siendo las dos y cuarenta minutos de la tarde (2:40 p. m.) del día lunes veintidós (22) 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 Édinson 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 salón Boyacá del edificio Capitolio Nacional, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Para la audiencia pública del lunes 22 de abril de 2013

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, Édinson 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 honorables Representantes *Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pini-lla, 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: Entidades afiliadas a Acesi (Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos) y entidades afiliadas a la ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas).

Hora: de 02:00 a 07:00 p. m.

Lugar: Salón Boyacá del Edificio Capitolio Nacional - Entrada por la Plaza de Bolívar.

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la audiencia (señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado).

2. De 2:00 a 02:15 p. m: Inscripción de Intervinientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, Propuestas Reformativas al Sistema de Seguridad Social en Salud. No se dará el uso de la palabra a quien no acredite tal requisito.

3. Invitados:

3.1. Entidades afiliadas a Acesi (Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos) y Entidades afiliadas a la ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas).

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

4. 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).

5. Cierre del evento.

A esta audiencia pública fueron invitadas, además, las personalidades y entidades relacionadas, así:

| Núm. | Nombres | Entidad |
|------|-----------------------------------|---|
| 1 | Carlos Eduardo Rojas | Director Clínica Ciudad Roma |
| 2 | Olga Lucía Aristizábal | Gerente de IPS |
| 3 | Juan Carlos Urrego Bejarano | Especialista Planeación y Estrategia |
| 4 | Claudia Herrera Terán | Gerente de Medicamentos |
| 5 | Angiely Jiménez | Jefe Departamento Canal Institucional |
| 6 | Luz Marina Garzón López | IPS Coversalud Coodontólogos |
| 7 | doctor Hernán Castellanos Ramírez | Consortio EPS, Compensar, Comfenalco Valle |
| 8 | Juan Camilo Samper N. | Marketing Manager, Bd Medical |
| 9 | Ricardo López López | Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo |
| 10 | Nombre Félix Mora Ortiz | Abogado |
| 11 | Juan Carlos Giraldo Valencia | Director General, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) |
| 12 | María Cecilia Gaitán Cruz | Directora General, Clínica Palermo, Afiliado ACHC |
| 13 | Carlos Motta | Gerente Asuntos de Gobierno, Covidien, Afiliado ACHC |
| 14 | Marlio Perdomo | Director de Calidad, Clínica Rivas - Afiliado ACHC |
| 15 | Adriana Rivas | Gerente, Clínica Rivas, Afiliado ACHC |
| 16 | Alejandra Restrepo Vélez | Gerente Comercial, Clínica Rivas, Afiliado ACHC |
| 17 | Juan Gonzalo López | Gerente de Salud, Profamilia |
| 18 | Emma del Socorro Guerra Nieto | Gerente, Fundación Hospital San Pedro, Afiliado ACHC |
| 19 | María Elena Martínez I. | Directora General, Clínica Medihelp Services, Afiliado ACHC |
| 20 | Julio Alfredo Bernal Cañón | Director Ejecutivo, IPS Unipamplona, Afiliado ACHC |
| 21 | Juan Antonio Palma Acosta | Subdirector Administrativo y Financiero, IPS Unipamplona, Afiliado ACHC |
| 22 | Andrés Aguirre Martínez | Director, Hospital Pablo Tobón Uribe, Afiliado ACHC |

| Núm. | Nombres | Entidad |
|------|---------------------------------|---|
| 23 | Luz Stella Perilla | Gerente, Medicadiz, Afiliado ACHC |
| 24 | Doris Sarasty Rodríguez | Gerente, Hospital Infantil Los Angeles, Afiliado ACHC |
| 25 | Ángela María Toro | Gerente, Servicios Especiales de Salud de Caldas, Afiliado ACHC |
| 26 | Óscar Alonso Dueñas | Gerente, Hospital Universitario de la Samaritana, Afiliado ACHC |
| 27 | Lía Susana Camacho Torres | Gerente, ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Afiliado ACHC |
| 28 | Astrid M. Mantilla R | Gerente de Salud, Premisalud, Afiliado ACHC |
| 29 | Vólmar J. Jaime G | Gerente General, Premisalud, Afiliado ACHC |
| 30 | Christian Walter Leiva Ayala | Gerente de Producto HHS, Siemens S.A., Afiliado ACHC |
| 31 | Durfari Janive Velandia Naranjo | Economista, Fundación Santa Fe de Bogotá, Afiliado ACHC |
| 32 | Joerg Schroeder | Gerente General, B. Braun Medical S.A., Afiliado ACHC |
| 33 | Luis Alberto Acuña | Government Affairs Director, Johnson y Johnson de Colombia S.A., Afiliado ACHC |
| 34 | Ángela Zuluaga | Directora Asuntos Públicos, RTS/ Baxter -Afiliado ACHC |
| 35 | Iván Darío González Ortiz | Director Gestión Integral Fundación Santa Fe de Bogotá, Afiliado ACHC |
| 36 | Carlos Alberto Arango Villagas | Director de Urgencias y Servicios Ambulatorios, Hospital Universitario San Ignacio, Afiliado ACHC |
| 37 | Ricardo Alvarado Bestene | Director de Servicios Hospitalarios, Hospital Universitario San Ignacio, Afiliado ACHC |
| 38 | Miguel Antonio Franco Olaya | Jefe Salud Laboral, Hospital Universitario San Ignacio, Afiliado ACHC |
| 39 | Liliana Marcela Cuspoca Riveros | Jefe Departamento de Enfermería, Hospital Universitario San Ignacio - Afiliado ACHC |
| 40 | Armando de la Hoz Berdugo | Gerente Médico, Fundación Campbell |
| 41 | Ángela María Toro Mejía | Directora, Servicios Especiales de Salud, Hospital de Caldas |
| 42 | Rubén Darío Trejos Castrillón | Gerente General, Clínica La Asunción |
| 43 | Víctor Guillermo Montaguth | Presidente, Clínica Pediátrica Eusalud |
| 44 | Miguel Puentes | Director Financiero, Profamilia, Afiliado ACHC |
| 45 | Santiago Velásquez Fernández | Director de Recurso Humano, Fundación Abood Shaio, Afiliado ACHC |
| 46 | Luisa Fernanda Moreno Abello | Fundación Hospital de la Misericordia, Afiliado ACHC |
| 47 | Soraya Corzo Pinto | Directora General, Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Afiliado ACHC |
| 48 | Álvaro Velásquez | Gerente de Disclínicas S.A., Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Afiliado ACHC |
| 49 | Alberto Miguel Ávila Martínez | Director Médico, Inversiones Clínica del Meta S.A., Afiliado ACHC |

| Núm. | Nombres | Entidad |
|------|--|--|
| 50 | Juan Agustín Ramírez Montoya | Gerente, ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, Afiliado ACHC |
| 51 | Liliana Delgado | Investigaciones, ACHC |
| 52 | Juan Guillermo Cuadros | Investigaciones, ACHC |
| 53 | Fernando Bohórquez | Investigaciones, ACHC |
| 54 | Jairo Alberto Betancourt | Investigaciones, ACHC |
| 55 | Silvia Marín | Atención al Afiliado, ACHC |
| 56 | Fabiola Alba | Abogada, ACHC |
| 57 | Ayde Cristancho Cristancho | Jefe de Comunicaciones, ACHC |
| 58 | Héctor Mauricio Masmela Rodríguez | Comunicaciones, ACHC |
| 59 | Ramón Antonio Panqueva Jaime | Comunicaciones, ACHC |
| 60 | Jairo Higuera | Fotógrafo, ACHC |
| 61 | doctora Martha Lucía Gualtero Reyes | Presidenta del Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos OICA |
| 62 | Germán Eduardo Blanco Rojas | Mediagnóstica Tecmedi SAS |
| 63 | Edith Fabiola Sanabria Sanabria | Mediagnóstica Tecmedi SAS |
| 64 | doctora Olga Lucía Zuluaga | Directora Ejecutiva de Acesi |
| 65 | doctor Luis Alberto Martínez Saldarriaga | Acesi |
| 66 | doctor Álvaro Acosta Peña-loza | Acesi |
| 67 | doctor Ricardo López López | Acesi |
| 68 | Susana Sánchez Guzmán | Estudiante Universidad de la Sabana |
| 69 | Luisa Varga Silgado | Estudiante Universidad de la Sabana |
| 70 | Doctora Carmen Alicia Villamizar | Médica. Especialista en Gerencia en Salud, y Salud Pública |
| 71 | Doctora Carmen Sofía Medina Torres | Magister en Administración en Salud, Fundadora y Decana de Programas de Gerencia en Salud y Auditoría Médica |
| 72 | Carlos Ignacio Cuervo | |
| 73 | Diana Margarita Gutiérrez de Piñeres | |
| 74 | Luz Amparo Ricardo | |
| 75 | Savine María Brauer | |
| 76 | José Peña Patarroyo | Rte.: Camilo Ernesto Rodríguez García U.T.L. Representante por Bogotá Gloria Stella Díaz Ortiz |
| 77 | Diana Margarita Ojeda Visbal | Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social |
| 78 | Piedad Mejía Rodríguez | Asesora Adscrita a la Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social |
| 79 | Óscar Morales Rocha | |
| 80 | Amalia García | Jefe Sección Régimen Subsidiado |
| 81 | Gabriel Quiñones | Subdirector Salud |
| 82 | Wilson Didier Carmona Duque | Gerente del Hospital San Lorenzo de Riosucio (Caldas) |
| 83 | Doctor Sergio Luis García Acevedo | Junta Directiva ACHC |
| 84 | Angélica Latorre Coronado | Periodista de Congreso Visible, Universidad de los Andes |
| 85 | Ingeniero Humberto Suárez Pinzón | Propetel |

| Núm. | Nombres | Entidad |
|------|--|----------------------------------|
| 86 | Ingeniero Jorge Enrique Fore-ro Quintero | Propetel |
| 87 | Ingeniero Álvaro Marconi Quintero | Propetel |
| 88 | doctor Miguel García Ramírez | Propetel |
| 89 | doctora Clara Inés Posso Ortiz | Propetel |
| 90 | señor Carlos Alberto Lisker Ramírez | Propetel |
| 91 | Ingeniero Jairo Lozano | Propetel |
| 92 | doctor Javier Gáfaró Cuartas | Propetel |
| 93 | María Claudia Chacón | |
| 94 | Wilson Chacón | |
| 95 | Martha Herrera | |
| 96 | Adriana Alturo | |
| 97 | José Fernando López | |
| 98 | Marco Antonio Machado | Secretaría Distrital de Hacienda |

Esta audiencia pública contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Ramírez Ríos Gloria Inés, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.*

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

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario sírvase leer la Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las dos y cuarenta de la tarde (02:40 p. m.) de hoy, lunes 22 de abril del 2013, por autorización del señor Presidente, honorables Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, se procede a dar Orden del Día para la quinta audiencia pública a los proyectos reformativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

2. Ronda de 10 minutos para realizar inscripciones de los asistentes que deseen intervenir y que hagan propuestas debidamente acreditadas ante la Secretaría.

3. Invitados: Entidades afiliadas a Acesi, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, y entidades afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Por el gobierno: Señor Ministro de Salud, señor Superintendente Nacional de Salud, señor Defensor del Pueblo, señor Procurador General de la Nación, señora Contralora General de la República.

4. Intervenciones de los inscritos para sustentar sus propuestas, presentadas ante la Secretaría de la Comisión. El señor presidente ha determinado un periodo de 15 minutos para cada uno de los intervi-

nientes y de acuerdo al número total de inscritos que se realice.

5. Cierre del evento.

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

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, Secretario. Entonces vamos a dar inicio a esta audiencia pública, que hemos convocado en el día de hoy, para tratar el tema del proyecto de ley ordinaria, de iniciativa del Gobierno, Proyecto de ley número 210.

Nos acompañan con su presencia el señor Vice-ministro de la Protección, doctor Norman Julio, y próximamente estará por llegar o está por llegar el señor Ministro, quien se encuentra en un concejo de Gobierno de Ministros. De igual manera los Senadores Mauricio Ospina, Astrid Sánchez, la Senadora Gloria Inés Ramírez, quien está próxima a llegar, y el Senador Édinson Delgado, Vicepresidente de esta célula legislativa. La Senadora Claudia Wilches, perdón, no la había visto.

Reiterar nuevamente que es propósito de esta Comisión, que tiene a su estudio la iniciativa de ley ordinaria, abrir estos escenarios de participación, ya lo hemos venido haciendo en días anteriores, como lo señalaba el Secretario, esta es la quinta audiencia que se realiza en Bogotá y prominente vamos a realizar otras por fuera de Bogotá, comenzando el lunes 29 en la ciudad de Medellín. La pretensión nuestra, como Comisión, es procurar que después de estos escenarios de debate, de discusión, en donde por supuesto se generan inquietudes, se generan aportes además, se pueda lograr un proyecto de ley que sea resultado de una construcción colectiva, en donde se puedan escuchar a todos los actores y que el Gobierno también, indudablemente pueda participar de esta discusión como lo ha venido haciendo.

De tal manera que en ese entendido, pues nosotros hoy queremos aprovechar la presencia de los voceros de los prestadores de servicios de salud, especialmente las agremiaciones como la Asociación de Clínicas y Hospitales ACHC y otras, otros voceros independientes que quieran intervenir.

Se han registrado para participar de esta audiencia 98 personas y para intervenir hasta el momento hay 11 personas inscritas. La metodología es la que siempre hemos llevado a cabo, le vamos a dar un espacio de unos diez, quince minutos a cada interviniente, que ojalá en la medida de lo posible, que después de su intervención o antes de ella, pueda presentar una propuesta por escrito. El Senador Gabriel Zapata también acaba de llegar, lo saludamos.

Para que esos insumos sirvan posteriormente para la discusión de la ponencia que va a tramitarse, repito, a través de la Comisión Séptima.

Comentarles que adicionalmente al proyecto de ley de la iniciativa del Gobierno, hay otros también radicados en la Comisión Séptima, de categoría ordinaria. La semana pasada se radicó un nuevo proyecto, que está radicado con el número 233, de parte de un grupo de Parlamentarios que tienen que ver también con esta iniciativa de ley ordinaria.

Comentar adicionalmente que, en la Comisión Primera de Senado, se está tramitando un proyecto de ley estatutaria, que tiene que ver esencialmente

con la regulación del derecho fundamental a la salud, en razón de la categoría de la ley estatutaria, este tipo de leyes se tramita por Comisión Primera. Ese proyecto de ley estatutaria tiene mensaje de urgencia, nosotros los de Comisión Séptima le hemos hecho un llamado al Gobierno para que en lo posible se tramite de la manera más urgente, dado que ese sería el marco normativo sobre el cual trabajaríamos en la Comisión Séptima en el proyecto de ley ordinaria.

Pues hechas estas consideraciones, vamos a abrir entonces esta audiencia pública, con la intervención de Ricardo López López. Secretario por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene el señor Ricardo López López, del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, y se prepara Wilson Didier Carmona Duque, del Hospital San Juan de Dios de Riosucio (Caldas).

Doctor Ricardo López López del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo:

Muy buenas tardes. Buenas tardes, doctor Ballesteros, Comisión Séptima del Senado, señores Congresistas, compañeros que nos acompañan en este día, de la Asociación de Clínicas y Hospitales, de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y demás personas que están en el día de hoy.

A ver, me ha tocado de pronto la parte más difícil que es abrir, abrir y hacer una ponencia que tiene que ver con este proyecto de ley, en el cual se redefine el Sistema de Seguridad Social en Salud. Realmente cuando uno comienza a leer el documento, lo que encuentra es un sistema de salud con un modelo de aseguramiento, que no cambian sino los nombres de los actores. Donde cambia las EPS por Gestoras en Salud, donde se cambia un Fosyga por un fondo igualmente constituido, donde se cambia un Plan de Beneficios, el Plan Obligatorio de Salud, por Mi Plan. Entonces se cambian son la nomenclatura, pero el modelo sigue siendo un modelo de aseguramiento, donde existe un régimen contributivo y un régimen subsidiado, y donde tenemos que precisar que hay un gran avance en el desarrollo del sistema de salud en Colombia, el modelo que tenemos nosotros no es que sea malo y yo creo que esa es la pregunta que tenemos que hacernos: ¿El modelo es malo? ¿Tenemos que cambiarlo? o ¿El modelo justifica y necesita una serie de ajustes, para que siga funcionando? Dentro de esta.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Saludo a la Senadora Gloria Inés Ramírez.

Doctor Ricardo López López, del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo:

Un sistema de salud debe fundamentarse en producir salud y bienestar, no solo en consumir asistencia sanitaria. Esta es una máxima de Evan Stoddart, donde uno tiene que recordar que el sistema está orientado es a satisfacer una necesidad de los usuarios y donde nosotros, cada uno, cumplimos unas funciones y somos actores con unas funciones claramente definidas en la norma.

Cuando miramos cuáles son los problemas que tenemos hoy en el modelo, ¿Qué tenemos? tenemos un aseguramiento prácticamente universal, con aseguramiento superior al 95% en Colombia. Tenemos un plan de beneficios que fue unificado a partir del primero de enero, donde lo que se pretende es que

comiencen a desaparecer una cantidad de exclusiones que teníamos en la norma. Pero donde subsisten todavía unos problemas que la reforma o el proyecto que se está presentando no está solucionando y tiene que ver con el pago, el flujo de recursos.

Primero, flujo de recursos. No tendríamos y no estaríamos debatiendo una reforma si el flujo de recursos fuera oportuno, si las EPS tuvieran una financiación suficiente de este Plan Obligatorio de Salud, para poder cumplir con sus obligaciones con las diferentes IPS, tanto públicas como privadas.

Hace poco, el año anterior, en noviembre, estuvimos en Cali y el Ministerio de Salud nos hizo una presentación de la cartera de las EPS con los hospitales públicos, una cartera que es creciente, una cartera que, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, ha ido creciendo en los últimos años. Pero también nos mostraba en una situación muy delicada y eran empresas donde esa cartera ha ido creciendo y hasta ahora no se han tomado medidas que realmente nosotros veamos que son solución para el problema; por ejemplo la cartera de Caprecom con Empresas Públicas y privadas en todo el país.

Entonces cuando uno lee, por ejemplo el artículo tercero: objetivo y características y evaluación del sistema, usted lee las diferentes funciones que están allí definidas y son las mismas funciones que hoy cumplen las EPS, exactamente. Cuando se habla de la creación de Salud Mía, es una unidad de gestión, de carácter financiero, naturaleza especial, de nivel descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, Fosyga.

Cuándo, ¿Cuál es el objeto de esa Salud Mía? y aquí es donde comienza uno a pensar ¿Será que esa propuesta sí está bien orientada? porque dice que esa Salud Mía unidad de gestión tiene por objeto afiliar a la población, recaudar cotizaciones, administrar recursos, realizar pagos, giros y transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquellas pertinentes para administración del sistema. O sea, básicamente se convierte en un monopolio, una ESP única, monopólica a nivel de todo el país.

Pero más adelante, en el mismo proyecto, cuando habla de las Gestoras en Salud, dice que las Gestoras en Salud podrán apoyar a Salud Mía en los procesos de afiliación y recaudo. Entonces, ¿Esa no es una de las funciones que hoy cumplen las EPS? estamos dándole esa dimensión.

También dice por acá que las Gestoras de Servicios de Salud no podrán realizar recobros por ningún tipo de atención, y si uno piensa dentro del modelo que están proponiendo, esa Salud Mía y todo el modelo como está, ¿por qué recobros? si es que las EPS en ese sentido no estarían manejando plata. Ah, parece que sí están manejando plata porque tienen una subcuenta en Salud Mía para cada EPS, de donde se van a ir debitando todos los gastos en salud que se van generando y si a lo último queda algún excedente entonces será redistribuido, según lo que dice el decreto.

Uno, allí me queda a mí la sensación de que se están transfiriendo unas funciones, unas competencias y están quitando otras, porque entonces ya la EPS no es responsable de riesgo financiero, que antes, en un momento dado, sí lo estaba asumiendo.

Y aquí hay otro punto que también es importante que también resaltemos, cuando habla en el artículo 62 del Fondo de Garantías para el Sector de la Salud. Salud Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera, Sistema General de Seguridad Social. En el párrafo: hasta la fecha de supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuyo deudor serán las Entidades Promotoras de Salud. Entonces le vamos a permitir a que las EPS, o que el Estado pague las cuentas de las EPS y que luego, por algún mecanismo, las EPS le reconozcan al Estado esas cuentas y ¿Entonces dónde quedó el margen de solvencia? ¿Dónde quedó ese músculo financiero que deben tener las EPS para cumplir con sus obligaciones? Aquí les estamos dando una gran gabela, o puede ocurrir que la EPS asume y permite a través del Fosyga paga todas sus deudas y luego no tiene con que reconocerle al Estado esos recursos que le prestaron, se liquida y entonces el Estado es el que entra en un detrimento patrimonial por haber asumido esa compra de cartera.

Entonces en este proyecto, existen algunos elementos que es importante que tengamos muy presentes.

Nosotros hemos dicho: bueno, el modelo no es malo, los actores son actores que tienen una experiencia; llevamos veinte años como actores: EPS, IPS, el mismo usuario, el usuario hoy ya está asociado, ya tiene asociaciones de usuarios, ya conoce su plan de beneficios, ya sabe cuáles son sus derechos, cuáles son sus obligaciones, ya hace veeduría ciudadana. Los actores hoy conocen sus competencias.

¿Dentro de este proceso qué tenemos que mejorar? mejorar primero: inspección, vigilancia y control, Superintendencia Nacional de Salud, la Ley 1122 lo establecía, la Ley 1438 también lo dijo, pero hoy estamos volviendo a reformar y volviendo a decir que hay que hacer vigilancia y control, cuando eso lo sabemos desde la Ley 100.

Lo otro que se está proponiendo y que se podría proponer: el giro directo, el giro directo que hoy se está manejando para la baja complejidad en los contratos de capitación, es algo que está dando mucho resultado. La ley establece que en los contratos por evento, cuando usted radica la cuenta se le paga el 50% de esa cuenta y el otro 50% después de todo el proceso de auditoría, eso es válido, el problema es que no se paga el 50% en los contratos por evento. ¿Qué necesitamos? inspección, vigilancia y control, giro directo. Que la EPS haga un giro directo, así como se está haciendo en la baja complejidad por los contratos con capitación y comenzamos a solucionar el problema fundamental que tenemos hoy.

La otra situación allí es el plan de beneficios. En los planes de beneficios, se habla ahora de que vamos a tener derecho a todo, excepto a lo que va a quedar excluido. Allí hay que tener mucho cuidado porque fácilmente lo que queda excluido entra al sistema por una tutela y más cuando se va a reglamentar el tema del derecho fundamental, derecho fundamental a la salud y a la vida.

Entonces básicamente creo que esos son como los puntos más importantes que yo quería resaltar, donde

lo que estoy diciendo es: el modelo que tenemos hoy es un modelo de aseguramiento, necesita algunos ajustes, necesita que se le hagan algunas modificaciones, pero realmente la propuesta de reforma que se está presentando, es un cambio de nombre a los actores que hoy están realizando sus gestiones.

Y al final de la ley aparece el artículo 64 y el artículo 64 dice: nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas, y allí dice: los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción, por parte de la autoridad nacional o territorial competente, ¿Y dónde quedó la meritocracia? estamos hablando desde la Ley 10, Ley 100, la Ley 900, todas las leyes hablan y se vino fortaleciendo el tema de meritocracia, me gustaría conocer el concepto que tiene la Función Pública, el Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Comisión Nacional del Servicio Civil, sobre este aspecto. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor. Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

En el orden continúa el doctor Wilson Didier Carmona Duque. Hay diez personas más inscritas que son: Luz Marina Garzón López, ¿Se encuentra presente en el recinto? sigue en el orden después del señor Wilson Didier Carmona Duque.

Doctor Wilson Didier Carmona Duque, del Hospital San Juan de Dios de Riosucio (Caldas):

Muy buenas tardes. En términos generales yo soy gerente del Hospital San Juan de Dios de Riosucio (Caldas), un hospital de segundo nivel de atención en el departamento de Caldas.

Mayoría de población indígena, un hospital que tiene las dificultades de la comarca, pero que reflejan las dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Soy un convencido de que la salud en Colombia tiene que volver a ser un derecho, que si bien es cierto nunca ha sido reconocido como un derecho fundamental, si sea un derecho que nosotros como prestadores lo podamos legitimar, lo podamos prestar de manera adecuada. Para nadie es un secreto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, modelo neoliberal, acabó con las Empresas Sociales del Estado otrora hospitales públicos, porque es que nos metieron como Empresas Sociales del Estado para poder entrar a competir, competir en un medio económico con las manos amarradas.

Recuerdo los claustros universitarios cuando como representante estudiantil hablábamos de que la Ley 100 iba a acabar a los hospitales y hoy como gerente de un hospital encuentro de que esos hospitales están vetustos, acabados, con una tecnología precaria. Tecnología que obedece a una situación económica precaria porque los hospitales, solamente en este modelo, superviven y superviven de una manera lamentable.

Prestamos un servicio y parecemos mendicantes cuando de cobrar ese servicio se trata. A ningún colombiano le puede caber duda de que sus hospitales públicos están abiertos 24 horas, 365 días al año para tratar de garantizarle el derecho fundamental a la vida, conexo al derecho a la salud.

Pero para nadie es un secreto que los hospitales tienen la mayor carga económica del sistema. Las empresas sociales del Estado, otrora hospitales, dejaron de ser financiadas por el fisco nacional para entrar en el mercado libre, económico y allí las EPS, las empresas promotoras de salud, entraron a regular la economía que le corresponde a cada ciudadano colombiano. Y entonces, para nadie es un secreto y lo han dicho y lo hemos dicho a lo ancho y largo del territorio nacional, que los hospitales hoy día no son capaces de garantizar un derecho porque no tienen muchas veces con que prestar esos servicios. Deudas acumuladas, deudas acumuladas en las EPS, que hoy hacen que el sistema se esté reventando y que se estén prestando los servicios de salud más precarios que pueda conocer la historia colombiana.

Modelo de aseguramiento, totalmente de acuerdo, pero es un modelo de aseguramiento que no garantiza el derecho de acceso a la salud, porque aquí se habla de redes integradas y yo por ejemplo, como hospital de segundo nivel, no pertenezco a la red integrada de Caprecom en el occidente de Caldas, teniendo entonces resaseguradas doce mil quinientas personas en el segundo nivel de atención. Y a mí me gustaría saber cuál es la red que tienen las EPS, porque nosotros todos los días tratamos de colocar a un paciente en la red y no hay cama. ¿Y por qué no hay cama? porque simple y llanamente las IPS han ido cerrando servicios, con capacidad instalada, pero han ido cerrando servicios porque no se les paga. El flujo de recursos es un problema capital en la actualidad y en el actual modelo.

Ni que decir del derecho de las minorías étnicas. Cuando en la Ley 691, artículo 12, parágrafo 2°, se habla de que es un derecho de esas comunidades a tener un 50% más de la UPC para prestar esos servicios por dispersión, pero también para garantizar la protección de sus culturas. Ministro, ¿Dónde está la UPC diferencial de los pueblos indígenas de Colombia y especialmente de esa UPC diferencial del municipio de Riosucio (Caldas), que tiene más cincuenta mil indígenas, reconocidos legalmente? ¿Dónde están? y entonces tenemos que adentrarnos en una reforma que desconoce esas minorías étnicas y las deja a la discrecionalidad del ejecutivo. Y entonces, fuera de la crítica a la ley, como siempre se le ha hecho, yo hoy día, digo que el hospital y los hospitales de segundo nivel no son viables con el actual sistema, pero peor aún, el nuevo sistema reformado que se propone.

Voy a hacer solamente algunas precisiones. El proyecto de ley ordinaria que se propone para la reforma es un proyecto de ley cosmético, pero que en su esencia lesiona y vulnera a todo el sistema.

Artículo tercero, parágrafo X, inembargabilidad de los recursos. Ministro, explíqueme al pueblo colombiano por qué los recursos de origen público se vuelven privados una vez entran a las arcas de los Gestores de Salud. Ministro, explíqueme a la Nación colombiana por qué los Gestores de Salud se tienen que volver sociedades anónimas para poder ser gestores de salud. ¿Cuál es la trascendencia de una sociedad anónima en este maremagno a los cuales nos van a meter a los colombianos?

Ministro, explíqueme al pueblo colombiano cómo son los excedentes en salud y como se pueden volver patrimonio de los Gestores de salud, artículo 33 de la

reforma. Es claro que el modelo colombiano va a seguir transitando sobre el neoliberalismo y va a seguir transitando sobre una economía que solamente va a beneficiar a unos pocos. No me cabe duda de que este, esa reforma solo en esos aspectos sustanciales, hace que la reforma sea cosmética, pero profundice aun más el problema económico a los cuales van a estar abocados los hospitales colombianos. Porque los excedentes de salud, no se explican sino en una profundización de la glosa. Práctica perversa que hace que el prestador del servicio, pero que el que ha recibido el servicio y el que lo tiene que pagar lo pueda cuestionar de principio a fin, y en últimas, negar el pago para llegar a conciliaciones cada vez más complejas, pero cada vez más reguladas porque la misma ley habla de hasta doce meses para cobrar y entonces se pierde la posibilidad de.

Que reforma tan preserva a la cual se está enfrentando las IPS, y específicamente las Empresas Sociales del Estado. ¿Dónde están los recursos para poder afrontar las demandas a los cuales las Empresas Sociales del Estado están expuestas? solamente digo que tengo que pagar cuatrocientos ochenta millones de pesos, por una situación de segunda instancia y lo tengo que sacar de los recursos propios del hospital, para poder pagar eso y eso lesiona cada vez más la economía de la empresa social del Estado.

Otras empresas públicas tienen fondos para poder responder, nosotros tenemos que responder con nuestro propio dinero, con nuestra propia capacidad.

Y por último, me gustaría solamente hacer un análisis de la corrupción en Colombia, yo llegué por meritocracia a la gerencia del Hospital San Juan de Dios de Riosucio (Caldas), pero con extrañeza veo, señor Ministro, que por allá se hace una alusión clara de que la reforma hace de que los alcaldes y los gobernadores deban nombrar nuevamente a sus gerentes, en una situación que es eminentemente técnica, pero en una situación que perpetúa el clientelismo, perpetúa una situación perversa, que en los hospitales ya han venido cambiando. Pido y exijo que sea el Consejo Nacional, la Comisión Nacional del Servicio Civil, que se coloque a la cabeza de la meritocracia en todos los hospitales del país. Allí habrá una transparencia y en esa transparencia podremos hacer de los hospitales un manejo técnico, libre de burocracia, libre de clientelismo, libre de situaciones que le son dañinas.

Por último, su señoría, pido que se tenga especial respeto por el ejecutivo y que sea claro el ejecutivo, cómo va a legislar sobre las minorías étnicas y cómo va a hacer que la representación de esas minorías étnicas se garantice en las juntas directivas de los hospitales públicos de su área de influencia.

Por último, sobra decir que es una reforma que tiene mucha discusión, tiene mucho largo, tiene mucho de ancho. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor. Bajo el entendido de que realmente este es un tema supremamente complejo, nosotros valoramos las legítimas inquietudes y preocupaciones de quienes han intervenido en esta audiencia y en las otras pasadas. También con el propósito de que estas intervenciones ayuden a mejorar el proyecto, realmente el proyecto del Gobierno es un punto de partida para que finalmente se pueda cons-

truir un proyecto o una ley, mejor, que sea el resultado de todas estas discusiones. Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa la doctor Luz Marina Garzón López, de la IPS Corvesalud. Le sigue en el orden la doctora Olga Lucía Zuluaga, en representación de Acesi. La Secretaría se permite informarles a quienes necesitan constancia de asistencia que por favor la soliciten acá, ante la señora Subsecretaria, para que oportunamente se les pueda tramitar.

Doctora Luz Marina Garzón López, de la IPS Corvesalud:

Muy buenas tardes a todos los asistentes y a toda Colombia si nos están escuchando. Yo soy médico general, al igual que cuarenta y cinco mil médicos generales que más o menos estamos en este país actualmente. Yo hago parte de este profesional de la salud que día a día atiende a cada usuario bajo el régimen de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Hoy estoy aquí como vocera de la IPS Corvesalud, Coodontólogos, somos veintinueve puntos de atención a nivel de Bogotá y alrededores y Leticia. Nosotros nos enfrentamos hoy a esa realidad de ver cómo durante casi dieciocho años hemos atendido bajo el modelo de Ley 100 y ahora, con esta expectativa enorme de que se está planteando la reforma al sistema, queremos que realmente todos y a conciencia nos pongamos en los zapatos de los usuarios, como la razón de ser de todos y cada uno de los trabajadores de salud y de todos ustedes, ya sean médicos, abogados, economistas, para que hagamos el mejor trabajo y podamos solucionar.

Estamos aquí ante una realidad. Trabajamos durante dieciséis años y funcionaban las cosas, sí, con defectos, con problemas, hoy en día tenemos un problema serísimo y me permito preguntarle al Viceministro, ya que está él acá presente y aún no ha llegado el Ministro. Le prestamos el nivel de atención, derecho fundamental de la salud que tratamos de por lo menos hacerlo un poco fundamental, con todas y las dificultades que se presentan y hoy en día estamos con un problema de flujo de caja porque la Supersalud tiene intervenida la EPS que es nuestro asegurador principal, y nos vemos con extrañeza ante la situación que no hay ni siquiera los dineros para cumplir la nómina. Siendo un problema pequeño, porque aunque somos muchos, no somos tantos como vendría a ser el Plan Mío y Salud Mía, si van a centralizar todo esto y me uno aquí a las intervenciones anteriores de mis dos compañeros, porque realmente es un gran llamado de atención. Si tenemos problemas pequeñitos, ahora como serán gigantescos ante la administración para cuarenta y cinco millones de colombianos. Entonces si vale la pena que reflexionemos muy bien sobre todas las observaciones que se han venido haciendo, porque la dificultad es magna, son realidades de los profesionales de la salud: odontólogos, bacteriólogas, todas las personas que prestamos a diario el servicio, ahora no tenemos, hemos seguido todos los conductos regulares para que se nos oiga y pareciéramos transparentes, porque ante los medios tampoco nos ponen atención.

Entonces hemos llegado aquí para que por favor todos y cada uno miremos qué es lo que va a pasar, qué va a pasar porque si ante esta realidad chiquita ya tenemos tantos problemas, entonces qué se nos viene y queremos ser positivos y pensar que sí, que vamos

a construir y no a destruir. Tenemos unos principios básicos que en un país de ángeles todo funcionaría, pero si todos con la ética y la integralidad del ser defendemos ese derecho fundamental a la salud. Y si debe ser considerado como ese derecho fundamental que desafortunadamente se vuelve algo mercantilista y empiezan a haber las diferencias y son afectados tanto usuarios como las personas que estamos aquí, tratando de hacer nuestro mejor esfuerzo para que eso sea una realidad.

Entonces yo le pido al Viceministro que mire cuál es la labor de la Supersalud y de la persona, el interventor que no nos está permitiendo realizar nuestro trabajo a cabalidad y realmente los afectados son los usuarios, porque los médicos y odontólogos y las personas que día a día atendemos, ya están llegando al extremo de que desafortunadamente están empezando a tomar vías de hecho, como muy graves vienen siendo y por favor, necesitamos esa colaboración y esa intervención directa.

Por eso es importantísimo que en esta reforma realmente se plantee que el empleo digno debe ser algo mínimo para, una prerrogativa mínima, para que realmente se cumpla esa calidad y esa excelencia en el servicio. Si no vemos que haya concursos, que hagan realmente que tanto el primer médico de atención básica como todos los demás sean los prestadores de la atención en salud en el nivel que sea, para que no sea una cosa por burocracia, sino realmente sea por mérito. Me uno precisamente a la intervención del compañero anterior que decía que deber ser la entidad del servicio civil, que realice esos concursos, para que ya sean entidades públicas o privadas garanticen que realmente haya una estabilidad laboral a todo nivel, porque es que eso se deja como muy a libre albedrío y hoy vemos que fácilmente cualquier persona sin preparación tiene mejores calidades de vida que los profesionales de la salud. Por eso traemos la siguiente propuesta, que podría, no sé, elaborarse un poco mejor, más detalladamente, pero la idea es la siguiente:

El Estado colombiano debe garantizar el ingreso al Sistema de Seguridad Social en Salud del recurso humano idóneo y competente, a través de concursos públicos creando adecuada remuneración acorde a su nivel académico y fomentando estímulos educativos para optimizar la actualización de su hacer profesional que repercuta en la calidad, eficiencia y excelencia en el servicio de salud. Porque ahí, no vimos por ningún lado que se toque esa parte, tocaron la parte de los gerentes y a dedo nombrarlos por los alcaldes, pensamos que eso es retroceder, debe realmente ser por méritos y porque todo tenga su dignidad como debería ser.

Y un punto adicional, que de pronto si me equivoco me excusa, pero no veo por ningún lado que se toque la parte de las administradoras de riesgos profesionales. Todos nosotros, creo que de pronto las personas que trabajamos más en el sector, bueno, en el sector de régimen contributivo, vemos cómo se van muchos recursos de personas con enfermedades profesionales y que las entidades están creciendo, vemos cómo se construyen entidades muy fuertes, que se ve que los recursos están allá, pero al paciente como tal no le llegan esos beneficios. Hoy en día es toda una maratón que a algún paciente con una enfermedad profesional, realmente se le califique

como debe ser. Razón por la cual también sugerimos este artículo: Garantizar el debido proceso en la calificación del accidente laboral y la enfermedad profesional de los pacientes que así lo requieran, con vigilancia por parte de la Procuraduría, Contraloría y demás entes de control, hacia las administradoras de riesgos laborales que propendan por la defensa de los derechos fundamentales de los pacientes.

Por último, les agradezco muchísimo su atención, porque realmente existimos y si los medios no permiten que la gente conozca nuestra realidad, pues realmente entonces no podemos sentir que estamos en una democracia, como es lo que queremos que todos sepan, pues que ya tenemos unos problemas, queremos meternos en otros más grandes y pues no es la idea, la idea es las soluciones constructivas para que este país tan hermoso realmente encuentre como solución. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora. Continuamos Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Habíamos anunciado la intervención de la doctora Olga Lucía Zuluaga en representación de Acesi, la cual se posterga hasta que esperemos unos minutos la llegada el señor Ministro de Salud. En consecuencia continúa en el uso de la palabra la doctora Nancy Cañón, que también interviene en representación de Acesi. Posteriormente el doctor Luis Alberto Martínez, en representación de Acesi.

Doctora Nancy Cañón, en representación de Acesi:

Bueno, muy buenas tardes a todos los asistentes. Realmente nosotros como agremiación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, queremos centrarnos en este momento en. Ya hemos escuchado pues realmente todas las observaciones que tiene el proyecto de ley del Gobierno y la cual va a ser profundizada más a fondo, pues cuando hable la doctora Olga Lucía. Yo me voy a referir un poquito más a las propuestas que queremos presentar a este proyecto de ley, en referencia a varios componentes.

Voy a hablar un poquito del componente rector del sistema de salud, de financiamiento, de aseguramiento, tecnologías y el componente de prestación de servicios lo vamos a abordar cuando hable la doctora Olga Lucía.

Con referencia al tema de financiamiento, queremos que se definan claramente las formas y montos de la asignación de los recursos financieros por departamentos. O sea, en el fondo único vemos que hay una bolsa global, pero no está especificado cómo va a ser esa destinación de recursos. Proponemos que sea que esos recursos vayan destinados directamente a municipios, departamentos, según las redes integradas de salud, que es uno de los vacíos que tiene esta ley, que elimina los RIPS. Entonces proponemos volver a crear las redes integradas de salud, pero que estas redes estén en cabeza de los entes territoriales como debe ser.

Se deben unificar los giros directos desde el Fondo Único de Salud. Igualmente proponemos que los recursos de financiamiento deben ser unos recursos públicos, no estamos de acuerdo en que el recurso, una vez salga del sistema y llegue a los Gestores, se convierta en recurso privado, sino que debe mante-

nerse su carácter de público y que debe destinarse a la atención integral en salud de toda la población del territorio. Igualmente manifestamos que al encargado de administrar la salud en Colombia se le debe tener unos incentivos, pero que sean del 5% para funciones propias de administración logística y un 3% de incentivos para unos mejores resultados con base en los RIPS.

En aseguramiento proponemos una definición de aseguramiento, la cual es la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado de forma indelegable.

Igual proponemos que las entidades territoriales se deben fortalecer en el aseguramiento, para ello debemos propiciar que ellas tengan todas las herramientas necesarias, para que sean las responsables de liderar en la planificación, acción intersectorial, para que puedan modificar determinantes y condicionalmente de los riesgos para la salud, pero no como hoy están que son muy endeble, sino darles todas las herramientas necesarias para que puedan asumir en ese papel que nosotros estamos proponiendo. Igualmente se debe definir un solo plan de beneficios continuo, integral, desde la promoción hasta la rehabilitación, acorde con todas las necesidades de la población.

En cuanto a las tecnologías, decimos nosotros que las tecnologías no son un insumo para el sistema, sino que deben ser tecnología integrantes del sistema de salud, que deben ser accesibles, disponibles, costo-efectivas, aceptables y de calidad. Igualmente debemos definir precios referenciales o precios techo al interior del sistema de salud para las diferentes tecnologías, teniendo el costo de producción.

Se debe implementar también evaluación de tecnologías para la incorporación en el plan de beneficios único, para evitar esas brechas o esas escalas grises que tenemos hoy en el sistema.

Igualmente debe haber una estrecha articulación entre el Invima y el Instituto de Evoluciones Tecnológicas, el Institución Nacional de Salud, no desagregado como lo vemos hoy en día.

También se debe implementar un proceso de negociación y compra unificada y descentralizada de tecnología, seleccionadas y de alto costo, para responder a problemas de baja frecuencia y de prioridad en salud pública.

Aquí me faltó la rectoría, que les quiero mostrar. Con referencia a la rectoría del sistema de salud, proponemos que se debe crear un concejo nacional de salud que haga parte del modelo de rectoría del sistema de salud. No estamos de acuerdo, como lo propone la ley, que el fondo único, la rectoría esté en cabeza solamente del Presidente y dos de sus Ministros, porque me parece que estamos hablando de yo con yo. Debemos hablar de un concejo integrado nacional de salud.

También es necesario adecuar la planificación y gestión de la salud a las necesidades espacio poblaciones. Allí nos hablan de áreas de gestión sanitarias, pero nosotros proponemos que esas áreas de gestión sanitaria estén en cabeza de entidades territoriales,

sólidas, la cual ellas integran tanto la atención primaria en salud como los RIPS.

Se debe proponer igualmente intersectorialidad, interdisciplinariedad para abordar los determinantes en salud. El modelo, seguimos nosotros insistiendo que el modelo a ser debe ser un modelo basado en la atención primaria en salud tal como no lo dice la Organización Panamericana de la Salud y no como lo plantea la nueva ley, porque realmente da un concepto totalmente diferente de lo que es atención primaria en salud.

Proponemos igualmente que los concejos territoriales de seguridad social en salud se deben articular con los comités municipales de política social. Igualmente el plan Decenal de Salud Pública debe ser el principal instrumento para la orientación y el ordenamiento sectorial y su relación con los planes nacionales, departamentales y municipales de desarrollo. Hoy tenemos la falencia de que no tenemos todavía el Plan Decenal de Salud Pública para este periodo, lo cual es muy grave para el país, con todos los problemas que tenemos de salud pública.

Igualmente nosotros insistimos en que el ente territorial debe asumir gradualmente todas sus competencias en salud de acuerdo a su capacidad de gestión, con criterios de equidad, técnicos, de subsidiariedad y complementariedad. Pero insistimos que a esa entidad territorial se le debe dar herramientas para poder asumir todo lo que nosotros estamos proponiendo.

Igualmente debemos modificar los regímenes de competencias y recursos de salud de los niveles territoriales, para definir un modelo de rectoría de las autoridades sanitarias, completando la capacidad de gestión para cumplir sus funciones de indelegables del Estado en salud.

Y, esto, algo que hemos insistido siempre, es que la entidad territorial debe tener una implementación de un sistema integrado de inspección, vigilancia y control, con presencia efectiva en formas descentrada a nivel territorial. Lo hemos manifestado que tanto en la Ley 1122 como en la Ley 1438 han hablado de que la Superintendencia Nacional de Salud se debe descentralizar, pero a la fecha eso no ha sucedido y es uno de los problemas graves que tiene el sistema.

Ya pues habíamos dicho del fondo único, que es una de las cosas que nosotros vemos muy loable del proyecto de ley del Gobierno, pero igualmente manifestamos que le faltan algunas cosas, como una junta directiva de participación gubernamental, en donde estén entidades territoriales, redes integradas y participación de sociedad civil. Igualmente nos parece este fondo único estamos hablando que se debía implementar como desde el año 2007, pues vemos que lo están colocando en esta nueva ley, pero hay que reestructurarlo en cuanto a su vigilancia y control.

Eso era lo que quería exponerles, muchas gracias.

Presidente, honorable senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora. Le agradecemos si es posible nos deje copia del documento en Secretaría, de Acesi. Continúe Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa en el uso de la palabra el doctor Luis Alberto Martínez, de Aesa. La Secretaría, señor Presidente, se permite informarle que hasta el momento

se registra la asistencia y presencia de ocho Senadores, Senadoras de la Comisión Séptima.

Doctor Luis Alberto Martínez, de Aesa:

Bueno, muy buenas tardes a los honorables Senadores de la Comisión Séptima. Un agradecimiento muy especial por esta invitación. A esta que es la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia, asociamos ciento veinticinco hospitales del departamento, viene trabajando conjuntamente con Acesi desde hace ya mucho tiempo y parte de lo que expuso la doctora Nancy, pues algunas cosas reiteraremos aquí, pero quisiéramos como enfocarnos un poco en realmente cuáles son las implicaciones de las propuestas de ley ordinaria y algo hablemos de la estatutaria del Gobierno y de algunos Senadores y Congressistas que presentan una ley alternativa.

Primero quisiéramos plantear que el Gobierno, de la mano del señor Presidente de la República, debe tomar una decisión política rápidamente, que realmente nos dé luces de que se quiere mejorar el sistema de seguridad social en el país. En este momento tenemos una ley estatutaria o un proyecto de ley estatutaria con urgencia. Sin embargo nos estamos desgastando un proyecto de ley ordinaria, el cual no tiene esta urgencia. Quisiéramos que ahí hubiera claridad, para poder retomar un rumbo que nos lleve a buen puerto.

Igual quisiéramos también aportar un poco a disminuir la polarización y a acercar las diferentes posiciones que se ven en el país, estamos entrando en un lenguaje muy controversial, muy confrontacional entre el Gobierno Nacional y varias de las agremiaciones que venimos trabajando desde hace mucho tiempo. A algunos se les tilda de ideologistas, algunos de neoliberales y dependiendo de lo que se vaya diciendo vamos llevando alguno de los apelativos.

El primer acuerdo pensamos, ya es un acuerdo que está explícito y es que la salud debe considerarse un derecho humano fundamental. Entonces le hacemos un llamado al Gobierno Nacional para que en su Proyecto de ley número 210 pues plantee que la salud es un derecho humano fundamental, entendemos que es una ley ordinaria, pero como una ley ordinaria puede plantear que va a tratar de garantizar parte de ese derecho humano fundamental con organizar el sistema de salud y ahí no estaría violentando la jerarquía jurídica del país.

Igualmente planteamos que los principios que hacen parte de la Ley 210 pues deben ser principios que realmente se desarrollen en el texto y que se ejecuten. Vemos que hay unos principios de algún modo vacíos, por ejemplo el principio de universalidad, que todos los colombianos tengamos acceso, etcétera, vemos que hoy tenemos alrededor de tres segmentos de la población dependiendo de nuestra capacidad de pago: tenemos los pobres que no alcanzaron a demostrar que son pobres sino están metidos en el régimen subsidiado, tenemos unos pobres que están en el régimen subsidiado, tenemos algunas poblaciones con capacidad de pago y se llaman el régimen contributivo, tres segmentos, y la ley trae otro, los que van a tener alguna capacidad de pago y se van a meter en unos seguros voluntarios. Pensamos que esto no le hace un buen trabajo a la equidad que debe tener el país, sobre todo cuando se plantea el famoso trasteo de la UPC del régimen contributivo a estos seguros privados y ahí hay un interrogante

mayor y es el potencial refinanciamiento que habría del sistema.

Igualmente se plantea el tema de la participación en el sistema, sin embargo ya lo decía la doctora Nancy, en el fondo Salud Mía no es sino una participación de tres personas que la elige el propio Presidente y dónde está la sociedad civil, dónde está el sector privado incluso, los prestadores, los entes territoriales revisando cómo se ejecutan más de veinticinco billones de pesos en el sistema que va a manejar este fondo.

Entonces el tema de gobernanza es un tema olvidado en el sistema. Venimos de acabar con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, luego recientemente se acaba la CRES, ahora esta ley también propone acabar con la figura del defensor del usuario y concentra la junta directiva que va a manejar estos recursos en una persona que básicamente es el Presidente de la República.

Igualmente necesitamos y ahí vemos, por ejemplo, que hay un proyecto de ley alternativo que se radicó recientemente, el 233, trae unos principios mucho más generosos, accesibilidad sin barreras y define cuáles son esas barreras, y uno solo, que ojalá se tuviera en la ley ordinaria, que entiendo y se dice en la exposición de motivos de la Ley 210 estaba inicialmente pero se quitó, el principio *pro homine*, como hacer gala de que realmente el sistema de salud garantice la dignidad humana de nuestra población, esto se quitó, necesitamos una explicación de qué fue lo que pasó aquí.

Igualmente reiteramos que la naturaleza de los recursos debe ser pública, hasta que se paguen los servicios que se le presten a la población. La gobernanza, como ya lo habíamos dicho, adolece este proyecto de ley. Necesitamos también hacer un esfuerzo adicional, nos ufamamos que tenemos una cobertura muy amplia y en teoría faltarían alrededor de cuatro millones de colombianos por tener algún seguro de salud. Yo pienso, y hacemos algunas cuentas alegres, pero si el Ministerio que tiene toda la técnica posible, de la mano con el Ministerio de Hacienda, debería hacer el esfuerzo para que esos cuatro millones de personas que hacen falta y que hoy están con el remoque de vinculados o los del Sisbén, pues hicieran parte del sistema y poder decir que sí tenemos realmente un sistema que garantiza la universalidad a la población y un acceso efectivo. Y acabar con esa odiosa segmentación de la población debido a la capacidad de pago y con un procedimiento que nos inventamos en los hospitales públicos y privados, que se llama la comprobación de derechos: cuando llega el usuario, pues miramos en el listado a ver si sí tiene derecho para atenderlo, esto obviamente no comulga con el derecho fundamental a la salud.

Vemos que si nos ponemos de acuerdo en que la salud es un derecho humano fundamental, tenemos que definir cómo ayudar a garantizar eso en la prestación de servicios, teniendo en cuenta que la prestación de servicios de salud es solamente uno de los determinantes sociales y económicos que inciden en que la población tenga bienestar, habrá otros que no habrá posibilidad de meterlos acá, pero que si el sistema de salud colombiano, operado bajo la estrategia de atención primaria en salud, debe convertirse en el articulador de cómo satisfacer esos determinantes sociales y económicos que hacen parte del bienestar

y eso se llama atención primaria en salud, y si eso ya lo ganamos en la Ley 1438, no vemos, no nos explicamos por qué el Gobierno Nacional no asume esa responsabilidad de reglamentar lo que le toca. En este mismo espacio y en otros, debatimos durante varios meses el que se pudiera incluir la atención primaria en salud, desde el año pasado estamos esperando que arranquen unos programas pilotos en varios municipios del país, sin embargo, el Ministerio se ha hecho el de la vista gorda y ha cancelado el inicio de estos pilotos.

Una cosa similar pasa con las redes integradas de servicios de salud, una forma operativa de como pasar de la competencia entre los diferentes actores del sistema a la cooperación, a la solidaridad para poder brindar una mejor atención a la población. Se han hecho poco en redes integradas de servicios de salud, por el contrario el Proyecto de ley número 210 trata de acabarlas en el último artículo 67 de derogatorias. Entonces nos desgastamos en estos espacios con los congresistas y luego se deja de reglamentar diferentes leyes y luego en otra ley posterior se trata de acabarlos, pensamos que el Congreso sí debe levantar la mano. En este momento tenemos el 37% de los artículos de la Ley 1122 sin reglamentar y el 56% de la Ley 1438 sin reglamentar y nos estamos metiendo, perdonenme la expresión, en otra vacaloca, de paralelamente tratar una ley estatutaria y una ley ordinaria, para tratar de solucionar el problema que tenemos con unos pendientes, muy importantes, que nos hubieran ayudado muchísimo.

Tenemos también que pensar en que la atención primaria en salud y las redes integradas de servicios de salud deben ser articulables con la gestión de riesgo. Venimos en un espacio dicotómico, si se quiere, unos pensando en que solamente la función primaria lo resuelve todo y otros con el modelo de aseguramiento focalizando los recursos en atender el riesgo individual de las personas; pensamos que debemos articular estos dos o tres componentes, para poder hacer un modelo de atención que realmente cubra gran parte de las patologías y mejore el bienestar de la población.

Insistimos en que los recursos: los recursos físicos, los recursos financieros, tecnológicos y el talento humano deben estar aplicados a las necesidades de la población. En el país tenemos alrededor de 70, 75%, de los municipios, donde habitan menos de veinticinco mil personas y donde hay un solo hospital público cubriendo los servicios de atención de partos y hospitalización y urgencias, no tienen sentido esos hospitales, de ese número de municipios, importante ponerlos a batirse día a día con aseguradores del régimen contributivo y subsidiado, ahí la Ley 100 no sirve, tenemos que inventar otra cosa, que se apliquen los recursos de acuerdo a las necesidades de la población para poder avanzar en la equidad, con criterios de territorialidad. Los dos proyectos de ley ordinaria avanzan un poco en eso, creando las áreas de gestión y las áreas de gestión especial en uno y los territorios de salud en el 233, pero no solamente se debe tener en cuenta la oferta hospitalaria como lo hace el proyecto del Gobierno, el proyecto del Gobierno con los dos o trece distritos que están planteando, pues simplemente es hacia donde fluye la enfermedad, no, requerimos es enfocarnos en cuáles son las necesidades de la población en cada territorio y ahí sí concertar cuál es la oferta institucional

que se requiere para satisfacer esas necesidades, y eso tendrá que tener también un énfasis en el talento humano.

El proyecto de ley del Gobierno adolece de un capítulo de talento humano, es más, es explícito en la exposición de motivos y dice: esto no lo vamos a tratar en esta ley, pero tampoco ha reglamentado la Ley 1164, entonces, tenemos un montón de tareas pendientes por el ejecutivo, que quisiéramos se resolvieran para poder avanzar, porque si no esto va a ser imposible.

Tenemos que resolver también una disyuntiva entre la fragmentación y la integralidad, y pensamos que hay que resolverla por el lado obvio de la integralidad, que nos producirá más eficiencia necesaria, porque reconocemos que son los recursos limitados, pero si lo fragmentamos todo, si cada fragmento, cada hospital público, privado, cada municipio, cada Gestor o EPS, es un negocio independiente que trata de facturarle al sistema, pues obviamente que ahí no va a haber eficiencia y menos una atención integral, un cuidado integral de la población y eso tiene que ver con la competencia y la cooperación, y entonces el Proyecto de ley número 210 insiste en la competencia, en la competencia sin razón; mientras que el Proyecto de ley número 233, recientemente presentado, hace un énfasis en la cooperación y entre la solidaridad de los actores y pensamos que por ahí es el camino.

Una cosa similar pasa con el sistema de información, muy triste, que el Proyecto de ley número 210 adolece del sistema de información, ni la menciona, uno la intuye porque al centralizar los recursos de pronto por ahí van a venir al menos la carga de enfermedad que tienen las poblaciones, al menos las tarifas, al menos poder intuir de dónde a dónde se van los pacientes, pero no es claro en cómo va a ser un sistema de información. El Proyecto de ley número 233 hace un énfasis en lo que sería un sistema de información integral, que no solamente se base en la atención de la enfermedad, sino en los determinantes sociales y económicos y en cómo mejorar el bienestar de la población, con una atención integral, insistimos.

Por último, pensamos que hay que hacer un plan de choque. De aquí a que salga esta norma, si es que sale con tantas incoherencias que hay entre ley ordinaria, estatutaria, con tanta confrontación que hay, ahora con lo que nos van a meter de que nos vamos a meter a debatir si damos dos años más al presente Gobierno, esto va a quedar muy enredado todavía. Pensamos que hay que reglamentar lo que hay pendiente y hay unas herramientas ahí importantes.

Ley 1608, que se aprobó el 2 de enero de este año, o se firmó, hay un artículo que nos ayudaría mucho por ejemplo con Saludcoop. Saludcoop hoy si acaso paga el 30% de lo que se le factura mensualmente y ya no lo está manejando el Grupo Saludcoop, en teoría, lo está manejando es la Superintendencia Nacional de Salud, y dicen, y decimos muchos hospitales y muchos empleados de Saludcoop, que funcionaba mejor antes, ¿y entonces qué estamos haciendo? ¿Dónde está la labor eficiente y efectiva de la Superintendencia ahora, manejando o coadministrando esta institución?

Y hay otras cosas para reglamentar, el saneamiento de cartera, el flujo de cartera, la famosa habilita-

ción de las EPS que la tenemos ahí en cierre desde hace mucho rato, donde esos estándares de habilitación ya hubieran salido y se hubiera reglamentado, pues simplemente ya hubiéramos hecho una depuración eficiente y efectiva de estos sistemas.

Por último quisiéramos plantear algunas inquietudes, la primera: para que las actuales EPS se conviertan en Gestoras, simplemente se les pide que estén al día con el sistema, pero no va a haber ninguna invalidez ahí; esas doce EPS por ejemplo que hicieron parte de un cartel, según la Superintendencia de Industria y Comercio, que se sentaron a la mesa dijeron: neguemos estos servicios para recobrarlos por otro lado, y que los sancionados, es que esto no es una investigación, esto fue una sanción, esto ya se finiquitó. ¿Esas EPS que defraudaron el sistema van a ser Gestoras? Yo pensaría que eso hay que revisarlo con juicio.

Quisiéramos terminar con esta frase: La visión economicista de la Salud, que confía en la lógica del mercado llegó a su límite. La salud está relacionada con el desarrollo integral del ser humano, más allá de la atención de la enfermedad. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Martínez. Continuamos con las intervenciones, Secretario por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Ricardo Alvarado del Hospital Universitario San Ignacio, Universidad Javeriana, quien inscribió una propuesta sobre el tema de urgencias. Y se prepara el doctor Óscar Dueñas, Gerente de la Empresa Social del Estado, Hospital Universitario, La Samaritana.

Doctor Ricardo Alvarado del Hospital Universitario San Ignacio, Universidad Javeriana:

Muchísimas gracias. Yo quisiera pensar, cambiar un poquitico la exposición y plantearla desde la óptica de los que prestamos el servicio, de los que atendemos pacientes, de los que estamos sentados en el día a día en un hospital y especialmente de un hospital universitario.

Y quisiera, señor Presidente y honorables Senadores, amigos presentes, que no nos olvidáramos que la atención con calidad debe verse como un costo social y por lo tanto es económicamente válido, tanto para el sistema como para los afiliados.

La calidad de atención tiene un objetivo primario y es lógicamente atender con calidad, y atender con calidad no puede seguir siendo lo que hasta este momento ha sido, una cuestión de oferta y de demanda, donde el Estado dejó que se regulara esa oferta y demanda en las Entidades Prestadoras de Servicio. En efecto, el paciente que recibe la atención médica, debe ser garante de los recursos que ofrece el servicio de salud a través de la interacción de esa oferta y demanda, pero debemos preguntarnos y aquí mi exposición, sí, e invitarlos a un paseo, no el paseo de la muerte, a un paseo sobre lo que es en este contexto realmente lo que es la atención de urgencias en el sistema actual, para un servicio de urgencias principalmente en Bogotá, con sobreocupación, en la cual la afluencia de pacientes genera un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios. Esto no quisiera que se siguiera viendo, ni palabras de estas: ¿por qué se muere la gente esperando ser aten-

da en urgencias? yo quisiera partir más, ni estas cosas como la crisis de salud enfrenta el Distrito y la Nación, y el tema es el hacinamiento, las deudas, la mala atención, que agudizan la crisis, las largas filas, los pacientes acomodados a duras penas en los pasillos, el desborde de las urgencias, las deudas de los hospitales públicos. Esto debería de ser ajeno, de alguna forma, a quienes prestamos el servicio, a quienes estamos sentados en el día a día en la atención de urgencias. Eso no debería ser un condicionante, debería ser ajeno para todos el pagador, el pagador debería ser el Estado de alguna forma, no importa a través de qué mecanismos lleguen, pero debería ser indiferente para quien necesita el servicio.

Prestar servicios de excelente calidad: palabras de oportunidad, personalizado, humanizado, integral, continuos; cosas, frases, palabras, cuando tenemos que atender más de seiscientas urgencias diarias, urgencias diarias, no sé.

El paciente que llega a urgencias, deberíamos preguntarnos qué busca, y me hago esa pregunta, porque la discusión no se puede plantear exclusivamente en el tono de la oferta y la demanda. Yo quisiera que pensáramos nuevamente en el ser humano que llega a tocar las puertas de urgencias. A esa persona que busca que la traten con empatía, de forma digna, y con la rapidez y la capacidad técnica adecuada de su enfermedad y sobre todo que tenga la percepción de que es tratado de la mejor forma posible y no esperando, senador muchas veces, en sillas, ese largo proceso que implica la prestación de un servicio. Pero sobre todo que entiendan, que lo reconozcan con el debido respeto, con el respeto hacia su derecho de lo más simple, del ser reconocido como ser humano. Discutir si es una ley estatutaria o una ley ordinaria, deberíamos haber empezado por ahí, por el reconocimiento si somos o no parte de ese derecho fundamental que nos atañe. Yo creo que debimos haber empezado por ahí.

Algunos factores que influyen en la sobreocupación de servicios de urgencias en Colombia. Esto es el paciente que llega a urgencias, que busca, diría uno. Le preguntábamos qué busca, hicimos ese ejercicio, el respeto a su derecho como ser humano, que me traten con empatía, de forma digna, eso lo dicen nuestros pacientes. Que haya capacidad técnica y adecuada, me explique que tenga apoyo, pero sobre todo esto.

Y entonces, ¿Por qué van a urgencias? ¿Por qué va la gente a urgencias? uno diría: el uso inadecuado. Discutíamos hoy con el Director de Urgencias del Hospital, si definitivamente es culpa del usuario que vaya a urgencias. Tenemos que seguir todavía discutiendo si es que utilizan mal el recurso, será que es el uso inadecuado, será que el problema sigue siendo la puerta de entrada al sistema. Muchos de los pacientes llegan por primera vez a ser atendidos a través de urgencias, ¿eso está bien? ¿será que nos aumentaron las enfermedades crónicas y las personas ancianas y esa es la razón? ¿será que la congestión de la cama hospitalaria? ¿será que la cercanía a la vivienda? ¿será que los días especiales? o será, o será, ¿Qué es la primera opción de respuesta a su problema de salud?

¿Esto no es crisis del sistema? ¿esto no es crisis? ¿será que esto es una actitud aprendida del usuario? ¿será que hay aumento de los usuarios? Yo creo que

es hora de que nos preguntemos si todos los actores del sistema estamos haciendo lo que nos toca.

Si la demanda inducida, aquella que nos vendieron con el Acuerdo 117, aquella en la cual nos enseñaba que esa asimetría de la información, ese concepto en la cual nosotros como poseedores del conocimiento estábamos obligados a buscar al enfermo. ¿Será que lo estamos haciendo? ¿Será que las EPS están haciendo lo que les toca? ¿Será que se está haciendo la búsqueda activa? ¿Será que las actividades de prevención y promoción se están haciendo? y debo acogerme aquí, con todo, pidiendo permiso a la Asociación de Clínicas y Hospitales, aquella encuesta que se hizo, en donde se aumentó en dos años un 13.7% y un 46% no correspondían a la condición de urgentes. No condición de urgentes, percepción del prestador. ¿Pero es la percepción del paciente?

Y el 23% aseguró que las citas con las EPS son demoradas, esa es la realidad, la realidad es que el 15% es complicado pedir una cita por consulta externa, ¿y a dónde va a ir? ¿A dónde creen que van? a urgencias. Un 15% dice: asistí a la consulta pero no me resolvieron el problema y ese 13% dice, afirmó, que le gusta la calidad de estos servicios, que además nunca cierran, pareciera bobada. Escogen el horario en que pueden ir, porque las EPS no tienen esa disponibilidad.

Y otra, doctor Giraldo, quisiera también asumir, los resultados de salud no son buenos, estoy de acuerdo. Las urgencias es la puerta de entrada más fácil al sistema, y la Defensoría del Pueblo lo decía, que el 67.8% de las tutelas en salud, son procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Más del 65% de la población está afiliada a EPS intervenidas, en liquidación, en vigilancia especial y los casos de corrupción han desviado los recursos y el sistema de salud es muy complicado porque tiene muchos trámites, por eso yo quisiera pasar a qué le preocupa al paciente, vuelvo a insistir, no podemos olvidarnos de él, del ser humano que llega y toca las puertas del sistema.

¿Qué le preocupa al paciente? Respeto por los valores del paciente, respeto a sus preferencias y necesidades, a que me informen, a que me comuniquen, a que me apoyen emocionalmente, a que me mitiguen el miedo y la ansiedad, y a eso se ha comprometido un hospital como el nuestro. El paciente es el centro de nuestro trabajo. No importan, decía el Director de nuestro hospital, no importa que tanto sale y resulta, sigamos haciendo las cosas bien. Pero permítanos ustedes, honorables Senadores, que el sistema de salud sea menos complejo, que sea universal, que sea sin barreras de acceso, que esa ley o el 1438 que planeaba o planteó la posibilidad de la atención primaria como el elemento fundamental a desarrollar, no quede en el tintero, que se haga la demanda inducida, que busquemos el paciente, que no esperemos que se enferme, que tratemos al paciente sano, que haya políticas claras de promoción y prevención, que haya atención oportuna, que haya diagnóstico temprano y tratamiento pronto. Eso significa, de alguna forma, honorables Senadores, que sea humanista la ley, que sea integral, que sea igualitaria, que el concepto de territorialidad no esté sujeto a mantener ese rezago histórico en la cual han estado muchísimo los territorios colombianos. Ese rezago a la cual me daría muchísimo susto que al crear esas diez, o doce, o tre-

ce, o quince distritos, estemos condenando a algunas zonas a mantenerse rezagadas.

Quisiera pensar que eso está previsto. Que haya reglas claras, reglas claras pero que se cumplan. En estos años en los cuales los que vivimos la Ley 100 y posteriormente todos los actos reglamentarios, todas las reformas, lo triste es que hemos visto transitar muchísimas normas, muchísimas leyes, pero pocas, poco cumplimiento. Utilización de un recurso racional y sin corrupción, quisiera terminar.

Y quisiera también como acto final, me preocupa que la reforma sea la reforma y no se deroguen una serie de elementos que pueden ser utilizados en contra de ese paciente, al cual yo quería venir a hablar. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias doctor. Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa en el uso de la palabra el doctor Óscar Dueñas, Gerente de la Empresa Social del Estado, Hospital Universitario La Samaritana, y se prepara la doctora Doris Sarasty Rosero, en representación del Hospital Infantil, Los Ángeles, de la ciudad de Pasto.

Doctor Óscar Dueñas, Gerente de la Empresa Social del Estado, Hospital Universitario La Samaritana:

Señor Presidente, honorables Senadores, un cordial saludo del Hospital Universitario La Samaritana.

En el Hospital hemos venido analizando la crisis del sistema y las opciones de solución y los proyectos de reforma que están cursando, que pretenden o que buscan la solución de la grave crisis que está afectando el sistema de seguridad social en Colombia, que no solamente es una crisis económica, sino que es una crisis humanitaria, en el que nosotros en nuestras instituciones vemos como cada día los pacientes se nos están quedando en nuestras instituciones y se nos están muriendo por falta de acceso a los servicios.

Hemos planteado cuatro puntos básicos, que se deben tener en cuenta en la reforma al sistema. El primer aspecto es el de permitir o no que con la administración de los recursos del sistema se genere lucro para alguno de los actores del sistema. Vemos en el proyecto que el proyecto habla de un fondo único, Salud Mía, que se convierte en el asegurado pagador, un nivel intermedio de unos Gestores, que serían unos administradores que regulan y que administran la prestación de servicio, y en la base, quienes prestan los servicios y los usuarios que tienen acceso a los servicios.

Y vemos con preocupación cómo en ese esquema se sigue manteniendo la distribución de los recursos por unidad per cápita con una UPC, y que se permita que los excedentes de la no utilización de los recursos de la UPC se distribuyan total o parcialmente hacia ese agente administrador, lo cual conlleva a que de una manera perversa se estimule a que este agente administrador o niegue los servicios o entre en conflicto con los prestadores para el no pago o para la negación de los servicios, que los prestadores le prestaron a la población afiliada.

Igualmente cuando los recursos dejan, como lo establece el proyecto de norma, cuando los recursos dejan de ser públicos cuando pasan a estos administradores, estaremos legalizando lo que se ha venido

discutiendo con los problema de corrupción y demás, que se han presentado en algunas EPS y es la destinación de los recursos públicos de la salud a otros sectores o a otros fines, como la compra de hoteles, el patrocinio de equipos deportivos, etcétera. Si los recursos de salud, su función primordial se pierden apenas pasan a estos administradores, pues simplemente estamos destinando los escasos recursos que tiene el sistema, hacia otros sectores de la economía.

Y viene la reflexión si es, los recursos del sistema en función de la atención de la población o es la atención en salud en función del lucro que pueden generar estos recursos en algunos actores del sistema.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Señor Ministro bienvenido.

Doctor Óscar Dueñas, Gerente de la Empresa Social del Estado, Hospital Universitario La Samaritana:

Otro aspecto. Señor Ministro buenas tardes. Otro aspecto fundamental que hemos analizado es la integración vertical. Consideramos que la integración vertical es perversa en el sistema, porque la integración vertical va a afectar a los pacientes, afecta a los prestadores y afecta aspectos fundamentales de la transparencia en la gestión de los recursos. En la integración vertical los primeros afectados son los pacientes cuando se les viola el derecho a la libre escogencia.

Un asegurador, un Gestor o un administrador, que tiene la posibilidad de manejar su propia red, condena a los pacientes a que sean atendidos única y exclusivamente en su propia red, y como lo hemos sabido y como lo han denunciado muchos de los profesionales, cuando las IPS están integradas verticalmente condicionan el acto médico a la contención de unos costos con la negación de servicios que requiere el paciente y se entra en el juego de controlar el ejercicio médico y la relación médico-paciente. El paciente va a tener afectada la oportunidad en su atención, la calidad en los servicios que recibe y la pertinencia de estos servicios. Y más aún, va a afectar la posibilidad que actualmente tienen los usuarios de, a través de otros medios, como los entes de control o como la vía judicial, de hacer valer sus derechos cuando las EPS niegan el servicio. Veíamos en una de las presentaciones anteriores, cómo el mayor volumen de tutelas que se están presentando en la actualidad, son por eventos cubiertos por el plan obligatorio de salud.

Al haber integración vertical, ese paso o esa posibilidad que tiene el paciente de hacer valer sus derechos, simplemente va a quedar condonado desde la primera atención, cuando el médico de la IPS integrada vertical, ni siquiera le ordena el estudio diagnóstico o el procedimiento quirúrgico que requiere el paciente.

Otro aspecto es que con esta integración vertical, genera que se incremente de manera sustancial el poder actual que tienen las EPS y entran a condicionar la relación con los demás prestadores que no son de propiedad, la forma de vinculación, los servicios a contratar, las condiciones como se debe prestar el servicio, las tarifas, etcétera, y los prestadores que no hacen parte de la red quedan en indefensión, tratando de acceder a los servicios que puedan autorizar los prestadores.

Frente a la transparencia y a la gestión de los recursos, no sería ético que en este esquema en el que los gestores son los que auditan, revisan las cuentas de quienes prestan los servicios de salud y quienes hacen toda la gestión para que el fondo único le gire los recursos y le pague a los prestadores, sean al mismo tiempo los dueños de los prestadores. Estaríamos haciendo lo que soñaron los Nule con la contratación en el carrusel de Bogotá: ellos tenían los contratos y al mismo tiempo querían ser los interventores de los contratos. Y eso es de sana lógica de la naturaleza, porque ningún organismo, ni ningún individuo, ni ninguna entidad cuando tiene la posibilidad de auditar su ejercicio, cuando tiene la posibilidad de gestionar el pago por sus acciones, pues va a pretender hacer una auditoría eficiente, hacer una auditoría en la que se le recorten los recursos que van a tener por la prestación de los servicios, por eso no es ético, ni sería conveniente para el sistema la integración vertical, porque los Gestores obviamente enfocarían a beneficiar a sus propias IPS ya que si económicamente no tienen retrimientos económicos por la administración de los recursos, los pueden tener a través de la prestación de servicios con sus propias IPS integradas verticalmente.

Vemos con preocupación, nosotros como Hospital Universitario La Samaritana, que somos un hospital de tercer nivel, un hospital universitario, que somos la cabecera de la red pública de Cundinamarca, pero al mismo tiempo somos hospital de referencia de departamentos como Boyacá, Tolima, Huila y los antiguos territorios, vemos con preocupación cómo se proyecta una operación a través de redes delimitadas a áreas de gestión geográfica. Vemos con preocupación nosotros como hospital, que estamos a pocas cuadras aquí del Capitolio, que nuestro mercado, nuestra población objeto es la población de Cundinamarca y la población de algunos departamentos vecinos, pero operamos en Bogotá y eso nos genera inquietudes de cómo quedaremos nosotros frente a la condición de que se tiene que operar en redes circunscritas a áreas geográficas determinadas.

Otro aspecto que consideramos fundamental, es quién debe conformar las redes. Nosotros en el sector salud sabemos que los sistemas y las redes se conforman por órganos similares con funciones similares. Consideramos que el ejercicio de la conformación y la organización de las redes deben estar en cabeza de los prestadores. Los prestadores que se organizan en una función de colaboración, en una función de complementariedad y que oferten la atención integral a los administradores de los recursos del sistema.

Vemos con preocupación que se permita que sean los gestores los que tengan la potestad y la capacidad de definir quién entra y quién no entra a la red, porque bajo esa potestad y esa capacidad, van a doblegar los prestadores bajo las condiciones que quieran los aseguradores, bajo los criterios que quieran, incluso en contraposición de los principios de calidad y en contraposición del mismo paciente.

Y dos aspectos finales frente a cuál es el papel que tienen que jugar los hospitales universitarios, que somos quienes estamos formando el recurso futuro de la salud en el país. En la reforma, en las normas anteriores, como lo exponían anteriormente, todo este capítulo de la formación del recurso humano, de la posición y de la gestión que deben tener los hospita-

les universitarios, en gran parte está pendiente de reglamentar y en esta norma no se hace alusión a cuál debe ser la posición de los hospitales universitarios. ¿Si vamos a ser una institución más dentro de una red de prestadores, que cuya única función va a ser la prestación de servicios de salud por el reconocimiento de unos pagos, o vamos a tener una función preponderante en el sistema, como formadores del recurso humano futuro?

Y finalmente un punto que ya ha sido tocado en las exposiciones anteriores, que no quiero hacer énfasis, y es el gran retroceso que se pueda dar en el sector público de las empresas sociales del Estado, con la designación de los gerentes como cargos de libre nombramiento y remoción. Las entidades públicas, los hospitales públicos transformados en Empresas Sociales del Estado han tenido grandes avances en la gestión de las organizaciones, en el mejoramiento de la calidad, algunos están acreditados, otros estamos trabajando con ese enfoque, puesto que a las gerencias han llegado personas por méritos, con capacidad técnica, con capacidad de gestión y con una independencia frente a la gestión y no una independencia frente a los planes de desarrollo territorial, ni a los planes de desarrollo en salud de los entes. Pero vemos con preocupación que se conviertan los hospitales públicos o las Empresas Sociales del Estado en lo que fueron hace muchos años, en fortines burocráticos y que sea los mecanismos de pagar los favores políticos en los entes territoriales. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias, doctor. Continúa en el uso de la palabra. Nos acompaña el señor Ministro, la doctora Doris Sarasty Rosero del Hospital Infantil, Los Ángeles de Pasto y luego el doctor Andrés Aguirre, del Hospital Pablo Tobón Uribe, señor Gerente.

Doctora, Doris Sarasty Rosero del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto:

Buenas tardes, señor Presidente, honorables Senadores, señor Ministro de Salud, señor Viceministro, distinguidos invitados.

Soy la gerente del único hospital pediátrico existente en el sur del país, hospital de referencia, de mediana complejidad y con servicios de alta complejidad, que atiende población del departamento de Nariño, del Putumayo, del sur del Cauca, de Caquetá, de Amazonas y también del norte del Ecuador.

Mi ponencia no se va a referir a la reforma nueva del sistema de salud, porque ya bastante la hemos debatido y el consenso lo trae nuestro Director de la Asociación Colombiana de Hospitales, de la cual el Hospital hace parte en su junta directiva.

Mi ponencia tiene un solo fin, sensibilizarlos a ustedes, hacerles caer en cuenta por si hay alguna duda, de que la crisis existe y de que hay necesidad de un cambio. Por eso mi ponencia se llama "Situación de los Hospitales Pediátricos el Iniciar la Reforma del Sistema de Salud" En el avance hacia la paz, nuestro país hace esfuerzos ingentes por consolidar importantes reformas, que lo conduzcan al logro de tan anhelado objetivo, pero para ello es necesario que esta paz se haga dentro de un país incluyente, en el que participemos las minorías. Hospitales pediátricos sobreviven solamente cerca de una docena en el

país. Hoy, quienes nos encontramos frente a un nuevo proyecto de reforma del sistema de salud y nos encargamos de prestar servicios a la infancia y adolescencia desde el sector hospitalario, como hospitales pediátricos integrales, nos preguntamos si por fin esta reforma contendrá la solución a la problemática de la atención pediátrica en nuestro país, considerando que la protección a la infancia y adolescencia está consagrada como derecho fundamental en tratados internacionales ratificados ya por Colombia y se encuentra en nuestro país altamente protegido por la Constitución y la ley.

De pronto es necesario poner en marcha la Ley 1438, esta ley en los artículos 17 y 20 dice: el plan de beneficios incluirá una parte especial y diferenciada, que garantice la atención de niños, niñas y adolescentes y la corresponsabilidad del Estado. Padres, representantes legales de los menores, en el cuidado, la gestión y la atención oportuna e integral de la salud de ellos, estableciendo mecanismos legales. Eso no se ha cumplido y se han dejado solos a los hospitales, sin apoyo a quienes recibimos este impacto de la morbilidad y la carga de la enfermedad, en regiones apartadas del país. Porque resulta que el país es un país de regiones y en las regiones no sucede lo mismo que en el centro del país. Nunca se han consultado sus diferencias, el carácter minoritario, la importancia de la presencia en la vida regional y nacional de estos hospitales. Me refiero a visualizar y privilegiar el servicio integral que prestamos los hospitales pediátricos de Colombia.

La situación general del país se evidencia en niveles de pobreza, inequidad y violencia, que afectan a niños y adolescentes. Se observan agravadas en algunas regiones, como la nuestra, con niños y adolescentes desplazados, heridos en medio del conflicto como combatientes forzados, víctimas de minas antipersona o simplemente como víctimas de violencia intrafamiliar o distintas formas abuso, maltrato y explotación, que atentan a diario contra su integridad física, moral y social, y llegan a las puertas de nuestros hospitales en búsqueda de atención y alivio a su sufrimiento, requiriendo cada vez más servicios, más complejos, más costosos, que implican atención inmediata e integral; Integral, porque el niño no es un adulto pequeño, el niño requiere de hospitales integrales, que le agreguen valor a su mente, a su cuerpo y a su espíritu, y por eso es que estos hospitales pediátricos integrales, debemos seguir existiendo en el país.

La atención en salud en cuanto a pertinencia, oportunidad y acceso, se ha optimizado gracias a nuestra presencia. En este sistema se ha sobrevivido haciendo esfuerzos quijotescos, por prestar servicios con calidad, eficiencia, seguridad y humanización. Hemos cumplido el deber, hemos hecho la tarea, contribuyendo a disminuir en este país la mortalidad infantil colombiana, con servicios habilitados y acreditados, prestados con talento humano experto e idóneo. Entonces por qué razón estamos siendo testigos del cierre de tantas camas pediátricas en hospitales pediátricos, en servicios pediátricos y clínicas pediátricas del país. Les recuerdo señores presentes, cuatrocientas sesenta camas se cerraron el año pasado, pediátricas en el país, y doce clínicas. ¿por qué razón el sistema de salud ha puesto en peligro los hospitales pediátricos? simplemente porque han tenido que soportar la carga de enfermedad, fruto de un sistema

de salud que no privilegia la salud pública y la atención primaria, y que no entendió que los servicios pediátricos se prestan por ciclos o periodos epidemiológicos, que para prestar estos servicios muchas veces se deben suplir la inexistencia de hospitales de primer nivel, o si existen esos hospitales no tienen capacidad resolutoria, o simplemente, como sucede en todo el país, que tienen como política capital y remitir.

Mantener este tipo de atención en hospitales de mediana y alta complejidad, no genera suficientes ingresos para compensar los costos porque las tarifas están muy por debajo de los costos. Los servicios de alto costo, en nuestro caso, únicos en la región, han tenido que cumplir con normas de habilitación, hemos tenido que hacer ya la unidad de cáncer, la unidad de cáncer que está en la ley de cáncer, es la única en la región y aun a nivel central no se ha terminado de hacer la reglamentación de la ley de cáncer. Hemos tenido que cumplir con sismorresistencia, buenas prácticas de manufactura en gases medicinales, buenas prácticas de elaboración en servicio farmacéutico, adquirir tecnología costosa, tener sistemas de información electrónica, transformar laboralmente el talento humano que en mala hora algún día se inventaron en el país las cooperativas de trabajo asociado. Contratar pediatras y sus especialistas con altos salarios por baja oferta, formar especialistas y sub especialistas pediátricos por cuenta propia, dentro y fuera del país, ante la falta de política nacional de formación de talento humano. Asumir directamente la preparación del hospital para acreditar el servicio ante el organismo acreditador, pues no existe apoyo para un hospital privado sin ánimo de lucro y privado de toda ayuda estatal. Realizar inversiones muy altas en estructura y tecnología, que no se compensan con tarifas que cubran costos de atención y finalmente sobrevivir a la crisis del sistema por muchos años y al impacto de no contar con un flujo de recursos adecuado, producto de una cartera antigua, que al igual que otros hospitales del país, nos adeudan algunos intermediarios y ha afectado gravemente nuestro patrimonio.

La corrupción, la integración vertical, el abuso de poder dominante y la falta de rectoría y verdaderos organismos de vigilancia y control, hacen parte de esta crisis, en la que lamentablemente se encuentran inmersos los hospitales pediátricos del país. Los hospitales pediátricos del país bajo este entorno, no son sostenibles, ni tampoco son viables.

Pudiéramos en esta audiencia profundizar en todos los aspectos antes enunciados y encontraríamos tal desequilibrio entre el esfuerzo y la gran carga de enfermedad que soportamos, frente al apoyo brindado que solamente como principio de justicia debería resumirse en que se hace necesaria la existencia de un mecanismo, por el cual se los apoye con programas directos de apoyo, con tarifas diferenciales que se generen no después de que se haga la ley, sino durante este periodo de transición, en el corto plazo.

Finalmente que se visibilice y privilegie la importancia y presencia de estos hospitales, en manos de esta reforma y manos de los honorables legisladores de este país. Por la defensa de los derechos de los niños, un llamado a los representantes del pueblo colombiano y a quienes tienen a su cargo la rectoría y vigilancia del sistema; abracen, protegen y cuiden

sus hospitales pediátricos como patrimonio de este país y de la infancia, así como nosotros abrazamos, protegemos y cuidamos a los niños y a sus familias, que nos han entregado ustedes, sociedad colombiana, como un tesoro para que los cuidemos en su salud y en su enfermedad.

La situación no da espera, necesitamos que actúen, solo así podemos eliminar las inequidades regionales y de minorías que existen en el país, construir un verdadero proceso de paz y salvaguardar los derechos de los niños a la salud y a la vida. Hacer lo contrario nos colocaría como sociedad y como país en uno de los peores lugares, en el concierto internacional, como vulneradores simples de derechos humanos. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias, doctora Doris. Si es tan amable, doctora Doris, si es tan amable y nos regala su documento ponencia en la Secretaría. Tiene la palabra el doctor Andrés Aguirre Martínez, Director del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Doctor Andrés Aguirre Martínez, Director del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín:

Buenas tardes honorable Senador Jorge Ballesteros, honorable Senador Gabriel Zapata, los demás honorables Parlamentarios de las Comisiones de Salud, señor Ministro, doctor Alejandro, señor Viceministro, invitados.

Yo también voy a hacer algo muy similar a lo que hizo el doctor Ricardo Alvarado y lo que acaba de hacer la doctora Doris Sarasty, y más que hablar de la reforma, que lo hará el Director de la Asociación, es contar lo que vivimos en un hospital en el día a día, para que no nos de miedo avanzar hacia adelante, hay que quitarle el temor a regresar atrás, sin duda esa no es la posición ni del hospital ni de la asociación, le tengo mucho miedo a la nostalgia, del latín *nous* que significa conocer y *algia* dolor, conocimiento doloroso. Vámonos, esto está muy malo, entonces devolvámonos para atrás, pero tampoco anclarnos en el presente. Si algo movía al ser humano es la esperanza sobre el futuro, somos los únicos seres que tenemos afán y esa sensación de afán es mirar que podemos construir un mundo mejor y afán no es correr, afán es mirar cómo podemos trascender el presente. Digo mucho en el hospital, entre la diferencia de correr y tener afán; todos hemos visto un perro correr, pero nunca lo hemos visto correr de afán, como quien dice no me va a alcanzar el día para morder a tantos que tengo que morder, y si nos debemos afanar.

Y debo arrancar con una triple afirmación: los hospitales no somos los grandes responsables de la crisis del sistema, que sin duda la tiene; los hospitales hemos padecido la crisis del sistema, e incluso los hospitales hemos ayudado a soportar a un sistema en crisis, por lo tanto hay que reformar este sistema y es un sistema que sin duda tiene avances, pero también tiene enormes problemas que no necesitan ninguna comprobación, eso es tanto como demostrar la seguridad del paracaídas en el paracaidismo, cierto, entonces tire a varios sin paracaídas y compruebe otros, eso no hay necesidad de hacerlo.

¿Pero que vivimos en un hospital? Ministro, día a día, en términos de la gente, en términos de la cali-

dad y en términos de la cartera, usted ya ha oído eso cuarenta mil veces. Entonces vengo a hablarles de lo que es el hospital, porque muchas veces se dice: “es que los hospitales son ineficientes, los hospitales no saben”. No somos perfectos, debo advertir eso.

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una fundación privada, cuarenta y dos años, trescientas setenta y tres camas, mil ochocientos ochenta colaboradores, todos vinculados laboralmente, incluyendo a su grupo profesional médico, Senador Jorge Ballesteros, no hicimos cooperativas, no le pagamos a nadie para que no haya un incentivo distinto que atender a la gente.

Reconocimientos del hospital y digo no somos perfectos; acreditado con nivel de excelencia, certificado en ISO 9000, ISO 14000, OCHAS 18000, buenas prácticas de elaboración en servicios farmacéuticos, buenas prácticas de elaboración en investigación del Invima, dos veces premio colombiano a la calidad de la gestión, premio colombiano a la calidad en salud en categoría oro, colombiano ejemplar, cinco años como una de las empresas más reputadas en Colombia. Ya les voy a decir para que nos sirva eso.

Setenta, casi setenta publicaciones al año en revistas científicas, gestión de calidad, un modelo asistencial, algo que se habla poco, es que yo creo que este sistema de salud tiene que ser para la gente, un modelo asistencial donde su grupo profesional actúa, así como hablamos de modelos financieros y modelos de planeación estratégica, ¿Cómo se gestiona un hospital desde el punto de vista clínico? Y ¿Cómo la gente se incorpora a un modelo que debe producirle resultados a las personas? usando medicina basada en la evidencia, decisiones colegiadas. Ministro, de los pocos hospitales, por no decir el único, que tiene un comité o uno de los primeros que tuvo un comité de evaluación de tecnología, para evitar traer equipos raros que no se sabía si servían para algo, pestañógrafos, bostesógrafos, nada de eso. Lo que usamos es en beneficio del paciente.

Que trabaja con metas internacionales de seguridad, que tiene índices de infección de herida limpia 70% por debajo de los límites permisibles, con reducciones del 70, 75% de la neumonía asociada al ventilador y catéteres centrales, Senador, nadie nos pregunta por eso cuando nos contratan, nadie nos pregunta cuáles son sus tarifas. Si se muere de barato, muy bueno, cuáles son sus tarifas.

Baja tasa de úlceras por presión en los pacientes, 3.7 por cada mil días cama ocupada, cuando la literatura tiene hasta 27 días por cada día ocupada. Mortalidades ajustadas con grupos relacionados con el diagnóstico, usted nos ha mencionado, aquí nadie ajusta mortalidad entonces claro, los hospitales de alta complejidad se nos muere más la gente y a usted se les muere más, ¿de qué estamos hablando?

¿Y de qué nos sirve eso? le sirve a nuestros pacientes, ¿pero de que le sirve a la gente? ¿Qué vemos? un servicio de urgencias saturado con cuarenta y cincuenta pacientes diarios, en espera de estar hospitalizados, porque a los aseguradores de este país les conviene no hacer contratos con los hospitales de alta complejidad, la razón es que saben que la puerta de urgencias siempre permanece abierta y la razón es que aunque les facturemos con la tarifa más alta que es la del SOAT, pues tampoco están obligados a pagar. Entonces muy simple, nueve de cada diez

pacientes ingresa por el servicio de urgencias en un hospital que está para eso y que vamos a ver, a pesar de todas las cosas administrativas, como se comporta la cartera. Es más fácil atender la complejidad de los pacientes, que tenemos destrucción de minas, que pasar una factura, es imposible, no hemos aprendido y no vamos a aprender con la creatividad que tenemos hoy en Colombia.

Una cartera dónde. Yo dije públicamente algo y aunque este, nuestro país, ya es secular, dije: hombre, en Colombia volvimos a invitar el limbo. El papa Benedicto décimo sexto quitó el limbo, dijo que el limbo no exista, pero el limbo existe, es dónde están las facturas que nadie nos quiere recibir: “esta no es mía, esta no es mía, esta no es mía”. La cosa es que cuando a mí me enseñaron religión, los que se iban para el limbo ahí se quedaban, esas facturas se van a condenar, van para el infierno, es una nueva teología porque nadie nos la va a pagar. Unos costos de transacción enormes, Ministro, eso hay que crear un sistema más simple, que no le está llegando, no le está produciendo servicios a la gente.

Yo les decía a las personas, a los directores de hospitales: cuenten cuántas personas tenían hace veinte años en las oficinas, llámelas como las quieran, interventoría, auditoría y cartera, y cuenten veinte años después cuántos tenemos, dinero que no está llegando a la salud. Muchas veces se habla de la falta de recursos, es posible Ministro, pero también los recursos que se botan y que son terribles en nuestro sistema. Miren las cifras el hospital, en los últimos cinco años el hospital duplicó su nivel de ingresos, pero quintuplicó la provisión de cartera, eso es insostenible. Es decir, no hay ninguna eficiencia que aguante eso, terminamos el año pasado, Senador Jorge Ballesteros, con ciento cincuenta y tres mil millones de pesos de cartera y cuarenta y tres mil millones de pesos de provisión y aquí se nos perdió la sensibilidad, yo digo que la provisión, eso que suena ahí en los contadores es robo, robo que le hacen a una institución, eso se llama provisión “me robaron”.

La calidad, decía, le sirve a la gente. Pero le cuento lo que vive un hospital y muchos hospitales que trabajan por calidad. Nos saca de competitividad, reducir por ejemplo fenómenos que son los que causan más mortalidad, como ya mencioné, en una Unidad de Cuidado Intensivo, cómo la neumonía asociada al ventilador y las infecciones por catéter venoso central, implica recursos, humanos, técnicos, ¿pero qué le sucede? ese paciente no se complica, por lo tanto vendemos menos antibióticos, hay menos estancia hospitalaria y entonces es mejor no hacer eso y vender antibióticos más baratos y a precios regulados, porque eso es lo que privilegia el sistema.

Grupos calidad, para que vean como no hay ningún incentivo y hay que hablar es por la gente hombre, esto es por la gente.

Segundo, patologías que sabemos, la evidencia muestra que si no se concentra en grupos de práctica, voy a mencionar una muy frecuente en un hospital de alta complejidad como una cirugía de páncreas, la mortalidad puede ser cuatro o cinco veces mayor en grupos no especializados y que no tengan la destreza, pues no nos mandan eso, les atendemos las complicaciones, que eso es lo que atendemos. Y sin duda estar acreditado nos disminuye el productivismo, digo yo, ¿Por qué? porque hay que educar al pacien-

te, hay que informarlo, hay que contarle los deberes y los derechos y eso consume tiempo y no factura. Este es un sistema que no cuida lo que hace de cara a las personas, lo hacemos por pura vocación y por pura convicción, como muchas instituciones. Incluso a mí me van a echar del hospital, es que si me miden solamente por cifras económicas, yo invierto y no obtengo el retorno, obtengo menos, tengo mayor gasto y menos ingresos, para que me dé un puestecito Senador Ballesteros, si por ahí tiene uno.

Hombre, finalmente, para no hablar. Este es un sistema que debemos cambiar y hay que hacerlo para la gente, que sin duda tiene, que sin duda tiene avances, nadie lo discute, pero que hay que superar, que es importante hablar de la prevención y la promoción, pero también hay que cuidar los hospitales. Yo creo que este país no se puede doler de tener unos hospitales buenos, que ajenos a la corrupción, pero un sistema que cuide a la gente y que propicie la calidad. Yo termino con esto, este es un sistema que no solamente no propicia la gente, sino que favorece es la mediocridad. Yo digo mucho también en el hospital que a mí no me preocupa la mediocridad, porque al fin y al cabo todos lo somos, somos frágiles, lo que me preocupa es que la perfeccionemos todos los días. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Aguirre. Continúa en el uso de la palabra la doctora Olga Lucía, vocera y representante legal de Acesi.

Doctora Olga Lucía, vocera y representante legal de Acesi:

Bueno, muy buenas tardes. Un saludo muy cordial al Senador Ballesteros y a los Senadores que nos acompañan, al señor Ministro y a todos los que están en la audiencia.

La presentación que traigo básicamente tiene tres puntos grandes: uno es el contexto actual que no lo podemos desconocer, el análisis del proyecto *grosso modo* del 210 y obviamente la propuesta que tenemos nosotros como Acesi, propuesta que va complementaria a una parte que ya desarrollaron, tanto el doctor Luis Alberto como la doctora Nancy, y que obviamente hace parte del documento que será entregado, tanto a los Senadores, como al señor Ministro.

En cuanto al contexto actual, nos preocupa que realmente estamos ante un proyecto de ley que si nos va bien lo vamos a implementar en tres años y cuando hablo de tres años, es porque obviamente no vamos a tener un proyecto este año, se generan dos años para su implementación e incluso me faltó un año más y es que el 30% de su articulado resulta que esta para reglamentar del Ministerio. Infortunadamente lo que tenemos, y lo coloco más adelante en la presentación, de la 1438 y de la 1122, no nos da, digamos una buena esperanza con relación a la agilidad de su reglamentación.

Las ESE en este momento, hay una tema que lo hemos expuesto, el 90% del país está sin contratos. En el día de mañana, si Dios quiere, ya tenemos el consolidado de los departamentos donde tiene representación Acesi, en donde prácticamente son mínimas las Empresas Sociales del Estado que tienen contratos y no entendemos como si generosamente el Ministerio de Salud, con la resolución 4480 incre-

mentó un 17% en la mayoría del país y en ciudades capitales el 32% de la UPC, equivalente más o menos a 1.2 billones de pesos, esos recursos no están siendo trasladados a los prestadores y no están siendo trasladados porque simplemente con el boletín que se generó, infortunadamente desde el Ministerio de Salud, ellos asumieron que el 2.78, que era el IPC, ese debía ser incremento para los prestadores, desconociendo temas tan importantes, como por ejemplo que el IPC en salud era del 4.75, desconociendo que el salario mínimo se incrementó el 4% y que obviamente eso afecta directamente la prestación del servicio.

Hoy en día, por lo tanto, lo que ordenó la Corte o lo que esperaba la Corte con ese incremento, y era que se generara o que se propiciara la accesibilidad a la población, uno, y dos, que se aumentaran el número de servicios, obviamente no se va a dar y no se va a dar porque la puerta de entrada al sistema es el primer nivel y los contratos bajo la modalidad de capitación, en nuestros hospitales públicos, no existe. En ese orden de ideas, pues las EPS se están quedando con ese 1.2 billones de pesos, que prácticamente salieron nuevos en el sistema.

La cartera, curiosamente en vez de ser disminuida con esos nuevos recursos, porque uno diría: bueno, entonces van a pagar cartera vieja, algo que incluso pues tampoco se ha definido claramente por el Ministerio, pero resulta que tampoco están pagando cartera. Cuando nosotros revisamos nuestra cartera, que es alrededor de más o menos cuatro punto dos billones de pesos, encontramos una grave preocupación y es que el 41% de esa cartera, ya es mayor de 360 días, ¿eso qué implica? ¿Qué va a pasar? porque el proyecto de ley obviamente habla de temas que van a pasar al futuro, la pregunta es ¿Qué va a pasar con nuestros recursos? ¿qué va a pasar con los recursos que hoy en día nos deben? y que lo peor aún, cuando miramos las cifras que emite la Superintendencia con relación a las EPS, encontramos que están sin margen de solvencia, sin patrimonio, pero que igual tampoco se intervienen, igual siguen operando, a pesar de que no garanticen la prestación del servicio al usuario, a pesar de las múltiples quejas que se están dando, porque no cuentan con red de mediana y alta complejidad. Y por otro lado, obviamente nuestros hospitales de segundo y tercer nivel, con la homologación de planes de beneficios, obviamente también están en la peor crisis. No solamente porque no les pagan lo poquito que le contratan, sino porque lo que antes le contrataba la entidad territorial de mediana y alta complejidad, hoy en día la EPS no la contrata, se va, o para red propia, o para red privada o lo peor aún, como lo expusieron algunos de los hospitales que ahorita hablaron, ni siquiera lo tienen contratado y por eso también tenemos los servicios de urgencias con un gran colapso, porque por ahí es la única puerta de entrada que están teniendo nuestros usuarios.

Si miramos, como les decía ahora, la 1122, el 37% de los artículos están sin reglamentar, faltan treinta y dos de los que debía reglamentar el Ministerio de Salud. Si miramos la 1438, que fue del 2011, el 56% de los artículos están sin reglamentar, igual llevamos ya prácticamente tres años, son sesenta y ocho que faltan por reglamentar. En ese orden de ideas, nosotros consideramos que hay temas que son de urgencia, independiente lo que pase con los proyectos de ley, tanto estatutaria como ordinaria.

Uno, ¿Qué va a pasar en este momento con la crisis? o sea, ¿qué va a pasar con los recursos que no fluyen? Nos preocupa que incluso en presentaciones que genera el mismo señor Ministro, muestra cómo uno de los diagnósticos es que los recursos no están llegando a los prestadores, que los recursos se están quedando en las EPS, pero sin embargo, la Superintendencia está ausente de todo esto. Todas las quejas que se han colocado, parece que infortunadamente no tuviéramos una Superintendencia.

¿Qué pasa con la atención del usuario? ¿qué pasa con ese usuario, que incluso en el contributivo está recibiendo o la EPS está recibiendo los recursos, porque todos los que estamos en el contributivo, igual nos están descontando mes a mes nuestras cotizaciones, igual a la EPS se le está pagando y por qué no están garantizando los servicios? ¿Por qué no están garantizando los pagos? entonces, ¿Qué va a pasar cuando ya claramente están más que identificadas EPS que no tienen ni siquiera red? infortunadamente empezando por la EPS pública, en donde es la que más daños nos está generando a nivel de todo el país.

Lo decía ahorita el doctor Luis Alberto, con el tema de Saludcoop, esta con la Superintendencia y no está pagando ni siquiera el 30%. Cada vez las deudas son mayores. Entonces uno no entiende a veces como se preguntan, que por qué a pesar de todo el flujo de recursos que se está generando, que se generó el año pasado, ¿por qué la cartera sigue creciendo?

Cómo no va a seguir creciendo si solamente nos pagan un 50% de lo que facturamos, en el mejor de los casos, en mediana y alta complejidad, y el resto queda para cartera, que sigue obviamente creciendo. Si no se soluciona ese problema de cartera o ese flujo directo, con el giro que está haciendo incluso directamente el Ministerio, que es uno de los temas que le hemos pedido de tiempo atrás. ¿por qué solamente la EPS es la que envía la información? ¿por qué si es un contrato que es entre dos, solamente se tiene en cuenta la información que manda la EPS para decir cuánto me paga a mí como prestador? y ¿por qué cuando yo estoy radicando facturas alrededor de mil, dos mil millones de pesos, escasamente me llegan cincuenta, cien millones de pesos y no pasa nada? el resto simplemente se sigue con un agravante y el tema, a pesar de que ha mejorado mucho para la baja complejidad, no es que estemos en el paraíso; hoy en día, EPS ya como medida de presión para que se firmen los contratos bajo sus condiciones, suspendieron el giro el mes pasado y estamos hablando de EPS como Comparta, como Solsalud, como Saludvida, en algunos departamentos. Entonces la pregunta es: bueno, si nosotros seguimos prestando los servicios y ellas si suspendieron el pago, por qué les paga el Ministerio entonces los recursos a la EPS si ni siquiera tienen red. Se supone que parte de la vigilancia que deben hacer nuestros entes territoriales y que debería vigilar la Superintendencia, es que existan contratos, esa debería ser una de las principales obligaciones del aseguramiento y está escrito en la circular 06, pero infortunadamente queda en letra muerta, no tenemos vigilancia y control en el país.

Me voy ya al tema de análisis de la reforma, he dividido básicamente en tres bloques, por decirlo así, lo bueno, lo malo y lo inaceptable. En lo bueno nos parece que es adecuada la creación del fondo único

que permita control de los recursos. Sin embargo, como ya se expuso anteriormente, consideramos que ese fondo único debe ser fortalecido, en donde exista una participación de varios actores, en donde puedan realmente no ser, no estar, solamente en cabeza del Presidente y de un Ministro.

Nos parece importante la prohibición de fragmentación en la prestación de servicios, aunque es algo que curiosamente esta, esta desde la 1438, levemente esbozado en la 1122, pero igual no se cumple. Se supone que debe haber contratación por integralidad, se supone que debe estar prohibida o están prohibidas las contrataciones que generen fragmentación y obviamente barreras de acceso al usuario y sin embargo vemos EPS que claramente contratan el servicio médico en un lado, el farmacéutico en el otro, el laboratorio en el otro, porque les sale más barato. Pero no tienen en cuenta, ni la calidad en la prestación del servicio, ni obviamente la legislación. Y vuelvo y repito, las grandes debilidades que tenemos en inspección, vigilancia y control, hace que quede todo esto en letra muerta, a pesar de que ya está contemplado en la norma,

Se habla de creación de áreas de gestión sanitarias, lo cual celebramos, sin embargo, es un articulado que las deja esbozadas, digámoslo así, muy tangencialmente y lo peor aún, a pesar de que se generan esas áreas de gestión sanitaria por los territorios, el tema de redes, que ahora, obviamente es importante resaltar que no es lo mismo de redes integradas, se la deja en cabeza de las Gestoras y cuando nosotros y el mismo Ministerio, hizo reuniones con muchos de los actores cuando se entró a reglamentar el tema de atención primaria y se vio la prueba que había a nivel nacional, se generó un solo indicador en común, y es que donde funcionó atención primaria a pesar de no tener reglamentación, el común denominador fue que los recursos salieron del prestador o del municipio, la EPS no colocó recursos. Entonces si eso ya está aprobado en la mayoría de municipios, cuando hablamos del régimen subsidiado sobre todo, entonces por qué insistir en que sean las Gestoras que supuestamente hagan la gestión del riesgo, cuando se generó desde la Ley 100 y eso es lo que menos ha hecho, gestionar el riesgo.

Nuevamente coloca el tema de la, o sea, si nosotros lo analizamos *grosso modo* y al principio incluso nos decían que nosotros como gremio por qué no estábamos contentos con el proyecto de reforma, si realmente hablaba de que la contratación de las Gestoras, ellas iban a contratar todos los servicios a través de las Empresas Sociales del Estado, si tenían los servicios habilitados. Aparentemente es bueno y digo aparentemente porque por otro lado quitan el porcentaje mínimo de contratación con la red pública y uno se pregunta qué va a pasar el día de mañana, cuando les están colocando unas Gestoras a que tengan excedentes para que obviamente puedan acceder a esos recursos, entonces la pregunta es, nosotros infortunadamente como hospitales no podemos desconocer, y eso lo tienen que saber todos, somos más costosos que el privado y no por ineficiencia, somos más costosos porque nosotros pagamos impuestos pro estampilla, que en departamentos por ejemplo como Santander son el 12% más de costos, que un privado no paga.

Nosotros tenemos que tener, ya incluso con las nuevas normas, mirar hacia el tema de acreditación. El privado con la habilitación tiene. Nosotros tenemos que reportarle a todos los entes de control, el privado a las Secretarías y a las UP. Entonces son situaciones que infortunadamente nos van encareciendo, si vamos a ver el recurso humano el privado paga horas extras a partir de las diez de la noche, nosotros a partir de las seis de la tarde. El privado, la mayoría no tiene sindicatos, nosotros sí tenemos sindicatos, obviamente con convenciones colectivas, que encarecen la prestación del servicio. Entonces cómo nos van a poner a competir, que infortunadamente eso también es lo que hace el proyecto, ponernos a competir, seguimos compitiendo y esa competencia obviamente no es por calidad, como lo mencionaba ahorita el doctor Aguirre, que ojalá fuera por calidad, porque lo que importa acá es el precio, en cuánto me lo vende independiente de la prestación del servicio.

Lo malo, ya se había mencionado y es que trata la salud como servicio público, no como un derecho humano fundamental. La ley se enfoca a regular el mercado, pienso que deberíamos enfocarnos a generar un nuevo modelo de salud, ojalá un modelo de salud único, centrado en salud pública, obviamente con ciertos cambios y ajustes de acuerdo a las regiones.

Esta parte me parece gravísima y es que incrementa integración vertical y la incrementa porque hoy en día está en el 30%, pero resulta que permite la integración vertical en primero y segundo nivel, lo que hoy en día conocemos como primero y segundo, y lo que en el proyecto de ley habla de atención de prestadores primarios, pero esos prestadores primarios incluyen las especialidades básicas. ¿Eso qué significa? que nos incrementa obviamente entre un 50 o un 60% de esa integración vertical y la pregunta es, incluso retomo lo de la encuesta que tenía de Clínicas y Hospitales, en donde demuestra que parte de los servicios de urgencias que estén congestionados, es porque no hay acceso a través del primer nivel de consulta externa y obviamente estamos hablando del contributivo. ¿Entonces por qué antes incrementar esa integración vertical, en vez de eliminar esa integración vertical que tanto daño le ha hecho al sistema?

Elimina las redes integradas, tema que definitivamente tanto se habló en la 1438 y lo mismo de atención primaria en salud, porque a pesar de que los menciona, no la menciona, ni la aborda, como lo define realmente la Organización Panamericana de la Salud.

Y otra de las cosas gravísimas, es que coloca en riesgo las Empresas Sociales del Estado. ¿Por qué las coloca en riesgo? porque simplemente el hecho de colocar los gerentes por alcaldes y gobernadores, los coloca a los gerentes de libre nombramiento y remoción, ¿eso que implica? vamos a perder toda posibilidad de que haya procesos que perduren en el tiempo en nuestras Empresas Sociales del Estado, ¿Por qué? porque por obvias razones un gerente de libre nombramiento y remoción, me perdonan, se convierte en un secretario de despacho, en donde o funciona como el alcalde quiere, para bien o para mal, o simplemente es cambiado.

Si nosotros miramos, los secretarios de despacho usualmente duran cuánto, un año, a veces dos, raramente cuatro. Entonces vamos a tener gerentes de

un año, máximo dos, lo que va a hacer que nuestras empresas se vuelvan realmente poco competitivas, por no decir que prácticamente se acaban.

Como ya me dijeron que quedaba un minuto, entonces voy a correr. Inaceptable: transformación de recursos, que ellos lo hablaron, y creación de fondo para salvar y capitalizar las actuales EPS.

En la exposición de motivos hablan de muchos problemas identificados por parte, precisamente, del Gobierno, en donde los colocó en otro color, pues como me toca correr no los voy a mencionar uno a uno, pero infortunadamente no los aborda y no aborda ni la fragmentación del modelo, por el contrario la incrementa, no aborda los problemas de acceso, porque obviamente los problemas de acceso esta también dado por las autorizaciones y siguen las EPS generando, las Gestoras, perdón, dando las autorizaciones.

El 40% de las IPS públicas están caracterizadas en riesgo financiero alto y medio, el proyecto no habla de una política hospitalaria clara. La Ley 1438 lo establecía, no ha sido reglamentado, entonces no tenemos realmente en ese tema claro. Y hay unos problemas que están identificados, que aparentemente son abordados, pero que tienen imprecisiones. Habla de severos problemas en el flujo financiero, pero igual sigue en el tema de autorizaciones por parte de las EPS, entonces no sabemos cómo va a cambiar. Habla de acabar los recobros, de acabar lo no POS, pero nos traslada el riesgo entonces a nosotros como prestadores, entonces somos nosotros los que vamos entonces a tener que enfrentarnos con el médico. La no actualización del POS y el uso inadecuado e ineficiente de los temas.

¿Qué conclusión podemos sacar? continuamos con un enfoque de morbilidad, realmente no estamos cambiando el modelo de atención. Se continúa la fragmentación en salud pública y prestación de servicios, servicios asistenciales fragmentados, la segmentación de la población continua, hay unos débiles planteamientos en salud pública y no se garantiza la atención integral. Se eliminan puntos positivos de la 1438, como el tema de redes, como el tema de atención primaria, que son fundamentales, el tema del giro directo también se elimina, antes debía ser fortalecido. Acaba las ESE volviéndolas incompetentes, las EPS no desaparecen, se les modifica simplemente el riesgo financiero: cuando uno hace un paralelo entre las responsabilidades de la hoy EPS, versus las responsabilidades de la Gestora, lo único que quitan es el riesgo financiero y por el contrario reciben más recursos, recibe recursos por pagar incapacidades, recibe recursos si hay excedentes, recibe por una administración y recibe por pagar el plan de beneficios, en ese orden de ideas pues salen beneficiados y no se resuelven obviamente los grandes problemas del sistema.

Propuestas, voy a correr hasta donde alcance. Nosotros definitivamente consideramos que se requiere un nuevo sistema de salud. Me voy a centrar obviamente en el componente de prestación de servicio, en donde el actual proyecto no aborda el modelo de atención, acaba RIPS ya lo había colocado, coloca a las Gestoras como responsables de construir redes al igual que las actuales EPS, incentiva competencia entre prestadores y fragmenta prestaciones.

Hay un tema y es que persiste compra y venta de servicios. Hay una parte en donde dice claramente, en donde las Gestoras se sentaran con los prestadores a negociar la forma del contrato y la forma del pago, y definitivamente la salud pública, que hoy está en cabeza de las Empresas Sociales del Estado, por el contrario abre la puerta para que sea contratada con privados, o sea se abre la opción del negocio.

Se desvirtúa el concepto de APS y se elimina la contratación mínima de la red pública.

¿Cuál es la propuesta que hacemos? un modelo único de atención, eliminación de la integración vertical, implementación de la estrategia de atención primaria pero en cabeza de los entes territoriales, garantizando intersectorialidad. Fortalecimiento del giro directo y generación de un *per cápita*. Nosotros consideramos que si nosotros dejamos la salud pública en esa compraventa de servicios, hay servicios que es imposible que sean rentables, es más ni siquiera dan equilibrio: ir a colocar una vacuna, ir a hacer una citología a dos horas, a tres horas, eso no es rentable. Si nosotros pretendemos que haya cambio realmente en el modelo de salud, debe haber un *per cápita* que garantice la atención de la población, el costo de los servicios y obviamente el recurso humano. Un recurso humano que esté vinculado y que obviamente logre compromiso con la entidad y que permita, obviamente lograr los objetivos, por obvias razones como indicadores, ¿pero indicadores qué? de salud pública, no indicadores financieros como hoy día estamos. Ahí les dejo la presentación.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Bueno, doctora Olga Lucía, se excedió en el tiempo pero bien. Terminan las intervenciones con el doctor Juan Carlos Giraldo, Director de Clínicas y Hospitales, antes de la intervención del Ministro. Senador Mauricio. Así se hará, Senador.

Doctor Juan Carlos Giraldo, Director Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales ACHC:

Bueno, señoras y señores muy buenas tardes. Señor Presidente, señor Vicepresidente, señores Parlamentarios, Parlamentarias de la Comisión Séptima. Señor Ministro y Viceministro, demás funcionarios y a toda las personas del sector hospitalario y del sector salud.

Yo tengo una intervención que la quiero dividir en varias partes: la primera es un contexto general, unas observaciones generales, luego unas observaciones específicas y unos faltantes del proyecto, al final una exhortación final, una exhortación pues a los parlamentarios y al Congreso para avanzar en el proyecto de ley.

Lo primero, a pesar de que se dice tanto, que hay un diagnóstico muy claro y que es más, estamos sobrediagnosticados, yo creo que no sobra volver a hablar un poco del contexto. El diagnóstico, creemos nosotros, que se ha avanzado e insistimos en que nosotros hemos llegado a un punto en que el sistema de salud actual en Colombia, es un sistema fallido, lo hemos discutido en muchísimos escenarios y tengo que recordarles a ustedes que no lo decimos porque hay un problema de unos dineros o un no flujo de recursos, es porque son muchas las dimensiones y las variables del sistema de salud, que están demostrando desde hace mucho tiempo que ya la potencia-

lidad que tenía este sistema, se alcanzó y por lo tanto se agotan esas variables y tenemos que evolucionar hacia un sistema diferente. Por eso, entendemos que la presentación de proyectos de ley para reformar el sistema, es una aceptación tácita de esa situación y celebramos en consecuencia que estos proyectos se estén presentando.

Debo destacar, señor Ministro, que en este momento casi toda la sociedad colombiana está interesada en que haya una reforma al sistema de salud, son pocos los que de pronto están defendiendo un *statu quo*, creemos que la mayoría de la sociedad, empezando por el sector hospitalario, por supuesto por todos los usuarios del sistema de salud, están clamado porque haya un cambio.

El segundo punto de contexto: creemos que el momento es ahora, la única sorpresa que nos parece a nosotros es que alguien se sorprenda con que la situación ha llegado a su punto final. Aquí no hay ninguna situación sobreviniente, esto lo venimos viendo desde hace muchos años y debemos decir, que a pesar de que aquí hay algunas voces que piden que se dé más espacio, más tiempo y que no hay ninguna urgencia, nosotros creemos que la situación social, realmente está empeorando día a día, por eso, más que enfrascarnos en esos debates sobre los mensajes de urgencia, nosotros lo que estamos reclamando, tanto del Congreso de la República como del poder ejecutivo, es que se tenga sentido de urgencia para tramitar la reforma.

El tercer punto de contexto es que estamos de acuerdo en que el reemplazo se tiene que hacer, de una forma inteligente y ese reemplazo inteligente significa que se debe preservar lo logrado. Entonces ese discurso que trata de aterrorizar a la sociedad diciendo que aquí hay tierra razada, eso no es cierto ni lo estamos pidiendo nosotros, se debe hacer un reemplazo, preservando todo lo que se ha conseguido. En segundo lugar, no arreglando lo que no está dañado y ahorita usted vera que hare algunos comentarios sobre aspectos puntuales en el sistema. Cambiando lo inservible y refiriéndome específicamente al proyecto de ley, para nosotros poder tener un reemplazo inteligente, se debería relacionar mejor ese diagnóstico que usted tiene en la exposición de motivos, con ese tratamiento que tiene en el articulado. A veces encuentra uno textos que no están relacionados unos con otros.

El cuarto punto de contexto, es que el cambio si bien es profundo, nosotros creemos que debe ser un cambio sencillo, la sencillez no significa simplicidad, significa profundidad en el conocimiento, un dominio sobre los procesos. Nosotros creemos que aquí tiene que haber unos cambios, sobre los componentes centrales que generen movimientos en los grandes mecanismos, modificaciones que sean evidentes y que sobre todo apunten a una cosa, a que no se preserven las zonas grises, a que todas las entidades tengan competencias explícitas, a que los papeles de los diferentes actores sean puros, porque eso al final favorece la claridad en el desempeño y por supuesto en la vigilancia y evaluación que se tiene que hacer.

El quinto punto de contexto es que la agenda debe ser impulsada desde arriba y arriba digo desde el altísimo Gobierno. Usted solo como Ministro de Salud, no puede avanzar en esta reforma si no tiene un soporte o un acicate, si bien se quiere decir, desde el

alto Gobierno, desde la Presidencia de la República, por eso celebramos que este proceso haya iniciado con una presentación en la Casa de Nariño, donde el Presidente se compromete a avanzar simultáneamente los procesos de ley, tanto del estatutario como el proceso ordinario. Pero si bien la agenda debe ser impulsada desde arriba, también la agenda de cambio debe ser soportada desde la base, por eso es que nosotros venimos haciendo movimientos de conjunción de diferentes actores, para crear coaliciones que le den soporte a este cambio que está pidiendo la sociedad. No nos ganamos nosotros nada obteniendo un cambio o una nueva ley, si esa ley no tiene legitimidad y la legitimidad tiene que derivarse del apoyo que de la base social en las instituciones de la vida real y en los pacientes, en los usuarios del sistema, a estos cambios que se están proponiendo.

Quiero hacerle observaciones generales al Proyecto de ley número 210. Lo primero, nosotros creemos que este proyecto avanza en una dirección que es correcta, ojo, es un avance hacia la dirección correcta, pero más adelante usted va a ver que hay unos mecanismos que podrían hacer que esto funcione bien o funcione mal. La dirección correcta por qué y solamente me voy a remitir a algunos puntos básicos: primero, a que se compromete con avanzar hacia un plan integral de servicios a la población, es decir, que podamos trascender de eso que dominó el discurso durante los últimos veinte años, que fue lograr una cobertura numérica de ciudadanos, con unos aparentes planes universales. Hoy, nosotros celebramos que en ese proyecto de ley se piense que tiene que llenarse el plan, no solamente con gente que está afiliada o con gente que recibe el plan, sino con todos los contenidos que estaban por fuera del POS.

Lo segundo, creemos que avanza en la dirección correcta porque restablece el papel de las entidades territoriales. Las entidades territoriales durante todos estos años fueron unos convidados de piedra que no supieron exactamente cuáles eran las competencias que tenían. Creo que este proyecto avanza en darles un libreto diferente, nuevo, para que ellos puedan otra vez ejercer todas sus potencialidades.

Tercero, cambia el rol de los actores, sí. Creemos que ese es un aspecto fundamental, especialmente en el asunto del aseguramiento, porque nos va a llevar de trascender de ese falso aseguramiento que tenemos hoy, a una verdadera administración. Y por último, en este abrebocas de lo que sustenta nuestra apreciación sobre la dirección correcta, creemos que con este proyecto de ley se recupera para la sociedad colombiana, el gobierno y manejo de los recursos de la salud, de manera que podamos trascender y pasar de ese desgüeño y desaparición que tenemos de recursos que tenemos hoy, a una disposición central, evidente, trazable y a la cual se le puedan exigir resultados en salud.

Para conseguir eso y para hacer que esa dirección sea correcta, creemos y leemos y apreciamos en este proyecto de ley una serie de mecanismos: el primer mecanismo, un plan que se hace explícito con exclusiones explícitas, incluyendo cosas que estaban hoy entendidas como NO POS. Lo segundo, unas áreas sanitarias; lo tercero, un fondo único; lo cuarto, unos gestores de servicios de salud; y lo quinto, un estabilizador financiero que es el Fondo de Garantías. Creemos nosotros que esos son mecanismos que se

traen, que son novedosos y que hacen cambios importantes, mucho más allá de lo que los escépticos dicen que es solamente un cambio semántico en el sistema de salud.

Pero mire, a pesar de que nosotros reconocemos que vamos en la dirección correcta y que hay una serie de mecanismos novedosos, hay una serie de sin embargos. ¿Los sin embargos por dónde vienen? los sin embargos vienen por dos vías: primero, porque el diablo está en los detalles y en el articulado hay una serie de cosas que se tiene que entrar a corregir, y por otra, porque hay otras cosas que no están en el articulado y son unos notables faltantes en este proyecto de ley, si se quiere que sea una verdadera reforma.

A mí me habían dicho que la metodología era que se necesitaba presentar y que ustedes querían conocer de primera mano las observaciones y sugerencias, concretas, apartes del articulado. Yo voy a presentarles a ustedes rápidamente, en los próximos minutos, algunos comentarios, los más notorios, los más grandes sobre cosas del articulado de los capítulos principales del proyecto.

Arranco diciendo, en estas observaciones específicas, que es donde vamos a empezar a buscar el diablo en los detalles y es, miren, miren las disposiciones generales, en las disposiciones generales usted puede encontrarse cosas como: “que la libertad de escogencia se da para los Gestores”, pero más adelante en el articulado usted habla que hay libertad de escogencia tanto para prestadores como para Gestores. Ese tipo de inconsistencias se tienen que corregir.

Lo segundo, usted hace una, entra o ponen a reñir los criterios de sostenibilidad fiscal contra el derecho fundamental a la salud. Creemos nosotros que hay un gran desarrollo jurisprudencial en este país y esos son una serie de cosas que son dados, que ya están discutidos y que inclusive la Corte Constitucional lo ha hablado como para que se abra, se reabra otra vez un debate que creemos innecesario. Lo mismo, lo queremos decir con el tema de la inembargabilidad, se hace una colisión de conceptos entre lo que es la inembargabilidad y la naturaleza pública o parafiscal del recurso de la seguridad social. Creemos que también las altas cortes ya se han pronunciado sobre eso, valdría la pena que eso se excluyera del proyecto y usted vería como muchas de las resistencias que está teniendo hoy el proyecto, podrían desaparecer.

Nosotros abonamos en esas disposiciones generales que se incluya el tema de la integralidad. Celebramos esa presentación de ese principio, porque se dice que se entenderá que este principio comprende todos los elementos esenciales para lograr objetivos de salud y por lo tanto ataca la fragmentación, eso es positivo, pero siendo muy pragmático le diría lo siguiente: yo le cambio todos los principios que usted tiene ahí, en ese proyecto de ley, señores Parlamentarios, por uno solo, que está en una versión penúltima, que lo voy a leer y dice: “el sistema garantiza que las autoridades y demás actores adopten la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho a la salud de las personas”. Ese es el principio pro homine, le cambió todos esos principios que son como 30 por ese. Con ese yo creo que nosotros avanzaríamos mucho en darle un talante humanista a este proyecto de ley.

Esas eran las generalidades de las disposiciones generales, pero miren, el manejo unificado de los recursos es el Capítulo II, que es el Fondo Salud Mía, ¿en el fondo Salud Mía que se dice? se asignan una serie de funciones. Señor Ministro, creo que aquí hay un ejemplo de lo que es no claridad en la redacción del proyecto, las funciones matriciales de ese fondo deberían ser: recaudar, pagar y reasegurar. El resto de cosas son una serie de procesos transversales, como por ejemplo la administración y el flujo de información. En esa redacción del proyecto se confunden las funciones matriciales con los procesos transversales, e inclusive con tareas, como son una serie de modelos o métodos de auditoría, limpie esas funciones, escriba algo más nítido y quedaría algo mucho mejor definido que es el Fondo Salud Mía.

Lo mismo, ese es un ejemplo de falta de claridad, pero hay otro ejemplo de lo que es falta de pedagogía, mire usted como la titularidad en los dineros de las entidades territoriales, debería de escribirse mejor. Mire usted que las grandes críticas vienen diciendo que se están centralizando los recursos, es evidente que no está en entre dicho la descentralización, que no se está afectando la parafiscalidad y que no se está afectando al titularidad de los recursos de las entidades territoriales, eso se tiene que escribir mejor, es un simple ejercicio de claridad en la redacción.

En el artículo 11, que se habla de la destinación de los recursos, usted hace, hay una serie de artículos que hablan de los pagos a los Gestores por prestaciones individuales, ese es un contra sentido, a los Gestores no se les paga por prestaciones individuales, se les paga es a los prestadores de servicios de salud. Ese tipo de errores están allí, que sería bueno poderlos entrar a reformar.

Celebro que en ese mismo artículo se hable del fortalecimiento de la red pública, pero eso se hace como una eventual posibilidad si sobra plata en el Fondo, debería usted destinar de entrada un porcentaje que por lo menos sea o que tenga una destinación específica, para la actualización tecnológica de la red hospitalaria pública. Eso lo que va a suplir los excedentes de can, que por supuesto van a desaparecer.

Y por último en esa parte del manejo unificado de recursos le debo decir: el órgano de dirección del fondo Salud Mía, mire toda la resistencia que tiene, ¿Por qué? porque eso si se ve como un uso excesivo de la fuerza por parte del Gobierno que se queda con todo el manejo de esa gran bolsa de recursos y que no permite una veeduría adicional por parte de la sociedad. yo creo, que podría corregirse esa redacción, teniendo el espacio, por ejemplo para una Contraloría General de la República para una Procuraduría o para todos los organismos de veeduría ciudadana, para que alguno de ellos este allí, observando y haciendo realidad todo ese tema de la veeduría ciudadana y la participación social.

En cuanto al Capítulo III, que es el plan de beneficios Mi Plan, yo si celebro, en el artículo 14 que dice que se incluye lo no POS y que es para todas las patologías, eso es una declaración importantísima. Ahora, hay que convertir eso en una realidad. Mire usted que un artículo más adelante, ahí es cuando dejan, se dejan puertas abiertas como las siguientes: miren los criterios de exclusión. No puede haber ambigüedades, Ministro, y hay terminologías que conociendo uno el caminado de las actuales asegu-

doras, que eventualmente pueden ser Gestoras, uno diría: eso no puede quedar con ambigüedades. ¿Qué es cosmético? ¿Qué es suntuario? ¿Qué es pertinente desde el punto de vista clínico? ese tipo de criterios están allí definidos, mejor dicho, no están definidos, están simplemente enunciados. Eso hay que hacer, un glosario de términos para saber qué es, porque o si no de ahora en adelante cualquier cosa, por importante y necesaria que sea, se va a convertir en suntuosa, en cosmética o en impertinente desde el punto de vista clínico.

Usted elimina el concejo nacional, la Comisión Nacional de precios de medicamentos, eso apunta a todo ese tema tan odioso de concentración de poder en el Gobierno Nacional, que al final de mi presentación le hare un comentario.

Con respecto al título cuatro, que es el de prestación de servicios de salud. Miren, hay muchos comentarios pero me referiré a dos no más. Primero, las áreas de gestión especial, ¿Qué son las áreas de gestión especial? son las áreas donde suponemos nosotros que solamente hay un prestador público, áreas de población dispersa y para las cuales se está tratando de inventar un modelo nuevo de atención. Le hago una sugerencia, no se embarquen en esas áreas por el tema de los Gestores, allá sobran, allá lo que se necesita es tener una poderosa oferta pública que de una u otra forma, si requiere subsidio a la oferta, que se puede hacer explícito y se puede hacer una presupuestación historia. Eso es lo que se necesita allá, eso sale mucho más económico y es más rentable para el país, que inventarse una tercerización o la presencia de unos Gestores, que al final van a demandar una serie de costos de administración y de transacción. Yo creo que eso lo podrían ustedes eliminar, en el artículo 22.

En el artículo 23 se hace algo que aparentemente es inocuo, que es una reclasificación de la nomenclatura de los niveles de complejidad y entonces antes nosotros hablábamos de baja, mediana y alta complejidad, antes se hablaba de primero, segundo, tercero y hasta cuarto, aquí se habla de prestadores primarios, complementarios y especiales. ¿Dónde está? el detalle está en el asunto de que los prestadores primarios van a hacer lo que hoy conocemos como la mediana complejidad, y uno diría: eso es un tecnicismo que puede aplicar, pero cuando usted le suma esto, lo mira a través del cristal del artículo de la integración vertical, entiende que esto es un serio retroceso y que aquí lo que se está permitiendo es un incremento en la integración vertical, por lo tanto, lo llamamos a esto no habría que modificarlo, siempre y cuando se pueda eliminar todo el tema de integración vertical.

Nosotros no estamos de acuerdo con que las redes de prestadores dependan de los Gestores, es una discusión teórica y academia muy larga, no la puedo dar acá, pero a nosotros nos parece que el valor fundamental de las redes integradas de servicios de salud es la autodeterminación, porque es que las redes ustedes no las puede conformar por obligación, en la redes usualmente se hacen es voluntariamente, juntando, sumando, una serie de voluntades y de potencialidades de cada una de esas instituciones. Recuerde que nosotros le hemos pedido que hayas redes integradas, porque usted va a juntar varios conceptos, la geografía con la epidemiología, con la

demografía, con la oferta y con las fuentes de financiación. Esas cosas se juntan, a través de una red integrada y eso va a dar una serie de mejores resultados para la población, pero aquí en el proyecto se hace que las redes dependan de los Gestores. Nosotros no estamos de acuerdo, le hago una sola pregunta: ¿usted se imagina si un prestador no es elegido o no es acertado por uno de los Gestores en determinada red y ninguno lo acepta, entonces qué hace ese prestador? ¿se queda por fuera del sistema de salud?

Con respecto al Capítulo V, que es el de gestores de servicios de salud. Mire, nosotros creemos que no se debe avanzar por el lado de sociedades anónimas, se debe andar por el lado de sociedades, que usted tenga claridad quiénes son los que están allí. Eso solo también parece inocuo, pero cuando usted lo suma, al paso de lo que hoy son EPS a Gestores, más adelante usted tiene que saber quiénes son, porque o si no usted de pronto puede estar permitiendo que pasen de un lado al otro y entonces ese paz y salvo que está aquí y que es uno de los puntos positivos de ese proyecto de ley, el paz y salvo que tienen que tener las EPS se vuelve inocuo, porque usted pasa con un simplemente hace un cambio de nombre y pasa al siguiente sistema.

En los Gestores de servicios de Salud le aplico algo parecido a lo del Fondo Salud Mía. Mire el número de funciones que tiene, tiene 19 funciones el Gestor de Servicios de Salud, purifique las funciones, déjelas en contratación, en auditoría de facturas y en auditoría de cumplimiento de metas, en ordenes de giros, en administración de información y punto. No más, el resto le está sobrando y le está generando zonas grises para la administración, que le van a complicar a usted la evaluación posterior de esos Gestores. En ese capítulo de Gestores de servicios de salud, está el artículo 32, que es el de la integración vertical.

A alguien le está sonando un reloj por ahí.

En el capítulo de integración vertical, yo creo que eso, le decía a usted, si uno quiere ser muy práctico también, simplemente mire el caso Colombia de los últimos veinte años y sabrá porque no se debe hacer integración vertical. De todas maneras, todos las evidencias sobre no calidad, libertad, disminución de la libertad de escogencia, conflicto de intereses, corrupción, problemas anticompetencia, están resumidos en el caso colombiano de los últimos años. Creemos nosotros que usted debe evolucionar, a que la integración vertical sea cero.

Pero mire usted una paradoja, en el mismo artículo habla de integración horizontal. Entonces la pregunta que uno se hace, a ver cómo se entienden las redes integradas si no son integración horizontal, son solamente cooperación horizontal o lo mismo, las cooperativas de hospitales que han avanzado en la búsqueda de eficiencias, yo creo que ese es un punto que debería aclararse. Y los reconocimientos económicos de los Gestores. Mire, también hágalo de manera sencilla, se les debe remunerar por una administración, que es un básico y si lo hacen muy bien se les da un plus, un pago por desempeño, pero cuando usted sigue manejando el concepto de unidad de pago por capitación, que creo que ya no se debería manejar, debería haber un cálculo contable o un cálculo actual allá arriba, pero no es una unidad de pago por capitación.

Cuando usted les permite a ellos que reserven un porcentaje de la prestación allá arriba y que en ese porcentaje se hagan excedentes en la prestación, usted va a eternizar, va a pasar de este sistema un problema grave al siguiente sistema. No debe haber excedentes allí, permítalos que tengan un plus, una ganancia adicional por pago, por desempeño, por resultados, pero no permita que esos resultados sean excedentes por la negación de servicios, por las barreras de acceso, por el no permitir que la gente entre. Ahí tenemos una discusión importante y larga que dar.

Ya voy a terminar, el Capítulo VI de la cobertura complementaria en salud. Miren, cobertura complementaria en salud, creo que hay una buena intención, pero mire lo que usted está juntando, usted mezclando un sistema general, obligatorio, con dinero públicos y en algunas ocasiones subsidiado, con un sistema que es privado, voluntario y netamente gasto de bolsillo. La intención es buena, lo del trasteo de la UPC, pero eso va a generar tantos problemas, que va ser imposible de controlar. Usted al final va a tener que reservar parte de su presupuesto para pagar todas las selecciones adverso a sus selecciones de riesgo que se van a dar, por lo tanto nosotros creemos que por muy buena que sea la intención, ese capítulo no debería estar incluido en el proyecto de ley.

Con respecto a inspección, vigilancia y control, solamente dos comentarios. Una cosa positiva, que es positiva negativa, es la oralidad, que nos va a evolucionar hacia un sistema más rápido, pero ojo, en aras de la brevedad ojo con el debido proceso. Nos da mucho temor que en esos procesos abreviados no se respeten los debidos procesos. Sí, nos parece muy positivo, el cincuenta y uno, el artículo cincuenta y uno, que la conciliación cuando no se cumplen los compromisos, eso se convierta en una conducta punible, sí, porque hoy esa es una de las cosas que están pasando y no se respeta ninguna conciliación.

En las transiciones, Ministro, las transiciones están muy largas, donde usted tenga esa transición y la permita de dos años, se van a terminar de llevar todo lo que les queda en el sistema de salud. No, una transición tiene que ser rápida, tiene que ser casi que inmediato. Yo creo que el país está maduro y tienen ustedes combustible político y tienen voluntad política en el Congreso de la República, para hacer una transición más corta.

En las disposiciones finales hay tres cosas importantes: la primera, el fondo de garantías. Nosotros estamos poderosamente de acuerdo con el fondo de garantías, pero ahí lo que usted tiene que hacer es mejorar la redacción, de manera que esa parte donde se dice que usted puede participar transitoriamente como Gobierno en el capital de los agentes, eso que ha generado tanta ampolla, se tiene que eliminar, de manera que el fondo quede nítido, como un fondo de salvamento que va a permitir que los hospitales puedan recuperar los dineros que emprendieron en la prestación de los servicios, que no les han pagado, las carteras se puedan resolver, pero eso sí, que el Estado le meta mano a esos deudores morosos y usted no puede permitir que se pierda la titularidad de esa deuda. Le hago una sugerencia, haga que la DIAN sea la que les cobre la plata a esos deudores morosos, que ellos sí son especialistas en eso y a ellos sí no les permiten ningún tipo de bromas.

El nombramiento de los Gerentes, hay que encontrar un punto medio, ese punto medio es bastante difícil, pero ya hay algunas sugerencias. Lo que nosotros creemos que es que usted debe mantener la meritocracia, pero también tiene que tener un sentido de realidad política. Hay varias opciones, una: hacer un concurso nacional, con unas listas de elegibles que sean apropiadas a nivel local o un concurso también para que los evaluadores, digámosle las Universidades estén acreditadas para hacer eso y no se permita el manoseo local, ahí hay muchas cosas que discutir.

Lo mismo que queríamos hacer una pregunta: ¿Qué es lo que quieren hacer con el artículo 65? Que son esa serie de facultades extraordinaria, que yo creo que tienen por debajo una reforma laboral. Creo que eso hay que hacerlo, pero ojo, la reforma laboral, la pregunta es ¿con que plata se va a hacer y con qué profesionales y trabajadores de la salud se va hacer? todos queremos en el sector hospitalario tener a toda nuestra gente en planta de personal, pero ¿Dónde están y con qué plata se va a pagar eso?

En las vigencias y derogatorias, que es el primer artículo que uno lee en un proyecto de ley, se derogan el consejo nacional de seguridad social, se acaban cosas de RIPS y se acaba el defensor del usuario. Eso me da pie para entrar a los faltantes, ya para terminar mi presentación. Entonces, esto que le acabo de decir son algunas observaciones puntuales en el articulado con sugerencias para mejorar, pero hay una serie de faltantes que son grades: primero, atención primaria en salud, me va a decir usted que eso está en la 1122 y que no hay que repetir, hay que tener un sentido como de economía o de practica en la redacción de las leyes, pero a nosotros sí nos parece que atención primaria en salud tiene que ser uno de los capítulos centrales de este proyecto de ley.

El sueño es que uno pueda tener un solo texto donde esté y uno pueda entender cuál es el sistema de salud que tiene en Colombia, no esto que uno abre y abre y abre documentos para ver qué está vigente, qué se derogó, qué está funcionando. Debe haber atención primaria en salud, nosotros creemos que la verdadera locomotora en Colombia derivada de este sistema es la atención primaria en salud, revise los componentes de 1122 y 1438. Usted allí puede hacer confluir tres sistemas: el sistema de empleo, el sistema de educación y el sistema de salud. Eso se puede hacer con atención primaria en salud y además, la única manera noble de frenar la demanda incontenible de servicios que tenemos hoy y la demanda incontenible de infraestructura hospitalaria que tenemos hoy, es a través de atención primaria en salud, que eso va a impactar en esa ecuación de costo igual la frecuencia por precio; la parte de frecuencia que no la estamos tocando inmóblemente hoy, sino a través de barreras de acceso, se puede manejar mejor a través de atención primaria en salud.

El segundo gran faltante es el tema de redes integradas de servicios de salud. Recoja cosas de la 1438, pero eso sí, teniendo en cuenta que es con criterios de autodeterminación.

Y por último, el tema de la Gobernanza, Ministro, sí nos preocupa mucho que el Gobierno este captando tanto poder y que no haya un esquema de pesos y contrapesos. Le decía a usted informalmente, creemos nosotros que después de que funciono la CRES, se eliminó, se extinguió el funcionamiento

del Consejo Nacional de Seguridad Social, creció la conflictividad al interior del sistema y eso es porque esa válvula de escape que era el Consejo Nacional de Seguridad Social, dejó de funcionar. Creemos nosotros que es una buena oportunidad para que usted, así en el mismo lenguaje que dicen es Salud Mía, Mi Plan, yo le sugeriría que hiciera Mi Junta o Mi Consejo Directivo, que fuera el Consejo Nacional de Seguridad Social nuevo, que permitiera la participación social de los actores más importantes del sector, eso le daría a usted una mayor gobernabilidad y le daría más transparencia y haría realidad el esquema de participación social.

Debo decirle, señor Ministro, que no hay que tener temor, yo creo que este sistema está curado de espantos. Nosotros hemos visto todas la serie de observaciones y de miedos que quieren inculcar en este momento, yo creo que más miedo que a la situación actual, no se puede tener. Esto para nosotros es una esperanza, es una vía de solución, queremos participar y aportarle en un esquema de colaboración crítica, todo lo que nosotros podamos saber desde el sector hospitalario, para que esto funcione bien. No creo yo que el país tenga más espacio o más tiempo para esperar con respecto a esta reforma y esperamos que esto se pueda dar este año.

El último comentario es el siguiente: hay una secuencia que no se puede olvidar, crisis, transición y reforma. El hecho de que estemos viendo la reforma, no nos puede dejar olvidar que hoy tenemos una crisis grave que afrontar, que usted tiene herramientas en la mano que implementar, como la Ley 1608 de cuentas maestras, como el giro directo, como la subcuenta de garantías, como el Fonsaep y como otra serie de mecanismos que nos pueden a nosotros ayudar a pasar mejor de aquí, hasta que tengamos como realidad el nuevo sistema de salud. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Juan Carlos. Señor Ministro tiene la palabra.

Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria:

Bueno, buenas tardes para todos, muy complacido de oír las diferentes inquietudes. Seguimos tomando nota y aumentando el grosor de todas estas inquietudes que hemos recibido ya en varias semanas de debate.

Voy a hacer algunos comentarios puntuales, no muy largos, aclaratorios en su mayoría. Tomare posiciones fuertes sobre dos o tres de los puntos que se han hecho. Yo creo que estamos de acuerdo en muchas cosas.

Quiero comenzar con algunos temas generales para ya entrar en materia y empiezo con uno, doctor Andrés, con la nostalgia, la bobita, la pendejita, dice un coterráneo nuestro, Fernando Vallejo. Hay algo de nostalgia en los análisis y diagnósticos de nuestro sistema de salud desafortunadamente, algunos quisieran volver al pasado, algunos añoran una edad dorada que creo que nunca existió, no usted, pero algunos y eso hace parte, dijéramos del debate de todos los días y eso a veces dificulta las cosas. Pero no es la nostalgia lo que me preocupa, es dijéramos otro tema u otra postura intelectual, llamémosla así en este debate. Y es cierta inercia de la crítica, que

yo creo que es una consecuencia de la crisis, cuando uno lleva mucho tiempo de crisis, simplemente se acostumbra a criticar y a veces se le pega la aguja para utilizar un símil de otra.

Me preocupa por ejemplo, doctora Olga Lucía, que usted haya mencionado como parte de los inaceptables o de las sugerencias al final de su presentación, que la reforma olvida el giro directo. La reforma está haciendo lo contrario, la reforma está generalizando el giro directo. Recuerden que los recursos están acumulados en Salud Mía y se van a girar todos, insisto, desde Salud Mía a los prestadores. O que se diga que estamos olvidando el tema de los resultados en salud, como una de las innovaciones. Teniendo en cuenta que una de las innovaciones que se hace es la contraria, estamos diciendo que los Gestores de Servicios de Salud se van a remunerar de manera importante, por los resultados en salud. Entonces yo creo que para que este debate sea productivo, yo creo que lo ha sido esta tarde, debemos no solo dejar atrás la nostalgia, doctor Andrés, sino esa inercia un poco extraña de la crítica, porque es endilgarnos cosas contrarias a las que estamos haciendo o diciendo o proponiendo en el proyecto de ley.

Sigo con otro tema que yo creo que también es interesante, es una reflexión que pensaba mientras todos hablaban y es que esto es difícil, es complejo. Si ustedes miran esta tarde aquí, en varias de las intervenciones, a pesar de que hay, dijéramos, cierta conjunción en los intereses y más o menos uno ve las propuestas apuntando en un mismo sentido, hay propuestas diferentes y yo podría resumir varias de las cosas que se dijeron, porque aquí hay agentes, todos prestadores, pero que a veces tienen objetivos que son no contradictorios, pero que no todos apuntan en la misma dirección. Los Hospitales Universitarios dicen: nosotros somos distintos. Algunos de los hospitales más importantes de este país, el Pablo Tobón dice: somos distintos porque brindamos calidad. Los pediátricos dicen: somos distintos, porque de alguna manera de nosotros depende el futuro de este país o están los niños y además nos han dejado de lado, en lo que ha pasado con la crisis del sistema, un punto innegable. Y los hospitales públicos también dicen: somos diferentes, somos más costosos y merecemos un tratamiento especial.

Esa complejidad, yo creo que se expresa, expresada aquí esta tarde, hace difícil diseñar cualquier reforma, porque casi sobra decirlo, conciliar esos intereses no es fácil y mal haríamos nosotros simplemente en decir: sí, todo el mundo es distinto y, por lo tanto, todo el mundo debe tener un tratamiento especial en la reforma. Sería muy difícil y estaríamos yendo en contravía de uno de los principios que mencionó y enfatizó de manera muy importante el doctor Juan Carlos Giraldo y es, esto tiene que tener algún nivel de simplicidad.

Entonces desafortunadamente la reforma trata de hacer eso, no darle gusto a todo el mundo, que sería imposible, sino de plantear de manera general, flexible, como lo he manifestado en varias veces, algunos incentivos, que creemos apuntan a satisfacer el bienestar general, pero va a ser fácil, no solo darle gusto a todo el mundo, sino incorporar en la reforma intereses legítimos, que uno quisiera satisfacer.

El tema ustedes lo saben, el tema del pago por calidad por ejemplo, es una pretensión vieja, no ha sido implementada casi en ningún sistema de salud del mundo, es muy difícil, complejo por su misma naturaleza. Tenemos una disyuntiva compleja, producto de veinte años de problemas en nuestro sistema de salud, con algunos de los hospitales públicos, sobre todo los de mayor complejidad, que hoy representan menos del 30% de la oferta en el país. Hay una gran obsolescencia tecnológica, atrasos de una generación, muy difíciles de resolver, en capacidad de competir en un sistema donde en ese nivel yo creo que la competencia es más o menos inevitable. Si se quiere una postura crítica por parte del Estado y muchas veces contradictoria. Pero no es fácil resolver el problema plenamente y cualquiera de las dos soluciones extremas; o compita simplemente, si no puede competir entonces asuma las consecuencias o yo lo subsidio plenamente y entonces permito mantener de manera simultánea con un sistema muy productivo y mejor, un sistema ineficiente y eso no es fácil.

Entonces yo entiendo las angustias de todos ustedes, cada una tiene una justificación, muchas de ellas completamente válidas, pero es difícil, vuelvo y repito, incorporarlas plenamente en la reforma.

Empiezo con un primer punto, que yo lo podría denominar “debates superados”, algo que hemos venido aprendiendo en estas dos otras semanas y algo que yo podría describir como cierto propósito de enmienda o cosas que ya vamos a incorporar como resultado de las discusiones públicas, como resultado de las advertencias, son errores que cometimos, tal vez, algunos de ellos no completamente deliberados, algunos de ellos basados en buenas intenciones y los menciono: el primero tiene que ver con la mención que se hace al comienzo del artículo, en las disposiciones generales sobre la salud no como un derecho fundamental sino como un servicio público. Lo hicimos de manera deliberada y lo hicimos porque sabía que el país estaba discutiendo una reforma estatutaria y quisimos mantener los temas de derecho fundamental en la reforma estatutaria y como aquí nos íbamos a centrar más en los temas que ustedes nos han dicho, de regulación del mercado que a un énfasis importante en la reforma, así lo definimos. Tal vez como resultado de cierto prurito ortodoxo, no simplemente declarar un derecho fundamental en una reforma ordinaria, cuando eso es materia de la ley estatutaria, pero así lo haremos. No queremos confundir y veo que esto ha generado confusiones innecesarias.

Algo similar vamos a hacer con el numeral 10 del artículo 4°, que habla del tema de inembargabilidad, alto tenemos que mantener de inembargabilidad porque si estamos creando Salud Mía, algo que no podemos hacer es correr el riesgo que los recursos vaya a ser embargados allá arriba y se paralice completamente el sistema de salud. Ese seguro lo tenemos que tener.

Hablamos de que los recursos dejaban de ser públicos, porque como todos iban a ser girados directamente a los prestadores y ahí podemos tener algunas dudas con el tema de integración vertical, creímos que eso era más o menos obvio y creímos que en todo caso hay falta de claridad sobre la naturaleza de los recursos en la cadena, en este momento en el sistema. Creímos que esto no iba a generar ningún tipo

de debate, que era algo más o menos obvio, que en el momento en que al hospital se le pagara la cuenta, los recursos son necesariamente privados. Pero alguien puede decir: bueno, ¿qué pasa si el hospital es público? Tenemos que redactar eso mejor y lo vamos a quitar de ahí y nos podemos sentar entre los que quieran, a mirar como redactamos bien ese artículo, que brinde claridad en un punto donde hay algún tipo de incertidumbres.

Lo mismo diría yo con el tema del salvamento, lo que se hace en el primer artículo de las disposiciones finales, donde creemos que debemos reiterar lo que ya existe en nuestra normatividad, esto debe ser un fondo de salvamento, no para las EPS, para los hospitales públicos y privados. Sí hay algunos temas de redacción que han generado confusión, estamos dispuestos a sentarnos con los que quieran, a mirarlo mejor y a brindar claridad y que exista una necesaria comunión entre nuestros propósitos queden claros y de pronto la redacción, que fue innecesariamente confusa. Entonces sobre eso yo creo que no debe quedar ninguna duda de cuáles son nuestras intenciones y nos sentamos con el que quiera, para que esas intenciones queden plasmadas como tienen que quedar plasmadas, en un texto que sea transparente, claro para todo el mundo, esas son las intenciones. Yo creo que en eso yo lo he dicho públicamente, uno a veces dice las cosas, las repite, las reitera y no le creen, pero lo redactaremos juntos y haremos claridad.

Lo mismo podríamos decir acerca de un debate que no ha surgido esta tarde, pero que también ha hecho parte de las deliberaciones, en el tema de la tutela por ejemplo. No estamos queriendo, ni intentando, ni promoviendo limitar la tutela, hemos dicho muchas veces de manera clara, que la tutela debería ser un mecanismo excepcional, que la tutela no debería ser la forma corriente para acceder a servicios de salud. Muchas veces cuando se diagnostica la crisis del sistema, se dice: "mire, el número de tutelas como está creciendo". Ese diagnóstico apunta exactamente en esa dirección, a decir: "un número creciente de tutelas es un síntoma que hay problemas en el sistema de salud" y como queremos aliviar algunos de esos problemas, por ejemplo con la nueva definición del plan de beneficios, más integral, implícita, basado en esta lista explícita de negaciones, creemos que se pueden presentar unas tutelas y creemos que eso es conveniente.

He dicho, eso sí, yo creo que eso es importante, no hace parte de esta discusión, hará parte de otra discusión de la ley estatutaria, que el país tiene que dar un debate necesario, complejo, con grandes implicaciones éticas, debate que están abordando todas las democracias modernas, sobre cuáles son los límites del derecho fundamental a la salud. Así lo ha dicho la Corte Constitucional una y otra vez, tiene que haber límites y muchas veces también ha dicho un tema más complejo, discusión que no vamos a abordar en esta reforma y es que el acceso al derecho sí puede estar mediado por la capacidad de pago. Pero vuelvo y repito, son debates no de la ley ordinaria, no del proyecto que nos concita esta tarde, sino de otro debate más complejo, insisto, con grandes repercusiones éticas, muy difícil, pero de alguna manera necesario y yo diría, desde una perspectiva de mediano plazo, inevitable.

Ningún país del mundo le dice que sí a todas las tecnologías que tienen algún tipo de eficacia, ninguno, no podemos pretender en Colombia, un país de ingreso medio que está creciendo, pero que tiene, dijéramos, un producto por habitante que es apenas una quinta parte de los países desarrollados. No podemos pretender, insisto, pagarlo todo. Ese es un punto, sobre algunos de los debates, creo yo, ya superados o que me gustaría superar de una vez por todas, simplemente es cuestión de afianzar nuestra credibilidad, un derecho fundamental, recursos públicos, no estamos queriendo ni vamos a privatizar los recursos de la salud. ¡Ah!, incluso insisto en otro aquí, uno importante, el Capítulo V sobre los seguros voluntarios. Lo podemos revisar también, pero hubo un debate interesante al final del año pasado, en la reforma tributaria si ustedes bien recuerdan, cuando la reforma tributaria trata de aumentar el IVA a la medicina prepagada y en una primera versión de esa reforma tributaria, ese IVA fue del 15%, después terminó siendo menor, apenas del 5% y después había aumentado el 5% y muchas de las compañías de seguros aumentaron las primas de la medicina prepagada, mucho más de lo que los colombianos estaban esperando y muchos colombianos estaban esperando 10, 12, 15%. Aquí hay un tema sensible para la opinión pública, de un tema que es más o menos inevitable, por el crecimiento de la clase media en Colombia, por una razón u otra, yo creo que los mercados de medicina prepagada van a aumentar y eso lo veremos así, y yo creo que si eso es así, eso es así, eso va a pasar inevitablemente. Si eso es así, tenemos que tener mayor claridad sobre cómo una cosa se relaciona con la otra y lo que tenemos hoy en día, creo que es injusto con la gente, porque mucha de la gente está pagando dos veces. Si quieren que en la ley no este, pues no este, pero tarde o temprano el país tendrá que dar ese debate y tendrá que darlo de frente.

Aquí, en este debate, lleno de suspicacias, muchas veces se ha interpretado, dijéramos, esa parte como una forma de favorecer las compañías aseguradoras. Nuestro propósito era contrario, era simplemente eliminar una ambigüedad que estaba favoreciendo las compañías de seguros, ambigüedad sobre la que la Contraloría había llamado la atención una y otra vez. Podemos revisar la redacción, hubo algunos puntos de la redacción que no fueron del todo claros allí, pero yo creo que también es un debate que estamos dispuestos a dar, pero no es en ningún sentido inamovible de la reforma. Pero créanme que este país seguirá aumentando y va a haber una demanda por los temas de medicina prepagada, inevitablemente.

Quiero dar ahora otro debate, no sobre estos temas donde yo creo que ya tenemos un acuerdo, sino sobre otro tipo de temas, que de alguna manera definen el alcance de la reforma. Debates más complejos. Desde un principio creímos que no deberíamos meternos ni con los riesgos laborales, ni con el servicio social obligatorio, ni con los regímenes especiales, porque de alguna manera éramos conscientes que una reforma no puede abordar todos los temas. Somos conscientes que con riesgos laborales y con el SOAT hay un debate, dijéramos, muy de fondo, un debate donde hay dos posturas contrapuestas. Si usted analiza este tema desde la óptica de los prestadores, dice: "eso es más o menos lo mismo", pero si usted lo analiza desde otra óptica, también válida desde un

asegurador, dice: “estos son modelos de mecanismos completamente distintos, porque la gestión de riesgo del SOAT o la gestión de riesgo de una ARL es muy distinta a la de una EPS”, dicen algunos de ellos y eso justifica tener estos sistemas. Algunos dicen: ¿se justifica un seguro obligatorio de accidentes de tránsito con cobertura universal? ahí tenemos dos posturas, ambas igualmente válidas, debatibles, pero estos son recursos importantes del sector y yo creo que unificarlos hoy en día, en medio de una crisis que tiene muchas aristas, yo creo que sería confundir las prioridades y eso fue lo que quisimos hacer, ese fue nuestro criterio y en eso creemos que no vamos a cambiar, no queremos meternos ahí.

Otra cosa tiene que ver con otro criterio que es distinto, cosas que son importantes, que creemos que deben hacer parte de las prioridades de política pública, pero en las que no quisimos caer en una especie, dijéramos de santanderismo para hablar claramente y es lo siguiente: temas de talento humano, son muy importantes, son tal vez casi tan importantes como muchas de las cosas que estamos haciendo, pero nadie pudo convencernos de unos cambios normativos necesarios en los temas de talento humano, incluso le he puesto la tarea a varias de las facultades de medicina del país, algunos están preparando unos artículos, estamos dispuestos, si alguien nos convence, allí van los artículos. Lo que no queremos es convertir esta ley en una ley de enunciados o de titulares, o de propósitos, o de saludos a la bandera. Si alguien nos convence, buenamente, de que aquí hay algunos artículos de talento humano o algunas disposiciones normativas de talento humano importantes, lo hacemos. Pero los retos de talento humano del país son de otra naturaleza, no son retos normativos, son retos de construcción de capacidades en la sociedad, en los médicos generales y son retos de aumentar la oferta, donde hemos tenido por parte de algunas universidades y por parte, digámoslo claro también, de las sociedades científicas, ciertas reticencias que habrá que vencer una a una.

Lo mismo con el tema de atención primaria, pero también estamos dispuestos, eso se lo he dicho al Senador Ballesteros, de que hagamos algo de atención primaria sí se necesita. La atención primaria que ha funcionado, como por ejemplo como funciona en Barranquilla, que la hacen las EPS, no la hace la entidad territorial, ni la hacen los prestadores, funciona con la normatividad que tenemos y funciona bien. Si hay algunos obstáculos que son meramente normativos y alguien los identifica y nos traen los artículos, para eso sirve este diálogo social, estamos dispuestos a incorporarlos. Pero no sé, de pronto por venir de otro mundo, de pronto por haber sido un ingeniero extraviado por aquí, donde me educaron que lo importante en la vida era tal vez encontrar soluciones concretas para problemas concretos, a veces le tengo cierta o a veces tengo cierta resistencia a la demagogia legal, a prometer en las leyes un montón de cosas, a hacer un montón de propósitos vacíos y dejarlos ahí. Entonces yo creo que las leyes también deben ser transparentes en ese sentido, deben apuntar a solucionar problemas, no a afianzar más un Estado retórico que a veces tenemos.

Quiero decir algo sobre otro punto, que ha animado las discusiones de las últimas dos semanas y es las aparentes incoherencias, o aparentes no, yo creo que las incoherencias evidentes entre los dos proyec-

tos, el de ley estatutaria y el de ley ordinaria, no las podemos negar, ahí están, las estamos corrigiendo. Hemos trabajado en el Gobierno, en una cosa que uno podría llamar “una ponencia preliminar de la ley estatutaria”, ya no tiene 14 artículos, ya tiene 18, ya avanza en el contenido estatutario propiamente dicho y ya corrige una parte de esas incoherencias y ya hace los dos proyectos compatibles y consistentes. Los proyectos, ustedes bien lo saben, están metidos en este debate, tienen o tuvieron un origen distinto; el proyecto de ley estatutaria nació como una propuesta de la junta médica, que el Gobierno avaló, de afán tal vez en una reunión y, por lo tanto, eso hay que perfeccionarlo, en eso estamos, tratando de hacer coherentes las dos cosas y ya tenemos, dijéramos, un proyecto de ponencia de ley estatutaria, que es coherente.

Quiero empezar con los temas más puntuales y empiezo con uno muy complejo y tiene que ver con el tema del diseño institucional de los gestores de servicios de salud, de algunos de los temas fundamentales. Yo creo que hay dos puntos que constituyen la nuez, el núcleo, de los desacuerdos: el primero tiene que ver sobre quién maneja o quién controla la red y el segundo tiene que ver con el tema de los excedentes o el ánimo de lucro. Esos dos puntos son, dijéramos, fundamentales.

Voy a referirme primero al segundo, que es el más complejo. Ya lo he explicado en varios escenarios, pero podría tratar de explicarlo nuevamente, también tenemos la mente abierta pero quiero que entre todos seamos conscientes de la complejidad. Si uno genera un gestor de servicios de salud que sea simplemente un administrador, uno hace una lista de tareas, podemos perfeccionar las tareas, hacerlas más claras y dice: “yo le voy a remunerar por esas tareas”, cómo funcionan las administradoras de fondos de pensiones por ejemplo. Eso podría encarnar, creo yo, un peligro y podríamos repetir algo que país ya vivió, o padeció, o sufrió, que es el tema de los recobros y si alguien me dice cómo evitamos este problema, nosotros podríamos quitar el tema de los excedentes, el ánimo de lucro. Pero es un problema grave y es que el Gestor y el Prestador pueden simplemente entrar en colisión y los incentivos estaría alineados, para ponerse de acuerdo y pasarle la cuenta al Estado y eso no es ciencia ficción, no es un invento mío, eso, señoras y señores, pasó con el tema de los recobros, donde los incentivos, en este caso no deliberados, espontáneos podríamos decir, que se fueron dando en la medida en que con esa inflación normativa, se fue diseñando sobre la marcha el sistema de recobros, se dieron para eso, para que todo el mundo se pusiera de acuerdo para cobrarle al Estado y todo el mundo se puso de acuerdo: EPS, Prestadores, farmacéuticas, médicos, pacientes, todos alineados para hacer lo mismo, para mandar la cuenta al Fosyga y de cien mil millones de pesos pasamos a dos billones de pesos, en un año largo.

Si ustedes han mirado los debates que se están dando en el mundo sobre este tema, son debates que apuntan sobre esto, doctor Andrés, hablamos hace un tiempo de la revista *Time*, que trajo un artículo hace un mes largo, tal vez sesgado sobre el tema de la prestación en Estados Unidos, pero uno encuentra datos como estos: el acetaminofén, en las facturas de un hospital en promedio vale diez veces más que en la farmacia cruzando la esquina, y si de pronto uno

no tiene un Gestor de Servicios de Salud, alguien que no puede tener ese solo incentivo porque ahí si nos estaríamos equivocando y estaríamos reproduciendo los problemas actuales, pero vuelvo y repito, si esta persona no tiene el incentivo de decir: ¿Por qué esto vale diez veces más? yo simplemente le paso la cuenta y le digo “no estoy de acuerdo”, la glosa, porque no hay otra forma. Podríamos tener después de la ley, un año donde todo el mundo está contento, no hay glosas, tenemos el mejor flujo de recursos de la historia, Salud Mía concentra todo el aseguramiento, es un aseguramiento social pleno, pero se hace insostenible en nuestro sistema de salud. Por eso yo creo que aquí hay, si se quiere, una visión nuestra, yo a veces la he denominado una visión trágica, en un sentido que creo que si no hay conflicto, si no hay una tensión necesaria entre quien paga y quien pasa la cuenta, va a haber problemas muy graves de sostenibilidad y desafortunadamente el Estado no puede hacer esa labor, no la puede hacer hoy en día porque las capacidades estatales no existen de auditoría y de mucho más, y además el Estado es mucho más susceptible a ese tipo de presiones.

Entonces lo único que estamos diciendo es que este señor Gestor de Servicios de Salud tiene que tener varias funciones, no puede ser esa única, porque hay, vuelvo y repito, las barreras serían todas o los incentivos, mejor, serían todos para hacer barreras de acceso, tiene que dar resultados de salud a la población, pero si no le decimos a este señor, “si usted se queda con algo de la plata que yo le estoy dando”, ¿Dónde van a quedar los incentivos? Y ¿Cómo vamos a evitar la colisión entre uno y otro? Estaríamos acabando con el aseguramiento, creando un sistema simplemente con aseguramiento social pleno, Salud Mía sería el único asegurador de la población, que tendría tercerizado un servicio de revisión de facturar con dos o tres funciones pequeñas.

Los incentivos de ese sistema se me parecen mucho al sistema de recobros, desafortunadamente y eso podría tener consecuencias nefastas para nuestro sistema de salud, esto no es una defensa acérrima, yo lo he dicho muchas veces, ni ideológica de las utilidades. El incentivo es perverso si uno lo deja ahí, Senadora usted tiene razón, por eso estamos diciendo: aquí hay otros dos incentivos; hay un incentivo también muy importante, para generar resultados en salud de la población e incluir algunas de las cosas que ustedes han dicho aquí, por ejemplo los resultados en salud de los niños, por ejemplo los temas de salud pública que han sido mencionados esta tarde también una y otra vez. Algunos de los temas de calidad podrían ser incluidos ahí. Nosotros ya tenemos una presentación y la podemos hacer con calma, que muestra cómo estaríamos pagando eso. Y se dice en la exposición de motivos y lo reitero aquí, que si no hay resultados en salud el Gestor no va a ser viable, pero desafortunadamente tenemos que ponerle esa otra camiseta: dar resultados en salud pero también cuidar la planta y va a tener esa naturaleza híbrida, muchas veces la han criticado, pero en los sistemas de salud modernos tenemos que conjugar las dos cosas y la sostenibilidad no es un embeleco neoliberal, los recursos son finitos y la presión tecnológica de este sector es inmensa, ustedes todos los saben. En los Estados Unidos, ustedes ya lo saben, ya saben lo que ha pasado, el 20% de la producción se va a pagar la salud. Esto no es fácil, no.

Entonces yo simplemente quisiera transmitir un sentido de dificultad, no es un inamovible, hay que pensarlo y tenemos que pensar cómo vamos a diseñar unos incentivos que garanticen el acceso, eliminen todas estas barreras antipáticas, pero a su vez garanticen la sostenibilidad y ningún sistema de salud ha resuelto plenamente este tema y la sostenibilidad, Senadora, no está descansando solamente en esto, mal lo haríamos, por eso estamos planteando y de alguna manera desarrollamos en la ley algunos puntos que también son polémicos y también tenemos que hacer bien de la política farmacéutica, desde referenciación de precios, controles de precios que tendremos en el próximo mes, hasta competencias en el tema biotecnológicos, hasta conceptos que tiene que dar el Ministerio de Salud en los temas de patentes medicas e incluso la misma eliminación de la Comisión de Precios de Medicamentos, que parece antipática, pero no es una concentración de funciones del Gobierno, es una concentración de funciones en el Ministerio de Salud, para que sean los temas de salud pública y no los temas empresariales los que primen a la hora de fijar los precios de los medicamentos, que también estamos avanzando en ese sentido. Y estamos avanzando en otro sentido. Ustedes no sé si leyeron hoy la columna del doctor Esguerra en *El Espectador*, que habla del tema de Colpatria y lo que está pasando con los afiliados de Colpatria, que evidencia otra de esas características antipáticas del sistema, lo que se llama selección de riesgo, descreme, nadie se quiere quedar con los pacientes de alto costo, todo el mundo tratando de deshacerse de ellos, por eso creemos que el mecanismo de reaseguro que contempla la ley, donde le va decir a algunos de los Gestores de Servicios de Salud: “si este paciente vale más de doscientos o doscientos cincuenta millones de pesos al año, quinientos, ya lo haremos, eso se reasegura por todos” y ahí si el reaseguro es social, está arriba, no es que el Estado lo esté pagando el reaseguro, es que entre todos como un mecanismo colectivo lo hace y ahí, vuelvo y repito, los concentramos en la gestión de riesgos, que es lo que decía la doctora Olga Lucía que no han hecho, no tanto en la selección de riesgo. Porque desafortunadamente ustedes saben cómo es la microeconomía de estos Gestores, el 1% es de los pacientes, explica el 50% del gasto, es complejo.

Entonces no sé, cada vez que uno se enfrenta a estos problemas, a veces la complejidad nos hace, yo creo que llevar a uno a un punto, doctor Juan Carlos, que usted planeta pero que es difícil y es como en un tema tan complejo hacerlo todo simple. Usted propone una cosa, roles bien definidos, estamos casi de acuerdo, pero desafortunadamente creo que en el tema de los incentivos, no todos, va a ser fácil, no todo va a partir de un diseño muy simple.

Paso en el tema de quien controla la red. Yo creo que ustedes tienen razón, la forma cómo está redactado el proyecto de ley, parece darle un control exagerado de los Gestores de la red, tiene razón. Lo que estábamos diciendo era el Ministerio va a revisar esa red, pero eso no es suficiente, tenemos que bregar a tener un mejor equilibrio entre dos mundos, que yo creo que, entre dos polos, que ninguno de los dos es posible: uno de una red controlada plenamente por el Gestor y otro un tema que tampoco creo que sea posible como es libre adscripción plena, donde básicamente no existe red y al Gestor le empiezan a

llegar facturas de todas partes, eso tampoco lo vamos a poder hacer, tenemos que tener alguna red. Ahora, no sé si el tema de las redes integrales de servicios de salud es la salud, yo creo que no, la red integrada de servicios de salud, ¿Por qué no funcionaron en la 1438? porque no podían funcionar, se le echa la culpa al Ministerio, no cargo yo con la culpa, no estaba yo por aquí, ni me imaginaba que iba a estar hablando aquí, ni en el peor de los sueños me imaginaba yo estar acá. Uno tiene que haber hecho algo muy malo en la vida para que lo nombren Ministro de Salud, pero bueno, algún pecado cometí por allá en una vida pasada, no se cual fue, pero alguno tuvo que haber sido y grave. No, no, no, esto es un castigo por algo que ya se hizo.

Entonces decía que las redes integrales de servicios de salud, se cogió eso de la Organización Panamericana de la Salud y se puso ahí en la 1348, y ese es un modelo diferente, es un modelo que yo creo que riñe con el modelo de aseguramiento, ese es un modelo ofertista. En las redes integrales de servicios de salud si a los señores se les acaba la plata por allá en septiembre o en octubre, es el Estado de nuevo quien está asegurando todo, entonces ahí comienza a haber una tensión de nuevo, entonces cuando a uno le superpone a uno modelo de aseguramiento unas redes definidas de esa manera, crea un problema y al crear un problema las vuelve muy difíciles de reglamentar, porque en el fondo tiene dos visiones contradictorias como parte del mismo cuerpo normativo.

Entonces mi invitación es reflexionemos un poco, cómo podemos encontrar de nuevo un equilibrio, así como en el tema de los incentivos, entre esos dos mundos opuestos, porque no queremos darle todo ese poder a los Gestores de Servicios de Salud, nos equivocaríamos y básicamente eso generaría, incluso todo tipo de corrupción; imagínese ese señor con la llave a decir: este hospital entra, este no. Sería el peor de los mundos, ahí tenemos que hacer algo mejor de lo que tenemos.

Digo algo sobre un tema que ha sido polémico, a mí me parece una discusión bastante interesante, esa me gusta y es el tema de los gerentes de las ESE, y me gusta porque es otro de esos temas que tampoco tiene solución, complejo y aquí ya se dijo: vamos a buscar un equilibrio. Si estos temas tuvieran solución ya los habríamos hecho todos hace rato. Entonces por eso estamos dándole vueltas necesarias a este asunto y encontraremos creo entre todos una solución, no sé si óptima, pero por lo menos que nos permita resolver algunos los problemas más urgentes.

Pero vuelvo a los gerentes. Estuve el viernes anterior en Cartagena, conversando con muchos de los alcaldes de este país, había allí más de ochocientos alcaldes, y empezamos a hablar del proyecto de cuentas maestras, entre otras cosas. Si ustedes vieran el conflicto que hoy existe entre alcaldes y gerentes de las ESE, sobre todo de las ESE de primer nivel y miren un poco cómo uno mete la pata sin darse cuenta. En la 1608 nos habíamos inventado un tema que era interesante, lo llamábamos el subsidio de oferta puro, los aportes patronales. En un ataque de generosidad o tal vez de sentido común, dijimos: los aportes patronales van a ser girados a las Empresas Sociales del Estado, directamente, ya no nos van a tener que mostrar ninguna facturación ni venta de servicios, son de ustedes, como subsidio de oferta puro, porque

antes el subsidio de oferta no era subsidio de oferta, era una especie de anticipo, entonces ya se los giramos. Y nos dicen los alcaldes: las ESE, o sea nos dicen “esa plata ya es nuestra”, la atención de la población pobre no afiliada que todavía no existe, usted alcaldes, me tienen que dar la planta. Entonces yo dije: ¡uy! por Dios, generamos un problema. ¿Pero dónde está el núcleo del problema? está el núcleo del problema que uno tiene la misma entidad territorial, en un bendito municipio de cinco mil personas, un alcalde y un gerente de la ESE, dos pequeños emperadores de ese terreno, con objetivos contrapuestos, uno preocupado por la alcaldía, otro preocupado por la ESE, nadie preocupado por la gente y ese yo creo que es un problema. No sería mejor que estos señores actuaran concertadamente, no sería mejor que el Gerente de la ESE y el alcalde hicieran parte y dijéramos del mismo negocio, no sería mejor que tuvieran algún tipo de coincidencia de intereses, porque en el fondo lo que tenemos aquí también son problemas políticos, porque el gerente de la ESE le cayó del cielo, muchas veces por un concurso meritocrático amañado, manipulado, comprado o corrupto, un señor que pago cien o doscientos millones de pesos para que una universidad lo pusiera allí. En la etnografía necesaria que yo he hecho en este trabajo, con esa historia me he encontrado no una, dos, ni diez veces, muchas veces, cientos de veces. Y eso doctora Olga Lucía, no me parece una situación óptima, allí hay un problema y allí hay un problema que no se puede resolver, simplemente volviendo a reiterar ese modelo exagerado de autonomía hospitalaria, que es uno de los errores de la Ley 100 del año 93, creo yo.

¿Cómo lo vamos a resolver? pues no sé, nosotros tal vez no fuimos de un lado bastante radical y es diciendo pues que el alcalde nombre ahí un subgerente y trabajen juntos y tengan una acción concertada, ¿y en qué partía esto? yo creo que en una premisa, que es una premisa que no es del todo loca y es: el alcalde es quien tiene que rendirle cuentas a la población y yo quiero afianzar la democracia y quiero afianzar la democracia local y no creo que la salud de los colombianos en los territorios vaya a mejorar si no tenemos mercados políticos que funcionen y no vamos a elegir mejores funcionarios. Si no elegimos buenos funcionarios, no creo que simplemente con concursivos de meritocracia vamos a tener mejor salud.

Esa agenda me la conozco bien, porque en económica se ha hecho muchas veces. Es decir, le tengo miedo a la democracia, entonces creo instituciones independientes, así nacieron los bancos de la República y cosas de esas, que mal que bien han funcionado, pero si usted las lleva a los temas sociales o fiscales, esa agenda es una agenda complicada, porque en el fondo es una agenda que dice: le tengo miedo a la democracia local y como le tengo miedo a la democracia local, entonces yo me invento desde Bogotá, como propone de pronto el doctor Juan Carlos Giraldo, unos concursos para nombrar estos señores allí. Si yo hubiera llevado esa propuesta desde el viernes; ah bueno, ya tengo la solución señores alcaldes, en Bogotá yo voy a hacer la agencia nacional de concursos, y hacemos aquí el lote de la meritocracia y me asesinan. Ahí sí es el centralismo más antipático del mundo.

Entonces yo, de pronto no mis compañeros del Ministerio, yo creo que este país no tiene una salida distinta a confiar en la descentralización y creo que

los intentos desde el Gobierno Nacional central, incluido uno con el tema de las regalías, han fracasado y que esta posición ambigua con respecto a las entidades territoriales y yo he utilizado el mismo ejemplo, ya algunos de ustedes estarán cansados de oírlo, y es que yo las trato como niñas, pero les exijo que se comporten como adultas. No vamos a tener alternativa distinta en este país, tarde o temprano, de decirle a las entidades territoriales: señores ustedes tienen la responsabilidad, ustedes tienen que rendirles cuentas a la ciudadanía y como yo les estoy exigiendo eso, yo les voy a dar mecanismos de gestión, para que hagan lo que yo les estoy exigiendo. Ese es el principio, no me parece un principio descabellado, tenemos que discutirlo y hará parte del debate parlamentario, de pronto existe un equilibrio o de pronto tenemos que apostarle a alguno de los dos extremos en este caso. Confiamos o no confiamos en un alcalde que tomamos al azar, de los mil y tantos que hay. Creemos que este señor debe tener los instrumentos y mecanismos para que haga lo que los votantes le pidieron que haga. Es un debate, dijéramos, interesante pero complejo.

Digo algo sobre el tema de las cuentas y alguna de la coyuntura, haciendo referencia en particular a un punto de la doctora Olga Lucía, como es un poco la complejidad o inclemencias de este trabajo, aumentamos la UPC del régimen subsidiado, siguiendo lo que nos decía la Corte, 17% y no se han podido poner de acuerdo, decía aquí Olga Lucía, entonces las EPS del subsidiado con las ESE, ahí están en esa tensión y yo creo, doctora Olga Lucía, no sé quién tendrá razón, a veces tienen razón las. A mí me dice por ejemplo la EPS mixta, que yo no creo que este imbuida de un ánimo de lucro así, no, ahí está la Gobernación de Antioquia, está la Alcaldía de Medellín, esta Comfama, no creo que tenga dijéramos el gran apetito de lucro y que, no sé cómo la juzgara usted doctor Andrés, pero yo creo que allí puede haber algún sentido social. La EPS mixta se sienta a negociar con un hospital en Antioquia y ellos me dicen: de ese 17%, ellos dicen, mire la gran complejidad es que a nosotros nos aumentan la UPC para lo nuevo que se incluyó en el plan de beneficios, teniendo en cuenta que de pronto se habían igualado los planes de beneficios pero no se había igualado de manera concomitante la unidad pago por capitación, y la metáfora que ellos están utilizando es: yo le pago por el desayuno de lo de primer nivel, a mí me aumentaron fue para pagar por el almuerzo y la comida, entonces yo le sigo pagando lo mismo por el desayuno. Pero yo decía: no, entonces le voy a pagar más por el desayuno, le voy a pagar cinco o seis por ciento y no firma los contratos.

Yo creo, doctora Olga Lucía, que aquí hay una responsabilidad de todos y yo casi que les he rogado, entre nosotros, en nuestras conversaciones, por favor piensen en la gente. No puede ser, tanto de parte de la EPS, como del hospital, que llevamos en el mes de abril, ya se va a acabar este mes, tiempo sin contrato, porque están negociando un puntico, ese es un mal mensaje para la sociedad, de todos, que me parece complicado, porque es una negociación que simplemente está pegada del centavo y que si es un puntico más, un puntico menos, y vuelvo y repito, está sufriendo la gente. Igualamos, hicimos lo que nos decía la Corte Constitucional y hay unas negociaciones entre agentes privados o agentes, dijéramos, que

cada uno funciona con su lógica, que es una lógica comercial que vamos a hacer, o sea si el hospital no negocia es porque también tiene alguna parte de esta lógica comercial. Yo seguiré insistiendo y seguiremos hablando, y le seguiré casi suplicando a uno y otro, que llego la hora de volverse serios y pensar en la gente, porque si no va a ser muy difícil que, dijéramos, todo lo que hablamos sea tomado en serio, pero seguiremos tratando de ponernos de acuerdo, muchas veces no tenemos todas las herramientas.

La integración vertical, yo he pensado que vamos a estudiar el tema seriamente, ustedes tienen razón en muchas de las cosas que se dicen aquí. Me parece que el modelo como lo hemos planteado es más nítido, funciona mejor de pronto sin la integración vertical, hemos dicho que tendríamos que hacer varias cosas, hay varias cosas de este debate que me preocupan. Una que yo veo es cierta contradicción, la decía en otro foro alguna día y es que cuando se planean las redes, cuando se plantea este problema no de abajo hacia arriba, no de arriba de hacia abajo sino de abajo hacia arriba, parece que la integración vertical es buena, o sea, cuando la integración vertical la construyen las redes o la integración vertical como está en las redes integradas de servicios de salud pareciera muy buena, ¿por qué es mala entonces cuando la organizan los Gestores de Servicios de salud? allí hay una pregunta todavía, creo por responder.

Y ese no era el punto que más me preocupaba, el punto era la oferta de servicios de primer nivel, si uno de la noche a la mañana elimina la integración vertical. Si tenemos la suficiente oferta, tenemos que hacerlo más gradualmente, tenemos que conciliar aquí dos temas: la transición con los incentivos. Pero estoy de acuerdo que el tema como está planteado en la reforma, incluso por el asunto del giro directo y por algunos de los otros temas y por los incentivos, podría funcionar mejor sin integración vertical, pero tenemos que dar la discusión con calma, yo lo que he propuesto es un taller, que nos vamos y nos encerramos un día, un fin de semana, discutamos el tema con algunos expertos internacionales, en el contexto del modelo y en un contexto más general si se quiere.

Integración horizontal, mala redacción, pero también tienen que ver dónde. O tal vez no mala redacción, dijéramos redacción ambigua, pero se hablaba de integración horizontal en el capítulo de los Gestores, con la única intención de decir: los Gestores del servicio de salud o EPS o no pueden tener distribuidores de medicamentos, yo se lo he dicho a las cajas de compensación, ustedes tienen que decidir en la vida, ya están muy grandecitas, qué es lo que quieren hacer, quieren ser prestadores o quieren ser Gestores o quieren ser distribuidores de medicamentos, hacia allá apuntaba.

Formalización laboral, el artículo 51 creo, que el doctor Juan Carlos mencionaba como un artículo algo crítico, donde se piden facultades para hacer la formalización, entre doscientos y doscientos cincuenta mil trabajadores, nosotros tenemos ya los artículos redactados, son catorce, no quisimos incluirlos en la ley, porque yo creo que es un tema muy complejo, nos tenemos que sentar, dijéramos con los trabajadores de la salud. Eso decidido a quien, caliente en un debate político, puede poner en juego la viabilidad de la red pública hospitalaria, pero no

la vamos a decidir nosotros, lo decidirá el Congreso en su sabiduría, tenemos recursos al año de seiscientos mil millones de pesos, si todos los trabajadores fueran a ser incorporados a las nóminas, eso costaría dos billones de pesos al año, plata que no existe. Entonces tenemos que tomar esa decisión con calma, ustedes bien lo saben.

Hay otro tema que tenía aquí apuntado y tal vez lo debí haber mencionado al comienzo y que hace parte de esos debates superados, no sé cómo los llame en su momento, es el tema de la participación. Aceptamos que debe haber más instancias de participación, de pronto en Salud Mía, de pronto en otras instancias, pero tengan, yo vengo de la economía, después de ser ingeniero y dar muchas vueltas, y por allá un premio nobel de economía le dio un infarto hace aproximadamente cinco años, en los años sesenta, lo llamo “la lógica de la acción colectiva”, que planteó una de esas grandes dificultades y es ¿Cómo se da la participación y quién participa? uno crea una instancia formal de participación, por ejemplo en Salud Mía, o dos o tres, dijéramos, vamos a crear tres: una para las entidades territoriales, otra para los prestadores y otra para los pacientes, ¿Quién llega allí? nos llega allí todo el mundo, los intereses organizados más pequeños terminan desbordando a los intereses dispersos más grandes, en estas instancias formales de participación y ahí está, dijéramos, el gran dilema de la acción colectiva y es que muchas veces los más organizados, que son intereses más pequeños, más peculiares, terminan firmando sobre los intereses más grandes, más dispersos y cada que uno habla de instancias formales de participación, tiene que encontrar una forma, no completa pero si sensata, de ir en contravía de esta lógica de la acción colectiva y eso no resuelve todos los problemas.

Sí, no está bien, lo que pasa es que yo soy un liberal del siglo XIX, doctor Andrés y todavía le creo más a la democracia representativa, porque en el fondo con todos sus defectos, con todos sus problemas doctor Santos, usted tiene una legitimidad, y usted doctora Teresita, tiene la legitimidad, ustedes fueron los que fueron a las regiones, los que de alguna manera fueron investidos para tomar decisiones. El que se sienta allí, participando, ¿de dónde saca su legitimidad? es mucho más difícil, la de ustedes es completamente transparente, completamente ++legítima y yo sigo siendo un defensor de esa democracia representativa y creo que es la única forma de tomar decisiones y por eso creo que a pesar de todo es en este Congreso donde decidiremos, para bien, lo que va a pasar con esta reforma.

Quiero terminar con un agradecimiento, por el ejercicio que hicieron todos de darnos propuestas, seguir diciendo que vamos a seguir construyendo, que muchas de ellas las vamos a incorporar. Yo no quiero hacer retórica barata, es la verdad, las va a ver cuando examinen una ponencia que construiremos con los señores Senadores, que allí van a estar mu-

chas de las cosas que ustedes han dicho, ya hice un anticipo de las cosas que queremos cambiar y aquí estamos mezclando las dos cosas: democracia representativa con la representación de todos ustedes. Muchas gracias todas.

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

Muchas gracias a usted Ministro. Queremos darles los agradecimientos a todos los asistentes, a los representantes de las ESE, de los hospitales, de las clínicas, por la participación en esta importante audiencia. En esta semana tenemos dos audiencias bien importantes; una precisamente con el sector farmacéutico, igualmente con la academia, allí terminaremos este ciclo en la ciudad de Bogotá y luego la Comisión se desplazará a las regiones, fundamentalmente a Cali, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Bucaramanga, Riohacha, para hacer este mismo ejercicio, estamos en la construcción colectiva de un proyecto de ley que a nuestro juicio tiene que resolver en gran parte los problemas a nivel de salud. Entonces continuaremos, muchas gracias a todos ustedes y esta es la forma como se está trabajando seriamente desde el Congreso de la República, hemos tenido la oportunidad de escuchar muchas intervenciones, apreciaciones, incluyendo el castigo que siente el Ministro que ha recibido precisamente por tener la responsabilidad como Ministro de Salud. Muchas gracias a todos ustedes. Señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría registró la asistencia de nueve honorables Senadores y Senadoras, durante esta quinta audiencia pública. Para mañana la Comisión Séptima del Senado está convocada a partir de las nueve de la mañana (09:00 a. m.) para sesión de control político, tenemos garantizada señal en directo por televisión, Canal Congreso, Canal Institucional.

Siendo exactamente las seis y veinticinco de la tarde (06:25 p. m.) se da por terminada esta quinta audiencia pública, que se inició a las dos y cuarenta de la tarde (02:40 p. m.) de hoy lunes 22 de abril del 2013. Muchas gracias a todos.

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 2° 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 05**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá, D. C., el día **lunes veintidós (22) de abril de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.