



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° 731

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

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

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

(abril 25)

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

Bogotá, D. C., jueves veinticinco (25) de abril del
2013

Siendo las nueve y cuarenta y cinco minutos de la
mañana (9:45 a. m.), del día jueves veinticinco (25)
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 hono-
rable Senador Edinson Delgado Ruiz, en su calidad
de Vicepresidente y, como Secretario General, el
doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la
Audiencia Pública programada para la fecha, llevada
a cabo en el Salón Boyacá – Edificio Capitolio Na-
cional, con el siguiente Orden el Día:

Comisión Séptima Constitucional Permanente
Honorable Senado de la República

Proyectos de Reformas al Sistema de Salud

1. Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado,
*por medio de la cual se reforma el Sistema General
de Seguridad Social en Salud y se dictan otras dis-
posiciones.*

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

Número de artículos: doce (12).

Fecha de Radicación Senado: agosto 1° de 2012.

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

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

**2. Proyecto de ley número 210 de 2013 Se-
nado, por medio de la cual se redefine el Sistema**

*General de Seguridad Social en Salud y se dictan
otras disposiciones.*

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 Ave-
llaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán,
Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cué-
llar, 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: 198 de 2013.

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.

Lugar de la audiencia: Salón Boyacá – Capitolio
Nacional.

Fecha: jueves 25 de abril de 2013.

Hora: de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

Participantes: Academia, Ascofame y Facultades de
Medicina.

ORDEN DEL DÍA

Para la Audiencia Pública del día jueves 25
de abril de 2013

1. Apertura de la audiencia a cargo del señor Pre-
sidente de la Comisión Séptima del Senado de la Re-
pública, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros
Bernier.

2. Ronda de 5 minutos para realizar inscripciones de quienes estén interesados en participar.

3. Invitados: Academia, Universidad Externado, Universidad de los Andes, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y Facultades de Medicina no afiliadas a Ascofame. 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.

5. Cierre del evento.

A esta Audiencia Pública fueron invitados, además:

N°	Nombre	Cargo-Entidad
1	Juan Camilo Samper N.	Marketing Manager, Bd Medical
2	Hilton Sánchez	Funcionario Contraloría General de la Nación
3	Santiago Velásquez Fernández	Director de Talento Humano - Clínica Shao
4	Diana Margarita Ojeda Visbal	Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social
5	Piedad Mejía Rodríguez	Asesora Procuraduría
6	Adriana Patricia Padrón Villalobos	Funcionaria Procuraduría
7	Arturo José Montejo Rocha	Médico Residente Medicina Familiar Departamento Medicina Preventiva y Social Pontificia Universidad Javeriana
8	Francisco J. Yepes L. Md, Doctor Ph	Pontificia Universidad Javeriana
9	Mario Esteban Hernández Álvarez Médico, Especialista en Bioética, Magíster y doctor en Historia	Profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Medicina y profesor-investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia
10	Doctor Saúl Franco Agudelo	Universidad Santo Tomás. Facultad de Economía. Posgrados en Protección Social
11	Juan Manuel Bottia Calderón	Gerente Planeación y Nuevos Negocios
12	Claudia Patricia Rodríguez	Jefe de Asuntos Normativos
13	Gloria Arias Nieto	Directora Centro de Investigación
14	Ana Isabel Rosselli	Jefe Investigación y Docencia
15	Doctor Ricardo Rozo Uribe	Director ejecutivo de Ascofame
16	Doctor Ricardo Escobar Gaviria	Jefe de la División de Educación e Investigación de Ascofame
17	Doctor Jorge Julián Osorio	Presidente de la Junta Directiva de Ascofame y Decano de la Facultad de Medicina Universidad CES
18	Doctor Marcos Sosa	Jefe de Salud Pública – Fundación Universitaria San Martín de Sabaneta
19	Doctora Amelia Fernández Juan	Facultad de Medicina - Universidad Javeriana Bogotá
20	Doctora María Margarita Ronderos Torres	Facultad de Medicina - Universidad Javeriana Bogotá
21	Carlos E. Jurado	ANDI
22	Rodrigo Arcila	ANDI
23	Marisol Sánchez	ANDI

N°	Nombre	Cargo-Entidad
24	Ingrid Marcela Reyes	Directora Ejecutiva de la Cámara Sectorial de Gases Industriales y Medicinales ANDI
25	Doctor Julián Alberto Herrera Murgueitio	Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle
26	Juan Carlos Pérez Cel. 3114453854	Jaime Torres y Cía.
27	Juan Carlos Ferrero Otero	Decano Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Tolima
28	Otto Bautista Gamboa	
29	Hugo Ignacio Cárdenas López	Decano Facultad de Medicina Universidad El Bosque
30	Luis Javier Giraldo Múnera	Decano Facultad de Medicina Universidad San Martín – Sabaneta
31	Marcos Sosa	Jefe de Salud Pública de la Facultad Universidad San Martín – Sabaneta
32	Roberto Estefan Chehab	Decano Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Quindío
33	Doctora Mary Bermúdez Gómez	Delegada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana
34	Doctora María Margarita Ronderos Torres	Delegada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana
35	Doctora Amelia Fernández Juan	Delegada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana
36	Doctor Luis Eliseo Velásquez Londoño	Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia
37	David Felipe Benítez Castiblanco	Estudiante de Comunicación Social y Periodismo en la Universidad de la Sabana
38	Inírida Catalina Aldana Pinilla	Asociación Colombiana de Universidades Ascun
39	Ricardo Rozo Uribe	Director Ejecutivo de Ascofame
40	Ricardo Escobar Gaviria	Jefe de la División de Educación e Investigación de Ascofame
41	Jorge Julián Osorio	Presidente de la Junta Directiva de Ascofame y Decano de la Facultad de Medicina Universidad CES
42	Marcos Sosa	Jefe de Salud Pública – Fundación Universitaria San Martín de Sabaneta
43	Amelia Fernández Juan	Facultad de Medicina - Universidad Javeriana Bogotá
44	María Margarita Ronderos Torres	Facultad de Medicina - Universidad Javeriana Bogotá
45	Sergio Augusto Parra Duarte	Rector Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS).
46	Jorge Gómez Cusnier	Presidente Junta Directiva FUCS
47	Marisol Sánchez	Directora Ejecutiva de la Cámara de Proveedores de la Salud de la ANDI
48	Yessica Valencia	Asistente de la Cámara de Proveedores de la Salud
49	Óscar Andrés Sandoval Hernández	(Vocal ANIR Bogotá)
50	Carlos Ernesto Múnera Carrillo	(Coordinador Administrativo ANIR)

N°	Nombre	Cargo-Entidad
51	María Patricia Marengo	Psicóloga Organizacional
52	Carlos Andrés Moreno Menza	Federación Médica Colombiana
53	Ángela Zuluaga Alzate	
54	Alejandro Baena Giraldo Delegado por doctor Alfonso María Valencia - Decano	Faculta de Medicina, Universidad Libre de Cali
55	Doctor Francisco Rossi Buena-ventura	Fundación Ifarma. Comisión de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008. CSR.
56	Luz Marina Umbasia Bernal	Fundación Ifarma. Comisión de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008.
57	Pedro A. Contreras R.	Presidente de Asmedas Nacional
58	Nubia Bernal	Asinfar - Bcnmedical
59	Ángela Zuluaga Alzate	

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

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer
 Carlosama López Germán Bernardo
 Correa Jiménez Antonio
 Delgado Ruiz Edinson
 Sánchez Montes de Oca Astrid
 Santos Marín Guillermo Antonio, 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:

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las nueve cuarenta y cinco de la mañana (9:45 a. m.) de hoy jueves 25 de abril del 2013, por instrucción del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, se procede por Secretaría a dar lectura al Orden del Día para la séptima Audiencia Pública relacionada con los proyectos reformativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

2. Ronda de 5 minutos para realizar inscripciones de quienes estén interesados en participar. Hasta el momento la Secretaría se permite informarles: hay 11 personas que representan 11 entidades, inscritas para intervenir. Solo hemos recibido presentaciones de 3 de los inscritos como intervinientes. Agradecemos a quienes trajeron sus presentaciones, por favor nos las reportan para guardarlas en las memorias.

3. Invitados: Academia, Universidad Externado, Universidad de los Andes, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y Facultades de Medicina No Afiliadas a Ascofame. 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. La Presidencia les informa determinar el tiempo de intervención conforme al número de inscritos.

5. Cierre del evento.

Leído el Orden del Día propuesto para esta séptima Audiencia Pública, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretario. Un cordial saludo de bienvenida a todos los voceros de la academia, decanos, profesores de las distintas universidades. En nombre de la Comisión Séptima, hemos querido convocar a esta serie de audiencias públicas, siendo esta la séptima que se realiza acá en el Congreso y teniendo además de presente que vamos a realizar algunas otras por fuera de Bogotá, en una agenda ya elaborada, que iniciaremos ya el próximo lunes en la ciudad de Medellín, posteriormente Cali, luego Barranquilla y Bucaramanga. Ha sido o es el propósito de esta Comisión, procurar que las iniciativas que hoy están radicadas en la Comisión Séptima, que tienen que ver con iniciativas de orden ordinario, sean suficientemente debatidas, discutidas, controvertidas si es el caso, en la medida en que todos sabemos que el sector de la salud atraviesa por una crisis de orden institucional, de orden financiero, de orden reputacional, una crisis de confianza y nosotros creemos, desde la Comisión y desde el Congreso, que cualquier reforma, necesariamente tiene que ser el producto de una construcción colectiva, de un gran pacto social, en donde adicionalmente al proyecto que radicó el Gobierno, por supuesto también se analicen, se debatan los proyectos, que también están radicados en la Comisión Séptima y que son de origen Parlamentario.

En ese orden de ideas yo quería comentarles que en efecto en la Comisión Séptima hay radicados dos o tres proyectos de ley ordinarios distintos al proyecto del Gobierno. Dentro de la hermenéutica legislativa, todos estos proyectos que tienen unidad de materia se acumulan y necesariamente se hace una sola ponencia. Comentarles también, seguramente ustedes lo saben, que de igual manera está radicado en la Comisión Primera del Senado un proyecto de ley estatutaria que tiene que ver fundamentalmente con todo lo que concierne a la regulación, a la materialización del derecho fundamental a la salud. Este proyecto de ley estatutaria tiene mensaje de urgencia de parte del Gobierno. Nosotros en la Comisión Séptima hemos considerado que es necesario, conveniente que el proyecto de ley estatutaria ojalá pudiera ser aprobado antes de que finalmente se trabaje o se discuta en el Congreso el proyecto de ley ordinaria, en la medida en que pensamos que el proyecto de ley estatutaria es el marco normativo, es el que de cualquier reforma estructural al sector y la Comisión Séptima en su proyecto de ley ordinaria tendría que trabajar sobre el criterio que se maneje en el proyecto de ley estatutaria.

Hemos estado tratando de estar a tono con este criterio, y hemos hecho un llamado muy respetuoso a la Comisión Primera para que ojalá se agilice el trámite del proyecto de ley estatutaria.

De otra parte, frente al proyecto de ley ordinaria, hemos dicho y aquí lo repetimos hoy, que el proyecto radicado por el Congreso es un punto de partida, no necesariamente tiene que ser un punto de llegada. En la medida en que creemos que este proyecto puede

ser mejorado, debe ser seguramente corregido, en eso pues haya sentimientos de parte del Gobierno, el señor Ministro en las distintas audiencias lo ha expresado y realmente creemos que en esta discusión del proyecto de ley ordinaria hemos avanzado en algunos temas, que pareciera haber coincidencia frente a los distintos agentes del sector de la salud.

Yo quisiera hacer un muy breve resumen de lo que creo hemos avanzado para ilustración de ustedes, porque creemos que esta audiencia de hoy es una audiencia de una voz muy autorizada, que es la academia y realmente quisiera expresarles en que hemos avanzado.

En efecto en las distintas audiencias pareciera haber bastante coincidencia en lo que tiene que ver con la creación del Fondo Único, el Fondo Salud-Mía. Con algunas inquietudes, con algunas preocupaciones que se han expresado acá de distintos actores del sector, que tienen que ver especialmente con la gobernanza del Fondo Único. La estructura de Gobierno que pudiera tener este Fondo Único, que por supuesto obedecerá a una reglamentación del Ministerio o del Gobierno. Lo mismo que con la participación de la sociedad civil en ese Fondo Único. Realmente aquí se ha señalado en más de una oportunidad, que se hace necesario abrir esa gobernanza del Fondo Único, para que la sociedad civil quede allí representada y este sea una gobernanza bastante democrática, llamémoslo así.

De igual manera frente a los costos de funcionamiento del Fondo Único. Tampoco se tiene claro el diseño técnico del Fondo Único y son esas preocupaciones que se han expresado acá en estas audiencias. Pareciera haber también bastante coincidencia en la necesidad de fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, que ha sido una crítica casi que histórica de los distintos actores del sector y del propio Congreso. La debilidad manifiesta que ha tenido la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir su competencia de inspección, vigilancia y control. Hay un capítulo en el proyecto de ley que tiene que ver con este tema.

El Gobierno y el Ministro aquí en las audiencias y ayer lo volvió a manifestar, ha reconocido la necesidad de mejorar el articulado del Proyecto de ley número 210, en temas como por ejemplo dejar muy claro el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, en la medida en que en el proyecto de ley ordinaria aparecía la salud como un derecho prestacional. Ese tema ya pudiéramos decir que está superado y que el Gobierno y el Ministro entienden que así hay que hacer y mejorar completamente la redacción en este tema. De igual manera el Ministro ha venido haciendo claridad sobre el papel que debe cumplir el fondo de salvamento que aparece allí también en el contenido del articulado, que no es creación de este proyecto, pero que ha recibido críticas porque pareciera que le apuesta fundamentalmente al salvamento, no de la red pública y privada, sino de las EPS.

Se ha reconocido también por parte del Gobierno, el hecho de que hay mucha preocupación frente al tema de los recursos públicos, en un artículo en donde pareciera que los recursos públicos una vez que salen del Sistema se vuelven privados; ese es un tema que también se ha discutido bastante y el Ministro reconoce que hay que hacer claridad sobre

ese artículo y por supuesto mejorar la redacción. Un saludo al Senador Santos, al Senador Gabriel Zapata.

El tema de la tutela. El Ministro una vez más insiste y deja claro, de manera contundente, que no es propósito del Gobierno, como tampoco lo va a ser del Congreso, cualquier atisbo de eliminación de la tutela, en la medida en que ese es un logro de la Constitución de 1991 y además es un mecanismo que ha tenido en el tema del sector, de pronto alguna exageración, pero que realmente ha servido también de mucho para que los usuarios puedan tener una herramienta para acudir a la defensa de su derecho fundamental a la salud.

El tema de integración vertical, pues hasta donde le hemos escuchado al Ministro, parece que hay de parte del Gobierno luz verde a la eliminación total de la integración vertical. En el articulado del Gobierno eso no está claro y se le ha insistido al Gobierno, al Ministro, que necesariamente hay que también en este punto hacer las correcciones pertinentes, para que no quede la menor duda en la discusión de la eliminación de la integración vertical.

Otro tema que se ha tocado aquí bastante y que seguramente la academia tendrá alguna propuesta o algún pronunciamiento sobre él, es la elección o la escogencia de los gerentes de los hospitales, que en la propuesta del proyecto de ley se retrotrae hacia la responsabilidad que tendrían, en este caso las entidades territoriales, llámense gobernadores o alcaldes, para la selección o la escogencia de los gerentes de hospitales. Es un tema bastante controversial, pareciera que el modelo actual no ha funcionado y el Ministro defiende esta propuesta, sobre la base de que es una defensa también de la descentralización y considera que para el Gobierno es importante que las entidades territoriales rescaten esta posibilidad de la selección de los gerentes de hospitales, porque además se genera un escenario muy claro de relación biunívoca entre el gerente del respectivo hospital y el ejecutivo, ya sea municipal o departamental.

Hay unos temas que obviamente estamos todavía en la discusión y yo creo que esta mañana van a haber muchos aportes, el papel de los Gestores, realmente para muchos, las funciones que aparecen en el proyecto son demasiado amplias, demasiado abiertas y hay que ser como mucho más juiciosos en definir el papel de estas Gestoras y si realmente no van a ser sino un cambio de maquillaje frente al papel que hoy están cumpliendo las EPS.

El tema de la conformación de la red, también ha merecido bastante discusión, quien finalmente va a ser el ente que tenga la competencia para la conformación de la red. Propuestas ha habido, de que sean las entidades territoriales.

El periodo de transición, es un tema que se ha discutido bastante, para algunos es un periodo demasiado corto, en la medida en que si se trata de la eliminación de la integración vertical, realmente hay para muchos, hay un riesgo bastante significativo de una oferta de servicios que se pudiera perder y además de un número importante de desempleados que quedarían, en la medida en que la transición no sea juiciosa.

La medicina prepagada. El Gobierno ha dicho que no tiene mayor dificultad en eliminar este artículo. Es un tema también que desde aquí se ha con-

trovertido y que pareciera no ayudar a una reforma estructural del modelo de la salud.

Y finalmente el tema de los incentivos, un tema también muy controversial. El Ministro considera que para a juicio del Gobierno son incentivos correctos, seguramente una vez que haga su intervención nos dará mayor explicación sobre esta o sobre este criterio del Gobierno.

Esos son los temas que se han discutido de manera amplia en estas audiencias, que vamos a seguir discutiendo, porque insisto, el propósito finalmente de estas audiencias es que en lo posible pues se llegue a una ponencia que recoja el querer de todos los colombianos, que es un modelo que funcione, que sea transparente, que sea eficiente, que humanice la atención a la salud.

Aquí tenemos compromisos todos, es un tema complejo, pero la idea es dentro del desacuerdo que ha tenido históricamente el sector, buscar unos puntos de entendimiento y lograr finalmente un proyecto que repito: recoja el interés que todos tenemos de que el modelo o el servicio, o la prestación, funcione.

Llamo la atención también sobre un tema que se me había quedado en el tintero, que aquí se ha insistido mucho el cambio de modelo. El cambio de un modelo, de un modelo de prestación a un modelo de promoción y prevención, y en eso todos, entre ellos yo, le hemos insistido al Gobierno la necesidad de que se fortalezca la estrategia de atención primaria en salud. Realmente de no ser así, vamos a seguir teniendo un modelo con dificultad de sostenibilidad.

Estos son pues las ideas generales que se han manejado y queremos hoy que ustedes, que son de alguna manera, como decía inicialmente, una voz autorizada por venir de la academia, pues nos ayuden a seguir repensando el Sistema.

Hechas estas consideraciones, nosotros esperamos que el Ministro esté presente en unos diez o quince minutos, pero vamos a ir ganando tiempo y vamos a darle la oportunidad entonces, de intervenir a algunas de las personas que están acá inscritas y comenzaríamos con la doctora Margarita Ronderos, de la Universidad Javeriana.

Pues aquí hay inscritas por la Universidad Javeriana tres personas: la doctora Betty Bermúdez, que es la Decana. Sí, los decanos de último. La doctora Amelia Fernández y la doctora Margarita Ronderos.

Doctora Margarita Ronderos, de la Universidad Javeriana:

Bueno, nosotros tenemos algunas preocupaciones como Facultad de Medicina, pero también como responsables de formar en medicina preventiva y medicina social.

Una de las principales preocupaciones parte desde los principios que esta ley propone. Consideramos que hay tres principios que no están ni bien descritos y que pueden llegar a distorsionar la implementación o lo que ocurre en el Sistema de Salud. Estos son el principio de equidad, el principio de participación social y un principio que definitivamente consideramos y desde la Ley 1438 debe eliminarse, que es el principio de corresponsabilidad. No puede ser responsabilidad de las personas, que esperan de un Sistema de Salud, le resuelvan sus problemas de salud y les garanticen condiciones y prerrequisitos

sociales para la buena salud, que sean responsables de los resultados en salud.

El principio de corresponsabilidad contradice el principio de participación social y el principio de participación ciudadana, y requerimos y realmente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Doctora, perdón. No sé si están escuchando bien, pareciera que hay.

Doctora Margarita Ronderos, de la Universidad Javeriana:

Bueno, entonces esa es una de las preocupaciones nuestras, son los principios. Una segunda preocupación es la rectoría de la salud, que se les delega evidentemente a las Empresas Gestoras, se les entrega totalmente la rectoría de la prestación del cuidado primario y dice la ley “puede coordinar con las Secretarías de Salud, puede coordinar con las entidades territoriales”. Eso es una anomalía total en un Sistema de Salud, que debe ser bajo la rectoría, consideramos, del Gobierno, que son la autoridad sanitaria que ha sido nombrada para que ejerza esa función. No pueden ser los Gestores de Salud quienes ejerzan rectoría sobre la prestación de servicios y nombren sus propios auditores para que miren si los indicadores que están dando resultados son o no son.

El tercer punto que nos preocupa es el tema de que la ley profundiza una situación actual, que es la limitación de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Los médicos generales que nosotros formamos y sobre los cuales se ha cuestionado su calidad. En realidad están restringidos a una serie de normas y leyes para hacer económicas de dinero a las Empresas Promotoras de Salud, en este momento, y lo haría y profundiza el tema con los Gestores de Salud, que no resuelve esta situación y que le impiden su capacidad resolutoria, realmente al médico general o al pediatra general, o al médico familiar que nosotros formamos también. Entonces esa es otra grandísima preocupación, que realmente no tiene esto.

Y una última preocupación, ya lo dijo el Senador, es el tema de la privatización de los recursos públicos mediante la figura de sociedades anónimas, que obliga inclusive a las Cajas de Compensación a convertirse en sociedades anónimas. Yo creo que en ese sentido son como las preocupaciones que quería expresar. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora, muy amable. También por la Universidad Javeriana, la doctora Amelia Fernández.

Doctora Amelia Fernández, de la Universidad Javeriana:

Yo quisiera además un poco compartir cómo ha sido el proceso dentro de la facultad, al interior de la facultad y lo que ha animado la discusión alrededor de los objetivos que debe tener cualquier Sistema de Seguridad y de Protección a la Salud en el mundo. Y es llamar la atención sobre la necesidad de que ese Sistema, esté como esté estructurado y funcionando como esté funcionando, tiene que cumplir tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de todas las personas, es decir una condición de equidad, de igualdad en la atención. Un trato digno y adecuado de todas las personas y asegurar, garantizar la seguridad

financiera de todas las personas del país, de todos los ciudadanos, a través de la prestación de los servicios para mejorar su salud. Si estos tres objetivos no se cumplen la ley empieza a tener problemas. Entonces lo primero que hicimos fue revisar la ley estatutaria y la ley ordinaria para ver si había armonía entre lo que se estaba planteando como el derecho a la salud y lo que se estaba planteando para estructurar y fusionar el Sistema, que fueron los comentarios que la doctora Margarita hizo.

Y el otro llamado que queríamos hacer y que quería complementar la presentación de la doctora Margarita, es alrededor de cómo en esta discusión la salud tiene rostro, la salud está centrada en una persona, el ejercicio del derecho a la salud tiene que pasar por el reconocimiento de cuáles son las necesidades y las capacidades de las personas para solucionar los problemas de salud. Es decir, la persona tiene que estar en el eje de la discusión de toda la ley ordinaria y de la ley estatutaria. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora. Le damos la bienvenida al señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria; al Senador Gabriel Zapata, Senador Santos.

Continuamos con las intervenciones del doctor Mario Hernández, profesor asociado del Departamento de Salud Pública y profesor investigador del doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Doctor Mario Hernández, profesor asociado del Departamento de Salud Pública y profesor investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia:

Bueno, muy buenos días, muchas gracias por la apertura del espacio de esta audiencia por la Comisión Séptima. Buenos días señor Ministro, asistentes, televidentes, sociedad toda colombiana, porque este debate debe ser realmente percibido y entendido por la sociedad como algo que va más allá de especialistas, de técnicos, de personas que hemos trabajado en salud durante mucho tiempo.

Este es un problema que le incumbe a toda la sociedad, porque el sistema de salud de cualquier Estado Nacional, es el resultado de un pacto político, un pacto con mucha legitimidad, con mucha profundidad, entre distintas maneras de entender la salud y sobre todo de entender el derecho a la salud y como se materializa, cómo se organizan las instituciones que trabajamos alrededor de la salud para garantizar ese derecho.

Luego no es solamente un problema, digamos de ver si podemos tener más instituciones de tal tipo, de tal otro, cómo es la articulación entre ellas, cómo se relacionan económicamente, sino sobre todo qué sistema logra garantizar mejor esos que concebimos como derecho a la salud. Por eso entonces no deberíamos discutir solamente los proyectos de ley ordinaria de una manera separada de los proyectos de ley estatutaria, y separado esto de los desarrollos jurisprudenciales que ha tenido el país con la Constitución de 1991.

La Sentencia T-760 de 2008 y toda la jurisprudencia que se ha venido desarrollando alrededor del derecho a la salud. Recordemos, efectivamente supe-

ró la idea de que la salud era solamente un derecho prestacional, ligado a la transacción económica de un contrato de seguro social, sino que tomó el bloque de constitucionalidad y en medio de ese bloque de constitucionalidad, acepta con toda claridad esa Sentencia T-760, que la salud va más allá de la atención del enfermo, incluso más allá de prevenir ciertas cosas que se pueden prevenir en cierto tipo de enfermedades. Habla más bien de salud como condiciones de vida saludables, una vida digna de ser vivida, humanamente en el siglo XXI. Luego no es solamente el servicio de atención de enfermedades lo que se define en la Sentencia T-760, se ha tratado de reducir a eso pero resulta que no, es mucho más amplia.

Entonces cuando examinamos los proyectos de ley que están en este momento en Comisión Primera, no es solo el Proyecto de ley número 209 de 2013 que el Gobierno le puso mensaje de urgencia y que sacó de los catorce acuerdos, los puntos que hicieron los médicos para tratar de llegar a algún punto de acuerdo, no es solo eso. Hay cuatro proyectos más, hay dos ponencias que el Ministro sabe que están en discusión y que efectivamente deberían ser incluidas en ese debate. Porque esas dos ponencias, que ya están anticipando la discusión, muestran dos visiones muy distintas del derecho a la salud: una es que reduce el derecho a la salud al contenido de un plan de beneficios, cierto, bien sea por la vía explícita de un conjunto de enfermedades, digamos de alta frecuencia epidemiológica, pero sobre todo que puedan satisfacer su atención costo efectivamente, con sostenibilidad fiscal, o por la vía de las exclusiones. Unas exclusiones explícitas, que tienen muchos problemas, tal cual como fueron formuladas en la ley ordinaria, pero que seguramente se van a volcar a la ley estatutaria.

Se dice el derecho entonces es: el plan de beneficios definido en esa ley estatutaria. Segundo, la ley estatutaria no debe definir ningún tipo de ordenamiento del Sistema, según esa posición del Sistema de prestación de servicios de salud, y tercero, debe crearse y así se propone, un mecanismo administrativo para resolver las dudas sobre que está dentro del plan de beneficios y que no está, diferente a la tutela. No es que acabe con la tutela y todos sabemos que no puede acabar con la tutela, se dice que ese mecanismo administrativo va a descongestionar la tutela, pero la congestión la vamos a pasar al mecanismo administrativo, a menos que realmente logremos un acceso real y efectivo y no esta serie de obstáculos, cierto, para la prestación de los servicios a que tiene derecho la población.

Bueno, eso es una posición. Pero la otra posición, que tienen dos proyectos de ley estatutaria: el número 105 de 2012 Senado y el número 112 de 2012 Senado, pues coinciden en decir: hombre, acudamos al bloque de constitucionalidad y ese bloque incluye trece componentes, como parte del derecho a la salud. Incluye todo lo que tiene que ver con la libertad, la autonomía, el derecho a decidir si me intervienen en mi cuerpo o si voy a morir dignamente, todo eso hace parte del derecho a la salud.

Segundo, toda una cantidad de cosas que sabemos son obvias, parte del derecho a la salud: agua potable, saneamiento, ambientes sanos lo más que se pueda, trabajo digno y obviamente seguro. Bueno, toda una serie, alimentación sana. Quién va a negar

que eso hace parte del derecho a la salud. Y tiene un componente, con una advertencia muy importante y es “bienes y servicios de salud que se requieran con necesidad” y la palabra clave ahí está en “necesidad”, no en sostenibilidad. Incluso, el acto legislativo que reformó la Constitución para incluir el principio de sostenibilidad en la estructuración de los presupuestos del Estado tiene un párrafo explícito, que dice que no se puede acudir a la sostenibilidad fiscal para restringir derechos fundamentales como el derecho a la salud. Entonces, hombre, ordenemos las cosas. Incluye también la participación en todos los niveles, desde el hospital en cada servicio, hasta el nivel de toma de decisiones en un Consejo Nacional por ejemplo.

Entonces fíjense, son dos visiones muy distintas. En esta segunda no hay una restricción a plan de beneficios, sino se dice: la necesidad es la que efectivamente define esto y eso se define entre los profesionales de la salud, con una regulación que se hace con la gente además y con asesoría técnica. Si ustedes ven por ejemplo el famoso NICE, el instituto este de investigaciones clínicas del servicio de salud inglés, para traducir eso, no es el que define el derecho en Inglaterra, es una instancia de asesoría para que el médico general que está en un vínculo permanente con la comunidad, tenga asesoría a la hora de tomar decisiones y saber que se necesita y que es más costo efectivo. Claro, una asesoría y si hay alguna duda en cosas de experimentación, ese instituto envía la información a unos comités ad hoc, con mucha participación de la sociedad civil, para decir: hombre, qué estamos dispuestos como sociedad y que no, a cubrir con el esfuerzo colectivo que hacemos. Eso es un proceso democrático de decisión sobre el derecho, pero no la idea de restringir totalmente y dejar en manos de la costo-efectividad-financiera de quienes manejan el negocio, la decisión de que está y que no está en el derecho. Esa es la gran diferencia en ese plano de ley estatutaria.

Después, si bajamos al plano de la ley ordinaria, pues también ya hay dos visiones de Sistema de Salud, que creo que es importante ser consciente, Senador, ustedes como ponentes van a tener que hacer acumulación de proyectos y está el Proyecto de ley número 233 que se radicó el 10 de abril, por las de 22 parlamentarios de cinco fuerzas políticas distintas y que se construyó con la participación de cinco universidades y más de treinta organizaciones sociales, en una alianza nacional por un nuevo modelo de salud. Luego, no es que no haya alternativas y no podemos dedicarnos a discutir solamente lo que dice el proyecto del Gobierno, sino vamos a ver cuáles son los sistemas de salud que están puestos allí en debate.

Entonces el que promueve el Gobierno, y usted Senador Ballesteros, conserva y eso nos preocupa mucho, la lógica de competencia regulada, que es lo que sostiene el modelo de Ley 100. ¿Qué es la competencia regulada?, pues es esta decisión que se tomó en ese momento en la década del noventa, con la moda de la economía de la salud, en la visión neoclásica de la economía de la salud, en que se decía: hombre, mire, el Estado es naturalmente corrupto, ineficiente, incapaz de asumir la prestación y de entregar servicios, dejemos que el mercado entre, pero para que entre tenemos que diferenciar muy claramente qué es un bien privado y qué es un bien

público, para saber que le compete al Estado y que le compete al mercado. Entonces un bien privado, se supone, desde la económica neoclásica individualista, que surge de un deseo individual, se agota en el consumo, tiene un principio de exclusión y en esas condiciones la gente está dispuesta a pagar y ahí la competencia supuestamente produce mejor calidad y precio. Entonces deja actuar al mercado ahí y asimilamos de una manera muy racional claro, la atención de la enfermedad como un bien privado. Sujeto y que es transable y por tanto es un mercado simplemente. Mientras que lo público se dejó como aquello que tiene altas externalidades demostrables. Es decir, afecta a muchos al mismo tiempo, no se agota en el consumo, no cumple principio de exclusión y eso dejémoselo al Estado, por eso, obviamente desde la Ley 100, venimos pensando que al Estado solo le corresponde el PIC, el Plan de Intervenciones Colectivas, bienes y servicios que demuestren altas externalidades y para eso poquita plata. Entonces se confunde el PIC con salud pública y se concentra todo en las transacciones económicas de los agentes que negocian bienes y servicios en salud. Es todo un modelo y eso se conserva, por qué, porque se dijo: hombre, vamos a generar un seguro obligatorio en el Régimen Contributivo, eso es el Fosyga en última instancia y vamos a generar un seguro subsidiado, con impuestos que es el régimen subsidiado y un poquito de solidaridad entre los dos, pero separados, ¿por qué?, porque el derecho tal cual como está en la Ley 100, en la Ley 1122, en la 1438 y en los proyectos que ustedes están liderando, insiste en que debe estar atado a la capacidad de pago demostrada y eso es un problema serísimo, porque nos tiene todo el tiempo con la segmentación, segmentación en algo que se llama vida de las personas. Entonces al pobre Régimen Subsidiado, se le trata como pobre, al medio que cotiza se le trata como medio y al rico, que tiene su medicina prepagada porque tiene capacidad de pago, se le trata como rico. Entonces ya lo tenemos demostrado, en Bogotá la tendencia de los últimos diez años Ministro, es que una mujer gestante tiene el doble de riesgo de morir si está en el Régimen Subsidiado que si está en el Régimen Contributivo y obviamente seis veces más que si están en el régimen, bueno de régimen, en medicina prepagada. Esa segmentación es inaceptable, es una inequidad en los resultados en salud, no es una inequidad en el aseguramiento, claro, ustedes dicen: pero hombre, si es que lo que hay que aceptar es que todos ya están asegurados. Sí, pero es que el modelo segmenta, el modelo separa la gente y trata ciudadanos de primera, de segunda y de tercera, y eso se conserva en los proyectos.

Y el otro elemento que es muy importante para la competencia regulada, es el hecho de que este asegurador o estos impuestos dijeron: vamos a articular el asegurador público con los prestadores en competencia, públicos y privados tienen que convertirse en competidores, a través de un articulador que nunca se ha sabido bien si es asegurador o administrador. Por eso lo único que ustedes están haciendo es aclarar que es un administrador. Pero es claro, son recursos públicos, son recursos públicos desde la Constitución y la Ley 100 hasta hoy, si se aprueba el proyecto que ustedes están presentando, con el literal X del artículo 4°, hombre, se pasarían directamente a estos gestores como recursos privados y eso es in-

aceptable, discutámoslo con la Corte Constitucional, discutámoslo con la Contraloría, con la Procuraduría a ver si es realmente esto.

Lo que ha pasado es que las EPS no hicieron un manejo adecuado de esos recursos públicos, porque tampoco nadie les dijo que lo tenían que hacer. Entonces qué dijeron: las UPC, que es la forma de regular el mercado de aseguramiento; yo le pago a usted como pagador, como asegurador público, le pago una UPC, eso quiere decir un monto anual, que no se sabe si es póliza, pero es un monto anual, a cambio de un plan de beneficios, POS, ese es el contrato tácito que hay entre el asegurador y las EPS. Las EPS tomaron esos recursos de sus UPC, lo asumieron como ingresos y empezaron a invertir en todas partes porque pues sí, había que proteger sus ingresos y su rentabilidad.

Debieron haber guardado esos recursos en unas cuentas de orden y dedicarlos únicamente a servicios de salud, separando de los gastos administrativos, que era su verdadero patrimonio y solo al final de la operación sacar una rentabilidad. Bueno, pues eso que estaba confuso es lo que se va a ajustar con el Proyecto de ley número 210, diciéndole: mire señor Gestor, yo voy a operar Salud-Mía como un banco, le voy a tener aquí sus UPC en una cuenta personal privada y usted va girando los servicios que demanden sus afiliados y yo le voy descontando y al final vemos, le doy también un estímulo por resultados o calidad, cualquier cosa, y en todo caso hacemos la cuenta de rentabilidad. Eso se conserva, lo que pasa es que se aclara, se aclara el modelo con la propuesta de Gobierno. El resto realmente no importa mucho, incluso que no haya integración vertical; hombre, las EPS ya no necesitan integración vertical, hacen una integración que se llama comercial horizontal: cada institución es independiente, así pertenezca al mismo grupo y puede tener distintas sociedades anónimas, todas anónimas. Así que no se necesita el tema. Pero lo que sí está centrado es en aclarar esas reglas.

Lo que proponemos en el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, es un cambio radical en el Sistema de Salud, realmente asumirlo como Sistema de Salud. Un Sistema que logra integrar todo lo que hace en prevención con la intersectorialidad que se requiere para afectar agua potable, alimentación sana, ambiente sano, etcétera, con la atención individual y la prevención que hay que hacer en cada uno de los individuos y familias. Eso es algo que todos sabemos, los que trabajamos en salud pública. El asunto es que eso requiere dos cosas fundamentalmente: primero, el hecho de considerar que es derecho ciudadano, no ligado a la capacidad de pago. Que cuando yo necesite pueda a ir a un sitio que sé que es en el que yo estoy adscrito, cerca a mi casa, sin tener que demostrarles si soy pobre, si pagué copago, cuota moderadora, nada de eso. Pero con una serie de elementos de prevención que están todo el tiempo ahí funcionando, eso primero; y segundo, si los recursos que todos ponemos para la cotización, es decir, todos los parafiscales, incluidos riesgos profesionales, accidentes de tránsito que es otro parafiscal, todo esto, lo sumamos a los impuestos, pero no para manejar allá un gran banco gigante de no sé cuántos billones de pesos, sino para que eso se asigne territorialmente, descentralizadamente, en territorios de salud, que tienen unas características culturales, poblacionales, epidemiológicas, inclu-

so podemos hacer allí toda la interculturalidad del sistema indígena que ellos quieren hacer mucho rato, las comunidades indígenas o Afrodescendientes, etcétera. Aceptamos ahí la diversidad poblacional y de morbilidad y mortalidad que tiene este país.

Es muy distinto tratar a alguien en el Amazonas, en la Guajira, que en Ciudad Bolívar, que en el Chocó o en el Chicó. Sabemos eso, pero como no se acepta esa diversidad, sino se pone siempre el plan de beneficios como el único tema del derecho, pues así no lo vamos a resolver. El proyecto está planteado, tiene una serie de mecanismos de articulación, requiere rescatar el carácter público de los recursos, eso es muy importante, esos recursos son públicos hasta el final, hasta cuando se paga a un prestador: en ese momento, el que está prestando el servicio, cierto, entonces él... bueno, hace una forma de trabajo con la prestación de servicio. Pero la administración de los recursos públicos no debe estar en medio del lucro, en medio de la extracción de renta como ha estado hasta ahora. Esa es la gran diferencia, es un modelo entonces de seguridad social, un Sistema Único de Seguridad Social, descentralizado, de carácter público, que ahí sí, en los territorios, puede integrar y articular muy bien, según las necesidades, a prestadores públicos, recuperar la red pública, incluso invertir allí donde está el déficit de camas públicas en todo el país, que no las va a llenar el sector privado y articular esto complementariamente, no por competencia, complementariedad con el sector privado. Eso se puede hacer, existen muchos países del mundo, no todos los países del mundo tienen POS, incluso cuando se habla de listas de espera, comparemos las listas de espera de Costa Rica con las que están pasando ahí en Colombia, que también son listas de espera y que nos ponen en primer lugar, por ejemplo en la mortalidad de niños por linfoma o por cánceres que se podían perfectamente atender a tiempo y evitar la mortalidad. Así que realmente podemos hacer en este momento un cambio estructural, hay opciones, hay en este Congreso ya las opciones planteadas, tanto en la Comisión Primera como en la Comisión Séptima. Entonces la sociedad colombiana es la que tiene que entender el debate, tiene que participar en este debate, que no es solamente técnico, para ver cómo realmente hacemos un pacto social y político profundo, no para definir un POS, sino para definir un nuevo Sistema de Salud, que realmente garantice el derecho a la salud en todas sus dimensiones. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, doctor Mario Hernández. Continúa en el uso de la palabra el doctor Saúl Franco, facultad de economía, posgrados, Universidad Santo Tomás.

Doctor Saúl Franco, Facultad de Economía, Posgrados, Universidad Santo Tomás:

Muchas gracias a la Comisión Séptima de Senado por esta convocatoria y esta oportunidad de que los distintos sectores, en este caso académicos que hacen parte muy importante de la vida del país, tengan su voz sobre el gran problema que enfrentamos hoy de salud en el país y la necesidad de un cambio de fondo en el modelo.

Quiero hacer tres consideraciones preliminares: en primer lugar, tengamos claro que no existe ningún

modelo ideal de salud, en ninguna parte del mundo y por lo tanto no pretendemos copiarle a nadie, ni debemos hacerlo, debemos hacer el esfuerzo más inteligente, más bien direccionado posible por lograr un modelo de salud de la mejor calidad y que garantice la mejor calidad de vida a los colombianos y colombianas. Pero sin hacernos ilusiones de copiar o de seguir en lo que estamos o de volver al pasado, este no es un problema del espejo retrovisor, el problema hoy es el panorámico; tenemos que mirar es hacia el futuro de los colombianos y colombianas, obviamente aprovechando lo mejor de la experiencia pasada.

Por lo tanto una de las implicaciones de esto es que esto no es un problema de nadie en particular, esto no es un problema del señor Ministro solamente, no es un problema del Senado solamente, ni de la academia solamente. Este es un problema de todos los colombianos y colombianas y de todas las organizaciones gremiales, sociales, políticas, académicas, de los colombianos y colombianas. Por lo tanto la propuesta es “oigámonos”, o sea que estos no sean aquí diálogos de sordos, sino que nos oigamos para ver cómo podemos avanzar de la mejor manera, hacia llegar a un sistema, el mejor posible, con realismo. Y me parece muy preocupante que muchas veces simplemente se quiera debatir una sola posición. Estas audiencias deben ser para debatir, si es que vamos a debatir ley ordinaria, las dos leyes ordinarias que ya están radicadas, está radicada el Proyecto de ley número 210 que radicó el señor Ministro y está radicada desde el 10 de abril y publicado en la *Gaceta* de este Congreso el 11 de abril, el Proyecto de ley ordinaria número 233, entonces aquí se debe debatir es las dos cosas, porque es que si no empezamos mal, empezamos solamente oyendo una voz, muy autorizada, muy importante, la del Gobierno, pero es que somos muchos más y tenemos mucho que decir y este proyecto, el 233, esto no es producto de una improvisación de dos o tres iluminados, detrás de esto hay una larga historia de lucha por la salud pública en el país. Hay una larga historia de propuestas en distintas instancias, para tratar de llegar a un sistema equitativo, universal, de la mejor calidad.

Y aquí puso la mano mucha gente y muchos murieron luchando por esto, antes de que esto pudiera ser verdad. Yo quiero reivindicar hoy aquí a esos que ya murieron y que no pueden estar hoy defendiendo con seguridad lo que está contenido en este proyecto.

Como el tiempo es corto y la democracia empieza por casa, hay que ser precisos. Yo me quiero referir a tres, como estamos hablando a nombre de la academia, a tres aspectos fundamentales, que en mi opinión están tratados de manera muy distinta en los dos proyectos de ley. En primer lugar, el tema de la formación del personal de salud. Las universidades, las distintas instancias en parte están hechas para formar a la gente que va a atender y que va a funcionar en un determinado sistema. Si seguimos formando a nuestros médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, especialistas, ultraespecialistas, con la misma mentalidad de hoy y a la medida de las necesidades del mercado. Ya hay universidades, ustedes saben que ya hay EPS que tienen también su propia universidad, para que el Sistema sea totalmente compacto. Si no rompemos eso y tenemos un nuevo proceso formativo del personal de salud en todos los niveles, no vamos a ninguna parte y para mí fue, no digo escandaloso, pero muy preocupante que en el proyecto del

Gobierno no se menciona la cuestión de la formación de técnicos y profesionales de la salud. En cambio en nuestro proyecto está clarísimo que se necesita y está planteada la necesidad de la coherencia de la política de salud con una política de formación de personal de salud. En donde está planteado el problema de los contenidos, o sea qué enseñamos, cómo enseñamos y cómo esa gente va a trabajar y cómo se va a repartir.

Si nosotros no cambiamos el chip del personal nuevo de salud, vamos a seguir en las mismas, hay que inculcar la cuestión de la promoción de la salud, hay que reivindicar el valor de la medicina general, de la atención primaria, de la visión familiar en la atención en salud. Esto hay que hacerlo de nuevo, sino barajamos de nuevo vamos a seguir en las mismas condiciones. Insisto, al proyecto del Gobierno este tema no parece interesarle y en el texto no queda nada. En nuestro proyecto, insisto, es objeto de una persistente preocupación y de planteamientos concretos. Tan es así, óigame esto, en nuestro proyecto ponemos que del Fondo Único Nacional el 0.7% sea para formación en salud, para que podamos financiar la formación de los especialistas que se necesitan, tanto para Bogotá, pero también para el Vichada y para el Catatumbo y para el Meta, porque es que no podemos seguir formando especialistas solo aquí o a la medida del interés de una especialidad, no, es a la medida de las necesidades del país.

Segundo tema: la investigación. Absoluta ausencia del tema de investigación en la propuesta del Gobierno. Y miren ustedes, un país que no investiga está condenado a repetir, a importar y pagar caro. Nosotros tenemos que reivindicar la investigación en salud. Colombia ha investigado y puede hacer muchísimo más, pero si nosotros eso ni lo pensamos, porque lo que nos interesa es repetir, copiar, volver a hacer, pagarle a otro para que nos preste. Mire, si no investigamos seguimos arrodillados, lo que nos levanta, nos yergue, nos pone de pie es entre otras cosas la capacidad investigativa e investigar los problemas reales de este país, que no son solo las enfermedades. Obvio que hay que investigar enfermedades y en nuestro proyecto está la preocupación por investigar sobre enfermedades de alto costo, pero la desnutrición no es una enfermedad solamente. La violencia que nos inunda por todos los lados, y ojalá la propuesta de paz avance, eso hay que investigarlo a fondo y sin embargo, hoy en estos campos es mínima la investigación. Nuestra propuesta hace énfasis en la investigación y planea que entre las políticas públicas prioritarias, tiene que estar una política de ciencia y tecnología y que el nuevo Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social, tiene como una de sus preocupaciones fundamentales articular una política nacional de investigación y de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con la política nacional en esa área.

Y el tercer punto específico al que me quiero referir, es el tema de la información en salud. Hemos defendido en muchos escenarios, que de las peores consecuencias de la Ley 100, fue la privatización de la información en salud. Solo se informa aquello que se factura, o sea, se informa lo que hay que cobrar. Déjenme contarles, porque es que uno, como dicen, hable con casos concretos, a mí me escandalizo, les cuento a ustedes; hace dos años hicimos una investigación sobre homicidios en Medellín, óiganme esto, y fuimos a todas las unidades de salud de Me-

trosalud, que es la institución que se encarga de la atención allá, fuimos a buscar allá la cuestión de los muertos por violencia en Medellín. ¿Saben qué encontramos?, oigan esta vergüenza, que las instituciones públicas, o sea las de Metrosalud, solo informaban los homicidios cuando implicaban un recobro a una EPS. Háganme el favor. Entonces claro, la mortalidad por homicidios en Medellín era así, cuando el DANE informaba así y cuando en el hospital, en la policlínica, etcétera, la mortalidad era gigante, pero no. Si usted va a contar los muertos que tiene el sistema registrado, son solo aquellos que implicaron un recobro. Por favor, como distorsionamos la realidad de esa manera por privatizar la información. Necesitamos reivindicar el carácter público de la información en salud, porque sin información no podemos planificar, no podemos decidir, no podemos decir en que nos vamos a gastar las cosas y no le podemos llamar la atención a la sociedad sobre la importancia y sobre lo que viene hacia adelante, para poder hacer lo que en algunas instituciones llaman alertas tempranas.

Nosotros defendemos en nuestro proyecto, óiganme esto, con un capítulo, uno de los once capítulos de nuestro proyecto, es sobre la información en salud y sobre la creación de un sistema integrado de información en salud. Porque creemos que es la base para que se quite la venda de tantas mentiras que hay, de cobertura y eso, que es pura palabra, la realidad es otra, que abramos los ojos y que seamos capaces, con buena información, de avanzar.

Uno de los capítulos de nuestro proyecto es sobre este sistema de información en salud.

Y termino con tres consideraciones generales: en primer lugar, sobre de lo que se ha planteado y que planteo el Senador Ballesteros. Es claro que en el proyecto del ministerio no se dice explícitamente que se está en contra de la tutela, eso está claro y yo lo he leído y releído y estudiado, aquí no dice en ninguna parte. Pero acuérdense ustedes que el señor Ministro de Hacienda, dijo públicamente y tengo la copia, lo dijo públicamente: un objetivo central de esta reforma es acabar con la tutela en salud. Lo dijo el señor Ministro de Hacienda, Santamaría, y está en los medios de comunicación y tenemos, no la grabación, sino el texto. De manera que entonces que el gobierno tenga una voz clara y unida, que diga: bueno, estamos o no. Y les quiero aclarar, para nosotros sería excelente que pudiéramos acabar con la tutela, porque si se quitara la causa, pero pongamos un símil como médico: yo como médico a un paciente con un dolor de cabeza por un tumor cerebral, le tengo que dar algo para el dolor, pero le tengo que quitar el tumor. Cuando yo le quite el tumor, está muy bien que le quite el analgésico, pero quitarle el analgésico antes de quitarle la causa del dolor, es un acto irresponsable y es un acto criminal. No podemos quitar la tutela hasta que no quitemos las causas que producen las tutelas. Quitadas las causas, ojalá podamos estar todos totalmente de acuerdo y resolver esto.

Y finalmente una palabra que yo no puedo dejar de tratar, dado mi trabajo de treinta años, en esto, de investigar en violencia. Hay una relación esencial entre salud y paz. Sin paz no hay salud, sin salud no puede haber paz. Yo creo que en este momento que vive el país, es absolutamente necesario que liguemos, que le demos vida, le demos carne, a esta rela-

ción esencial de salud y paz. Y que nosotros, comprometidos con la paz, le vamos abriendo camino a la paz, creando un sistema de salud equitativo, participativo, donde la gente se sienta atendida, sienta al Estado cercano, no a este negocio voraz, sino que sienta que esto es un campo de participación, de integración social y no un campo de enriquecimiento.

Si nosotros desde nuestro campo no le abrimos, no vamos despejando el camino para la paz y haciendo justicia, equidad con la salud, estamos perdidos. Tenemos que vincular este momento histórico que estamos viviendo, de oportunidad de la paz, para un gran momento de la salud, como un camino fundamental y esencial hacia la paz.

Y termino, señor Senador, con una cosa ya de sentido común, miren ustedes: por puro sentido común, pero además por lógica parlamentaria y por lógica legislativa, primero es lo estatutario y luego lo ordinario. Eso, yo creo que eso, yo creo que ya debe ser un consenso. Entonces tenemos primero que acordar una ley estatutaria que diga que es el derecho, que alcances tiene, que límites tiene y cómo el Estado va a garantizar ese derecho, porque eso también hay que decirlo en la estatutaria y luego la ordinaria. Porque es que si no, no podemos hacer una cosa independiente de la otra. Lo que hemos dicho, en una construcción uno no puede ir poniendo adores aquí, hierro allá, un techo aquí. Uno tiene que tener un plan, un buen plano y hacer unas buenas bases. La ley estatutaria es el plano y las bases del modelo. No empecemos al revés, hagámoslo con lógica. Entonces que ojalá todo el esfuerzo lo concentremos en una ley estatutaria de la mejor calidad y con esa ley en la mano, empecemos el proyecto de las leyes ordinarias a la medida de las necesidades de la salud de los colombianos y colombianas. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, a usted, doctor Saúl Franco.

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

Muy importantes sus apreciaciones. Continuando con el uso de la palabra el doctor Julián Alberto Herrera, Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Doctor Julián Alberto Herrera, Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle:

Yo traje una presentación, no sé si la...

Bueno, en primer lugar un saludo muy especial para la Mesa Directiva, el señor Ministro, y decirles que nosotros como universidad pública hemos hecho ya cuatro debates al interior de la facultad, con el liderazgo de la Escuela de Salud Pública, en este sentido, teniendo en cuenta de que este es un momento que nosotros consideramos como un momento histórico y único, para hacer cambios que realmente redunden en beneficio de la salud de los colombianos y colombianas.

Hay unos comentarios generales que omito, porque realmente están recogidos en la introducción que hizo el señor Presidente de la Comisión, el honorable Senador Ballesteros, y no los voy a repetir, pues en aras del tiempo y en aras de ser eficientes en la presentación.

Hay unos comentarios específicos que tienen que ver con la modulación del sistema, o sea, y eso reco-

ge parte de lo que han expresado los expositores que me antecedieron, en el sentido de que hay, digamos, instancias separadas y se necesita una modulación que los una para que el sistema sea mucho más eficiente.

Con respecto al tema de Salud Mía. Digamos el concepto y la posición de la academia, en este caso de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, considera de que es muy importante tener un ente, una instancia que cumpla esta función, pero que no reemplace solamente de nombre al Fosyga, sino que realmente tenga unas funciones mucho más específicas, para permitir los cambios que el sistema necesita.

El otro punto que considera la academia, en este caso la Facultad de Salud, tiene que ver con los Gestores de Salud. Nos preocupa que sea solamente un cambio en el nombre y para nadie es un secreto de que parte de la crisis del sistema es la parte del flujo de recursos, que tiene prácticamente en cuidados intensivos y casi premortis a muchos hospitales, principalmente a los hospitales públicos, que son el sitio por naturaleza de formación del talento humano en salud en nuestro país.

O sea que la crisis del sector salud también golpea la educación de una manera muy importante. Estamos muy complacidos de ver como la intermediación, en los proyectos de ley, específicamente el del Gobierno, establece acabar la intermediación. Pensamos que esto es un paso muy importante y que permitiría agilizar el sistema y le permitiría dar una transparencia.

Lo otro que nos preocupa es, digamos, el papel que tiene el sector privado y el sector público dentro del sistema. Vemos cómo el sector privado, tiene digamos un papel muy específico con algunos temas y tiene unos recursos suficientes. Ya lo dijeron los dos o tres de los conferencistas que me antecedieron, y el sector público se queda con recursos insuficientes, que hacen que realmente estén en una crisis permanente.

Ya lo dijeron también y nosotros estamos totalmente de acuerdo, el sistema de información. El sistema de información es clave. Todos los sistemas desarrollados en el mundo, donde hay sistemas de salud que impactan, digamos que son los ejemplos que tienen los mejores indicadores de salud a nivel mundial, que la mayoría de ellos están basados en la atención primaria y están basados en sistemas de información oportunos, eficientes, transparentes, que no solamente cubren lo financiero, sino también digamos la parte en salud, que eso nos rescataría de una manera clave y concreta, tener indicadores de salud pública que eso se ha perdido.

Yo soy el editor, en Jefe, de la Revista Colombia Médica y publiqué hace un año y medio un artículo de un profesor titular de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, donde de una manera muy científica hacía un análisis de la mortalidad en Colombia desde que se implementó la Ley 100. Y el artículo es muy interesante, porque realmente se ve como el sistema realmente con la implementación de la Ley 100 no ha tenido un impacto muy importante en los indicadores de salud pública; problemas que ya estaban controlados en el país son en este momento enfermedades emergentes.

Lo otro, que ya lo dijo el honorable Senador Ballesteros, tiene que ver con el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, en el aspecto de inspección, vigilancia y control. Definitivamente este es un punto que ya, pues prácticamente tiene un consenso a nivel nacional.

En cuanto al plan de beneficios, explicitar en la ED reglamentaria, en la función social, la parte de medicamentos. Miren, la parte de medicamentos es crucial dentro del sistema, es crucial. Los países desarrollados tienen esto muy bien controlado y el asunto es que para nosotros este es un tema fundamental. Yo le voy a mandar, señor Ministro, con su venia, un artículo que publicamos en el último número de Colombia Médica, ciento tres mil prescripciones en Colombia en el sector público y privado, sobre, digamos, medicamentos para gastritis, para úlcera péptica e inhibidores de protones, donde la gran mayoría, se demuestra científicamente cómo la gran mayoría eran medicamentos que no se necesitaban, en primer lugar y, en segundo lugar, con indicaciones y prescripciones que eran riesgosas, muchas veces para los pacientes. Los invito a que lo revisen y se den cuenta de que es una realidad nacional que los medicamentos nos están consumiendo gran parte del presupuesto y por otro lado es un asunto que la ley debe mirar.

Lo otro es lo del no POS, ya lo dijeron los expositores anteriores, lo dijo el señor Presidente de la Comisión. Lo del reaseguramiento para enfermedades de alto costo, porque esa es la base de las tutelas.

Lo otro, las enfermedades huérfanas y las enfermedades raras. Realmente son tutelas, porque no están en ninguna parte y realmente eso hace que la población utilice los recursos que la ley les permite.

Lo otro, ya para terminar, es la parte de territorialidad. O sea, es muy importante porque es que la salud pública, lo decían los conferencistas anteriores, los problemas de salud pública en una región no son los mismos de otra región. Los problemas de malaria, de mortalidad materna, de Dengue, no son los mismos en las diferentes regiones y obviamente ahí la parte de investigación es fundamental, para darle digamos un espacio para la solución de esos problemas y realmente la academia ahí tiene un papel muy importante. En los entes territoriales deberían recibir mayores estímulos, los proyectos de ley establecen estímulos para las EPS actualmente, o sea, las EPS que se llaman entidades gestoras, pero no se establecen estímulos para las entidades territoriales que tienen que ver con los problemas de salud pública de los entes territoriales.

Y finalmente algo que creemos que es fundamental, tanto en la ley estatutaria como en la ley ordinaria, es que definitivamente la salud pública debe ser un eje, un eje que integra básicamente las dos leyes, lo vemos muy diluido, desde el punto de vista para lograr un impacto como lo han logrado los países que tienen un desarrollo en salud importante en el mundo. Y no estoy hablando de países capitalistas o países comunistas, todos tienen en común aspectos que hemos mencionado y que los ha hecho eficientes y que los ha llevado a estar en los primeros lugares, en los indicadores de salud en el mundo.

Para terminar, básicamente regímenes de aseguramiento. Conservar los dos regímenes pues tiene sus ventajas, desde el punto de vista digamos adminis-

trativo, pero tiene también inequidades desde otros puntos de vista. La no intermediación, obviamente es algo que ya había comentado y por lo tanto la salud pública tiene un papel muy importante.

Como última diapositiva o penúltima, la formación del talento humano en salud. Pues, tenemos una Ley de Talento Humano en Salud, tenemos la Ley 1438, que está parcialmente reglamentada, pero, señor Ministro, en los hospitales nuestros en el país, en los hospitales públicos y privados, es donde formamos el recurso humano y es donde realmente nosotros podemos ayudar con ese recurso humano para impactar de una manera decidida en los problemas de salud pública de este país. Entonces esa parte de talento humano y ya lo dijeron los conferencistas anteriores, es un aspecto que debe estar de alguna manera y que debe ser mirado de una manera importante.

Lo otro es lo de atención primaria en salud, no me voy a volver cansón, ya se ha dicho, ya hay una ley que la favorece, que es la 1438, pero miren, yo escuché alguna vez en España al Ministro de Salud, de ese país, que decía que lo llevaron a Naciones Unidas y le dijeron: explique por qué España logró de manera rápida, de manera rápida mejorar los indicadores de salud, y él no era ni médico siquiera, era salubrista, no conocía mucho de la salud, sin embargo los técnicos le mostraron que la única diferencia entre lo que España tenía, en el pasado y los logros que ha tenido, básicamente ha sido porque la atención primaria en salud es la base del sistema y eso los ha llevado a unos indicadores que son los mejores del mundo y lo mismo lo ha logrado Cuba. Son países con diferencias, digamos en su estructura política social, pero tienen en común la atención primaria y los ha llevado a los mejores resultados. A tener uno de los mejores servicios de salud en cuanto a los indicadores de salud pública, que es el deber ser de un sistema de salud en cualquier país en el mundo.

Un comentario final. Creemos que es posible un Sistema Nacional de Salud. Vemos esto señor Ministro, como una oportunidad de oro y realmente por eso esta movilización nacional, la academia, todo, usted ve que hay un interés genuino de todos los actores, todos los colombianos y colombianas en ese tema. Creemos que es posible, la intermediación, afortunadamente en los proyectos de ley lo trae, con derechos básicos, por eso lo de la tutela es un tema tan sensible, se debe, digamos, se debe preservar por supuesto y la intervención del Estado, ya lo dijeron los conferencistas que me antecedieron, o sea, no se puede delegar en las entidades gestoras, digamos la competencia en esta función, que es una función del Estado.

Lo otro, con tarifas que reconozcan la calidad de los servicios y sus resultados, o sea con estímulos, así lo tienen todos los sistemas, digamos a nivel que han mostrado muy buenos resultados en el mundo y lo otro: lo que pasa es que yo trabajo en una universidad pública y hablar de ese tema es complicado, pero definitivamente en todos los sitios donde se han logrado desarrollos en los sistemas de salud, hay lo que se llama el PPP, el Public Private Partnership, o sea las alianzas público privadas, no para privatizar la salud en el sentido estricto, sino básicamente porque es muy importante de que esto funciones y así es

como ha funcionado de una manera muy importante los sistemas de salud en otros países.

Y finalmente, obviamente, estoy de acuerdo con la intervención del profesor Franco, la intención de, las leyes son muy buenas, los proyectos de ley son muy buenos, pero el objetivo final es que beneficien a toda la población, que es el deber ser de todo este trabajo. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias, doctor Julián. Continúa en el uso de la palabra el doctor Alejandro Baena, de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Cali.

Doctor Alejandro Baena, de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Cali:

Muy buenos días. Un saludo para el Presidente de la Comisión Séptima, doctor Ballesteros, doctor Edinson Delgado, un saludo especial de su colonia bonaerense y vallecaucana. Señor Ministro, profesor Alejandro Gaviria, buenos días. Colegas, amigos, decanos.

La presentación que yo voy a hacer, la quiero iniciar haciéndole una dedicatoria, señor Ministro, de un libro que le traje a regalar. El informe de Sir William Ververichs, aspiramos señor Ministro, que usted sea el Ververichs de Colombia y, le pongo esa tarea, Ministro. Y la frase de Ververichs que me parece central en el informe dice lo siguiente: “Todos somos personas comunes en esta, isla fortaleza, asaltada y atacada, todos pasamos por las mismas experiencias y nos hemos dado cuenta, como nunca antes, de nuestra común humanidad. Las bombas Nazi y las medidas que hemos tenido que adoptar para ponernos al cubierto de ellas, no distinguen entre ricos y pobres, tampoco mi plan de seguridad social establece ninguna diferencia. Es un plan para todos los ciudadanos, sin ninguna distinción entre ricos y pobres. No podría implantarse de común acuerdo como un de las consecuencias de la experiencia de la guerra. Yo esperaba, lo esperaba la mayoría de los ingleses que así sería. Espero y creo que todavía es posible ese acuerdo, lo será si el gobierno se decide a afrontar con denuedo e imaginación este problema de suprimir las exclusiones. En este gobierno en su cúspide no falta valor ni imaginación”. Señor Ministro, para usted. Para hacer visible la presentación.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Por favor, allá.

Doctor Alejandro Baena, de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Cali:

Hemos titulado esta presentación a partir de foros que se han hecho en Cali, a través de la Red Colombiana de Políticas Públicas y Sistemas de Salud, en el nodo Suroccidental. Esta ha sido la presentación que se hizo en un foro, el día que se inscribió la ley estatutaria y la ley ordinaria, y la hemos titulado: “La Salud como derecho fundamental autónomo. Ruptura del pacto social en salud. Estado de cosas inconstitucional en salud y crisis del contrato social de la medicina”.

Cuando hablamos de la salud, señor Ministro, honorables Senadores, hablamos, como lo expresaba alguno de los colegas que han intervenido antes en la palabra, la salud implica trece derechos. Trece derechos y quisiéramos antes de enmarcar esos conte-

nidos del derecho en términos de los riesgos, de que no haya legislación, hay una hipótesis que yo quiero plantear, señor Ministro, es que con los tiempos que hay, probablemente la ley estatutaria no alcance a tener trámite y como estamos en una coyuntura pre-electoral y los debates no han sido pacíficos y no van a ser pacíficos, probablemente corremos el riesgo de que tampoco haya ley ordinaria.

Ministro, quisiera compartir la última encuesta Gallup del 26 de febrero de este año: La crisis de legitimidad está expresada claramente en el seguimiento que ha hecho la encuesta durante una línea de base ya de catorce años, donde muestra que la crisis de legitimidad empieza a partir de la emergencia social del Presidente Uribe y hoy, el 26 de febrero, el 78% de los colombianos considera que el sistema es inaceptable, en calidad y cubrimiento. Solamente el 28% de los colombianos dice que es aceptable y la tendencia se agudizó a partir de la emergencia social y ha sido en crecimiento.

Entonces la crisis de legitimidad es esa. El Presidente Santos, inscribe el proyecto porque esto está afectando su posibilidad de reelección. Somos de alguna manera un Estado fallido frente a los servicios públicos esenciales en materia de salud, según la percepción de la opinión pública y el tema de la crisis de visiones, expresada en el documento que elaboró el doctor Rodrigo Uprimny y el actual Viceministro de Salud, hay una percepción cruzada de posiciones de los agentes del sistema: entre los que piensan que es un problema estructural y los que piensan que es un problema de fallas de regulación. Ahí hay una polarización, que es necesario resolver de manera sabia, prudente y encontrar un camino que permita construir un nuevo pacto social por la salud en Colombia.

El derecho a la salud es el primer derecho para garantizar los demás derechos, porque es un prerrequisito para las democracias modernas garantizar la igualdad fisiológica. Cuando una persona se enferma pierde la libertad, pierde la posibilidad de tener una vida productiva, activa. Entonces la salud tiene que ver derechos de primera, segunda y tercera generación, y está en el centro de la democracia, como usted lo ha dicho, señor Ministro.

En relación con el marco de los derechos internacionales, en materia de derecho internacional humanitario. La recepción del derecho a la salud en Colombia no se hizo por vía de la Asamblea Nacional Constituyente. Los Constituyentes de 1991 quedaron en deuda con los Colombianos, no definieron un modelo de Seguridad Social en Salud, esa es la evidencia de estos veinte años que todavía no podemos ponernos de acuerdo de qué modelo, porque los constituyentes no lo definieron y la recepción del derecho se ha hecho por vía jurisprudencial, por el principio del bloque de constitucionalidad. Pero eso tiene problemas. Tiene problemas porque la Corte Constitucional ha planteado que el margen de configuración del derecho a la salud, tiene un amplio margen de configuración en el sentido de que como la Constitución misma no definió un marco de mínimos de ese modelo, lo debe definir entonces el legislativo. Sin embargo, cuando la Corte Constitucional define la salud como derecho fundamental autónomo, restringe el marco de actuación de este Senado y de este Congreso, en el sentido de que el núcleo esencial de los derechos subjetivos fundamentales, está

regido por el principio *pro homine* y el principio de no regresividad, tutelables contra la omisión u acciones de las autoridades públicas o de particulares y así mismo imita la discrecionalidad de los órganos políticos, porque no es negociable en el debate democrático. Eso se llama en filosofía política el - Principio del Coto Vedado de los derechos fundamentales.

Así mismo hay una zona complementaria que tiene que ver con las políticas públicas y es regulada también por el Derecho Internacional Humanitario, sobre todo por la jurisprudencia establecida en la Observación General número 14.

Y una zona complementaria extensible, que son los elementos de carácter reglamentario.

Aquí está el resumen de la Observación General número 14, que todos conocen, en el ámbito de los alcances de dicha observación. La salud como derecho tiene dos grandes ámbitos, que son los factores determinantes y la atención en salud.

Y los aspectos claves, los elementos esenciales y las obligaciones el Estado, que están reguladas también por jurisprudencia del Derecho Internacional Humanitario, los principios de Maastricht, los principios de Limburg, los principios de Siracusa, para establecer la delimitación del núcleo esencial cuando se van a regular estos derechos.

En el marco de los elementos esenciales, de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad científica y médica.

Y quisiera compartir esta reflexión: “La salud como derecho y la salud como sistema, no son en las realidades jurídicas separables de manera absoluta.” Porque el núcleo esencial tiene que estar en ambos ordenamientos. Por lo tanto existe un riesgo que la ley ordinaria sea inconstitucional si no está en armonía y en concordancia con la ley estatutaria.

Además, otra reflexión que hemos compartido en otros escenarios con colegas y amigos aquí presentes, es mi opinión personal, yo no creo que se necesite ley estatutaria para regular el núcleo esencial del derecho, porque se desconstitucionaliza el derecho, se le quita de rango supraconstitucional y se le vuelve un rango de norma infraconstitucional. El núcleo esencial del derecho ya está definido por bloque de constitucionalidad en Colombia y no está sometido al debate público de las mayorías del Senado, porque el derecho a la salud es, es como si fuéramos a legislar sobre la vida o sobre la naturaleza de la personalidad humana, es ontológicamente, hablando, el derecho a la salud es, está dado, está dado, en su núcleo esencial, por lo tanto lo que habría que hacer también es elevar al rango de ley estatutaria el modelo de salud en Colombia, que los Constituyentes de 1991 no hicieron la tarea. Esa es la tarea pendiente, el tema de las garantías.

Y quisiera traer la conclusión de, donde estuvo un gran economista, el doctor Guillermo Perry, esto es redactado por él. Cuando se redactó el capítulo de derecho sociales, económicos y culturales, en la *Gaceta Constitucional*, se dice claramente que en el Estado Social los derechos de todos los ciudadanos están mediados únicamente por la Constitución y por tanto son inalienables. Únicamente por la Constitución, no por la ley. O sea, son vinculantes de manera automática. Por lo tanto no se necesita ley estatutaria para reconocer el derecho.

¿Cuál es el déficit en Colombia en materia del derecho a la salud?, el déficit es de garantía, el déficit no está en el ámbito del reconocimiento, ni en el ámbito de la promisión del derecho y hay un gran ámbito del restablecimiento del derecho, porque la tutela, de ser un mecanismo residual, se convirtió en un procedimiento para acceder a los servicios y eso se llama litigiosidad, es una enfermedad, litigiosidad, no es tutelitis sino litigiosidad. Es una enfermedad porque no hay seguridad jurídica.

Y la síntesis, señor Ministro, de la crisis sistémica, con palabras de economía política, hay una corrupción sistémica y una cartelización del sistema general de seguridad social. Hay un estado de cosas inconstitucional en salud, hay una ruptura del pacto social en salud, por eso la crisis de legitimidad y hay una crisis del contrato social de la medicina, y en el centro de esto ha sido el modelo de desregulación, que llevó a toda la catástrofe del Fosyga y todo el abuso de la posición dominante de las aseguradoras y de las farmacéuticas y del resto de actores.

Y entonces nosotros los médicos estamos en este dilema, está entre la ética profesional o el empleo. Cuáles son las tensiones que lleva ese modelo, el pluralismo estructurado en el ejercicio del contrato social de la medicina: El médico ante el conflicto de la “Doble lealtad” está entre la ética médica y la autonomía profesional. Hay una mercantilización del aseguramiento y contención de costos y versus el respeto por la dignidad y los derechos del paciente. Todos los auditores médicos, yo no sé, deberían entregar el título, porque lo único que hacen es negar servicios, hacer contención del costo de manera ilegítima en Colombia.

El profesionalismo médico vs la desprofesionalización del ejercicio de la medicina. El tema de singularidad y variabilidad de la vida humana y sus manifestaciones de lo normal y lo patológico vs la estandarización de guías y protocolos de manejo de la enfermedad.

La adopción acrítica del concepto de la medicina basada en evidencias, fundamentado en el paradigma estadístico-analítico vs la desvalorización de los paradigmas fisiopatológico y clínico centrado en la medicina personalizada y la dimensión Sico-Social y de determinantes sociales de las inequidades en salud.

Entonces se expresa en esta caricatura, que es traída del diario *El País* de España. ¿Cuál es el diagnóstico, doctor?, –no rentable– y la deshumanización de la medicina no es otra cosa que la despersonalización de la relación médico-paciente; ha llevado a la actual tendencia de transformar la medicina de una noble profesión, en un simple oficio técnico, al servicio de intereses particulares y/o corporativos; esta transformación genera desconfianza en la relación médico-paciente, insatisfacción profesional, mala calidad y poca efectividad en los resultados terapéuticos, y la imposibilidad de garantizar un acceso adecuado a los avances científicos y técnicos de manera racional en un ámbito de deliberación y consentimiento informado. Donde los protocolos y guías clínicas de ser orientadores de las decisiones, se han convertido en cortapisas y limitantes del método y razonamiento clínico; las cuales hacen parte del mandato burocrático de los terceros pagadores.

Entonces esa es la condición permanente del ejercicio de la medicina.

Y esto ha llevado a la reflexión sobre la situación actual de los médicos, que se ha expresado en lo siguiente: Antes éramos doctores. Ahora somos prestadores de atención médica; Antes practicábamos la medicina. Ahora somos parte de un sistema atención gerenciada; Antes teníamos pacientes. Ahora tenemos usuarios, clientes y consumidores; Antes hacíamos diagnósticos. Ahora evaluamos riesgos y remitimos; antes tratábamos pacientes. Ahora esperamos autorización para proveer atención; Antes dedicábamos tiempo a nuestros pacientes. Ahora lo dedicamos para llenar informes, estadísticas, diligenciamiento de formatos, etc., para justificarnos ante el pagador; antes teníamos sentimientos compasivos. Ahora solo una actitud lejana e indiferente ante el sufrimiento; antes éramos médicos. Ahora ya no sabemos qué hemos terminado siendo.

El balance de la crisis sistémica. La integración vertical sin control efectivo del Estado, la sobrefacturación de medicamentos. El ejemplo de Saludcoop de \$825.000 millones. El fraude multibillonario de los recursos públicos de la salud de los colombianos. La fijación monopólica de tarifas, el incremento de carteras vencidas sin soporte ni respaldo contable, el incremento del costo de intermediación y transacción, 34% en promedio para todas las EPS y 45% para el caso de Caprecom. La catástrofe informática de los registros de recobros al Fosyga, la negación sistemática del derecho a la salud. Ejemplo: 4 millones de tutelas en los últimos 10 años. Cartelización del mercado del aseguramiento (colisión para negar servicios y fraude en información para influir en el valor de la UPC). Debilitamiento y captura de los órganos de control, de los órganos legislativos, y de la justicia.

Las observaciones, señor Ministro, sobre el Proyecto de ley número 210, la primera observación. Estas observaciones no son exhaustivas, estamos en un proceso de revisión fondo, que enviaremos un documento público sobre el proyecto una vez tenga ponencia. El concepto de Salud Mía, como empresa industrial y comercial del Estado, señor Ministro. Creemos, señor Ministro, que se debe constituir es una Tesorería General de la Seguridad Social en Salud, sin personería jurídica, dependiendo del Ministerio y manejada por un órgano colegiado, democrático, revivir el Consejo Nacional de Seguridad Social, que fue mal reemplazado por la CRES. Que sea una tesorería general de la seguridad social, es como si le diéramos personería jurídica a la Tesorería General del Ministerio de Hacienda, una locura, no habría gobernanza, señor Ministro, se perdería la gobernanza si se nombra un señor que va a manejar cuarenta y cuatro billones de pesos. Y ahí el ministro sería simplemente, pues, cómo sería esa relación entre el Ministro y el señor Director de esa Empresa Industrial y Comercial del Estado.

Además hay una norma, yo no sé si todavía es vigente, de la ley estatutaria de presupuesto donde dice que los excedentes de las empresas industriales y comerciales del Estado son de libre disponibilidad del ejecutivo. Con esa norma quebraron el seguro social y los excedentes de la EPS, el Confis no se los aprobaba.

Yo hice una demanda de inconstitucionalidad de esa norma y la Corte se declaró inhibida, porque tenían que devolverle toda la plata a la EPS del Seguro

Social. Entonces el modelo de empresas industrial y comercial es un modelo que tiene demasiados riesgos frente a la gobernanza, además de lo siguiente: es conveniente que el recaudo y la afiliación, la titularidad, la ejerza el Estado. Pero ahí queda un interrogante, señor Ministro, en términos de la asunción del aseguramiento. Si hay un seguro general de salud y maternidad en Colombia, yo quiero hacer una observación en relación entonces al tema de Mi Plan. El actual POS, cuando se compara el POS, cuando nació el Mapipos, que nació por una resolución y por un Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social, el Acuerdo número 08, cuando se negoció en este Senado el tema de la Ley 100, señor Ministro, se hizo un acuerdo, que para no marchitar el Seguro Social, el plan de beneficios tenía que ser a partir de lo que el Estado colombiano y la sociedad habían logrado con relación al seguro general de maternidad y enfermedad, que fue regulado por un decreto ley de la República, en facultades extraordinarias, estando de Ministro de Trabajo la doctora María Elena de Crovo. Es un decreto-ley y cuando miramos la Ley 100, cuando se dice ¿qué es el POS?, el POS será, dice el texto de la ley, el POS será los establecidos en el Decreto-ley 1650 y sus reglamentos, será, o sea es taxativo, imperativo. Y bajo el principio de no regresividad, eso no puede ser derogado.

Cuando se compara el POS, cuando sale el POS del Mapipos, si uno lo compara juiciosamente en los distintos estudios del Ministerio, se recortó en novecientas intervenciones y procedimientos el POS, que había en el Seguro Social, y se cambió el concepto de aseguramiento social, por el concepto del riesgo asegurable. Ahí empieza el problema, concepto de aseguramiento social versus el concepto de riesgo asegurable y el riesgo asegurable es la cuantificación de lo que cuesta la reparación del daño en salud.

Entonces entramos en un modelo de un seguro general de salud a un seguro de intervenciones y procedimientos. Y se les dio, en los estudios actuariales, se les dio unos márgenes actuariales altísimos, que apenas fueron corregidos recientemente. Unos márgenes de intermediación demasiado altos.

Ese pronunciamiento se lo entregamos a la Corte Constitucional, pidiéndole a la Corte que se pronunciara en relación con el tema del Decreto-ley 1650 y sus reglamentos, bajo el principio de no regresividad.

Entonces yo celebro en el proyecto, señor Ministro, que se haya quitado el tema de la lista explícita, la lista implícita acaba el No POS, acaba los recobros, acaba los CTC, acaba la distorsión de la auditoría infame que se ejerce hoy y las presiones indebidas contra el acto médico y la autonomía de los profesionales. Creo que es correcto que haya un plan implícito, es correcto.

En relación con los gestores, señor Ministro, honorables Senadores, los roles e incentivos están alineados incorrectamente en razón a conservar la integración vertical en el nivel uno y dos, lo cual es inconveniente y generará una perpetuación de las barreras de acceso y una mayor integración vertical; seguirá sin resolverse la crisis del contrato social de la medicina, la pérdida de la autonomía del ejercicio profesional y la pauperización de los profesionales de la salud. Y también se establece una segmentación en términos de administradoras, por el tema de que

todavía no se quiere resolver el tema de unificar los planes de beneficio en el sentido jurídico.

Los planes de beneficio se están unificando en los contenidos, pero no en el sentido jurídico. En el sentido jurídico debería ser, señor Ministro, que todo colombiano por ser colombiano, ya está afiliado a la seguridad social, es un derecho de nacimiento, es un derecho de ciudadanía. Entonces no necesitaríamos afiliarnos, soy colombiano, voy con mi cédula. Estuve recientemente en la frontera con Ecuador, en un pueblo que se llama La Hormiga y las señoras embarazadas cuando tienen un parto complicado no hay cómo remitirlas, y está a cuarenta y cinco minutos Lago Ario, que es una ciudad de trescientos mil habitantes y con las cédulas las atienden gratis a ellas, a los ancianos los atienden gratis, a los colombianos con la política de frontera y el modelo de salud de los ecuatorianos. Y a mí me da pena, me da pena ver esa realidad, señor Ministro, me da pena esa realidad, me da vergüenza como colombiano eso.

El uso de la UPC para comprar medicina preparada, no es conveniente afecta la solidaridad y sostenibilidad, causará descreme y pérdida de legitimidad de “Mi Plan” el cual seguirá siendo segmentado y fragmentado y se volverá un Mi Plan para pobres.

También las gestoras controlarán las redes, son el puente de entrada, auditan, gestionan, incluyendo el nuevo mecanismo de reaseguro que seguirá sin resolver el problema de la distorsión hacia los servicios de alta tecnología. Y su rentabilidad condicionará el desempeño en salud sobre la garantía del derecho a una atención integral oportuna y de calidad.

En el tema de la micro gestión, para ir terminando, el proyecto de ley no aborda de manera explícita el tema del modelo de atención. Se habla de sistema, pero no se habla de modelo. Me parece que es un tema que hay que trabajar. No sitúa los incentivos de forma apropiada que remunere adecuadamente a los profesionales y equipos de salud. La salud no la hacen las EPS, la salud la hacen los médicos, las enfermeras, los trabajadores, o sea, la salud la hace el centro de todo sistema de salud, independiente de la historia de la humanidad, del modelo sociopolítico, es la relación terapéutica, de ayuda terapéutica y esa es la relación que hay que preservar en la micro gestión.

Se debe establecer, de manera explícita, un sistema de monitorización de indicadores y de evaluación que permita centrar la gestión clínica y de la salud pública, en la continuidad e integralidad de la atención. Debe trabajarse el modelo de medicina centrada en la persona, la familia y los territorios, con enfoque de género, equidad e interculturalidad.

Establecer mecanismos de formación continuada para mejorar la asistencia, y la calidad del acto médico. Incentivar a los profesionales para que se adhieran a las mejores prácticas y tengan conciencia del costo de oportunidad social, porque los ordenadores finales del gasto somos los médicos y si no se genera conciencia de la oportunidad social del costo, no va a haber sistema que resista. Como ordenador final del gasto en salud, respetando la autonomía del acto médico y el consentimiento informado.

Hay experiencias maravillosas en el mundo, como la experiencia Káiser, el modelo Káiser en Estados Unidos, que es una experiencia que nos muestra un camino cierto en relación con las organizaciones de

mantenimiento de la salud en Estados Unidos. Valdría la pena revisar ese modelo.

El médico de atención primaria y familiar debería ser el verdadero gestor de la salud, señor Ministro, el gestor de la salud debe ser el médico de atención primaria y familiar, debería ser el que asuma la responsabilidad de gestionar la salud de la comunidad.

Entonces allí tendríamos que hacer un plan de mediano y largo plazo, señor Ministro, de formar quince mil médicos familiares para los próximos veinte años. Con formación, con incentivos adecuados, contratados por el Estado, con educación continuada, con poblaciones asignadas en territorios específicos, porque si no recuperamos la relación médico paciente, no va haber posibilidad de humanizar el sistema, señor Ministro.

Finalmente el sistema de auditoría de la contratación debe cambiar. El sistema de auditoría debe estar centrado en la calidad y la garantía del derecho y no en la contención de costos y del gasto. La auditoría debería ser una función pública, no se le puede entregar a los privados.

Así funciona, pues, en Estados Unidos, en el Reino Unido, y cuántos auditores médicos están pagando, y uno mira las EPS pagan más en auditores médicos y departamentos jurídicos, que en otra cosa. Uno mira las solicitudes de empleo que hay en internet: auditor médico, auditor médico, auditor médico. Y la auditoría es entre pares y termina un médico general auditando a un neurocirujano o una enfermera auditando un médico.

¿Qué hacer, señor Ministro? Bueno, como estamos en la academia, no estamos en el mundo de la doxa, profesor Alejandro Gaviria, el mundo de la política es el mundo de la opinión, o sea el mundo de la doxa, el mundo de la academia es el mundo de la episteme, el mundo de los paradigmas y los constructos. Entonces voy a hacer una digresión breve, porque el tema es de largo plazo, señor Ministro y usted seguramente ha sufrido mucho siendo Ministro.

Entonces necesitamos transformar los paradigmas, transformar los sujetos cognoscentes. Lo que dice la profesora Margarita Ronderos, la transformación del modelo Biomédico, la transformación del Sistema Sanitario. Corresponde en la teoría de Foucault, a la relación entre el poder del saber y el saber del poder.

Se necesita, más que una reforma, creo que la palabra correcta sería, para encontrar un camino de consenso, trabajar la palabra. No me aparece, me ayuda acá sistemas.

La palabra que estamos proponiendo, señor Ministro, es la palabra, porque aquí se está planteando reforma o contrarreforma, reforma o catástrofe, o sea, yo creo que hay que encontrar un punto medio, el gris perfecto, en el marco de la frase introductoria del profesor Sir William Ververichs. Haciendo honor a él, la frase sería, la palabra sería "Renovación". Renovación, implica transformación de paradigmas, transformación de los sujetos cognoscentes, transformación del modelo Biomédico, transformación del sistema sanitario.

Y tenemos entonces que trabajar en tres ámbitos. El tema de los lenguajes, lo semántico no es algo accesorio, construimos el mundo con la palabra y con el lenguaje, somos seres de habla articulada. Entonces la palabra es fundamental entre nosotros, necesi-

tamos construir un lenguaje que piense el proceso de salud, enfermedad, desde un paradigma no positivista, una epidemiología no positivista, una formación biopsicosocial, no el paradigma donde los médicos piensan que el paciente es una máquina, un cuerpo, un órgano, un mecanismo y no saben que es un alma encarnada en un cuerpo y que es eterno.

Los aprendizajes. Las didactas, la pedagogía, los métodos de enseñanza y allí tenemos un problema: el currículo norteamericano en medicina es uno solo para todas las facultades de medicina de todos los Estados Unidos, y cuando en una facultad están enseñando una cátedra de salud pública, esa misma cátedra está siendo enseñada en todas las universidades al mismo tiempo, en ese mismo ciclo propedéutico. Aquí tenemos una locura en los currículos, se necesita una mirada de fondo del tema curricular, porque el modelo curricular en Colombia ha sido funcional al modelo de mercado y no puede ser.

Y finalmente el tema de las prácticas. Superación del modelo biomédico, instaurar un sistema de salud centrado en la garantía del derecho, señor Ministro, y unas ideas para una agenda académica y una agenda política.

En el Instituto de Derechos Humanos de Harvard, el Instituto de Derechos Humanos y Salud de Harvard, la Directora recientemente sacó un documento de cómo hacer reformas curriculares en salud, centradas en Derechos Humanos y salud, no en la bioética solamente. Derechos humanos y salud, que es transversal al currículo. Los cambios de paradigma biomédico por un paradigma Salutogénico, que es el modelo del profesor Aarón Antonovsky.

La defensa del nuevo profesionalismo médico, el cambio del actual paradigma farmacológico que cronifica la enfermedad y, señor Ministro, un tema, dos temas, si no nos ponemos de acuerdo de manera pacífica por la renovación del sistema, para superar la crisis sistémica y evitar la captura de rentas de manera ilegítima, ilegal y criminal por particulares. Yo estoy de acuerdo con lo que usted ha dicho, señor Ministro, queremos un modelo para la gente, no para los agentes. Creo que esa frase es fundamental, señor Ministro, es sabia, profunda, clara y yo lo felicito por esa síntesis. Sin embargo, si no nos podemos poner de acuerdo la crisis de legitimidad va a llevar a que entonces los procesos de paz, ¿Paz para qué?, la paz de Cuba es una paz pre moderna, de un país semifeudal, aquí Rousseau no ha pasado por Colombia, aquí no ha habido modernidad. Es una paz pre moderna, pero la paz se hace con los ciudadanos, no con la guerrilla ni entre ejércitos.

Entonces la paz es con los niños. Miren hay una cosa dramática en Cali, todos los niños de nivel tres del Sisbén, de las comunas veinte y veintiuno, no se han podido afiliar al aseguramiento porque ellos no entraron en la última fase del Sisbén y están en nivel tres del Sisbén y no los aseguran, les niegan el servicio y yo le escribí al Director Nacional de Planeación, le escribí a todo el mundo y nos hicieron respuestas formalistas. Entonces el tema del Sisbén es inconstitucional, señor Ministro, la Corte Constitucional dijo que el Sisbén viola sistemáticamente el principio de igualdad material, porque no focaliza por riesgo, vulnerabilidad en salud. La salud no es una cosa.

Y la Comisión de la verdad. Señor Ministro, hacia donde dirigimos, depende; había que preguntarle a Lewis Carroll, en *Alicia del País de las Maravillas*, si me ayudan con la imagen: “Me dirías, por favor, qué camino debo tomar desde aquí”. “Eso depende mucho de a dónde quieras llegar” dijo el gato. “No me importa mucho a dónde ir”, replicó Alicia. “Entonces, tampoco importa el camino que tomes”, rehusó el gato.

Y finalmente en honor a Ítalo Calvino, en “Ciudades invisibles”. “(...) El infierno de los vivos no es algo por venir; hay uno, el que ya existe aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Hay dos maneras de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de dejar de verlo. La segunda es arriesgada y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber reconocer quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacer que dure, y dejarle espacio”.

Señor Ministro, honorables Senadores, Muchas gracias.

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

Bueno, vamos a continuar con el uso de la palabra. Le vamos a pedir a los intervinientes que por favor nos ajustemos al tiempo, para permitir, pues, que todo este evento, el esquema que nos hemos trazado. Continúa en el uso de la palabra el doctor Luis Eliseo Velásquez, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y luego continua el doctor Jorge Luis Osorio.

Doctor Luis Eliseo Velásquez, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia:

Buenos días a la Mesa Directiva, señor Ministro, señores Senadores, colegas de la academia. Quiero en nombre de los profesores de la facultad nacional de salud pública, de su Decana la doctora María Patricia Arbeláez, darles un saludo muy especial y decirles que la Facultad de Salud Pública y la Universidad de Antioquia, en su conjunto, ha participado muy activamente, organizando una serie de foros, participando en diferentes foros nacionales y los profesores han estado muy activos, debatiendo y haciendo pronunciamientos sobre estos y propuestas anteriores.

Realmente el último pronunciamiento de los profesores hace énfasis en que el Proyecto de ley número 233 trae o recoge gran parte de los elementos que se han discutido, no solo en la Universidad de Antioquia sino en otras universidades, especialmente en cuatro puntos: en los principios, en el modelo de atención, en el modelo de participación social y en el uso de los recursos.

Para no repetir muchos de los elementos que se han discutido, quisiera centrar el aporte en dos temas: uno, con respecto a lo que debe ser la planeación y la gestión del Sistema de Seguridad Social en Salud, y el segundo punto, muy complementario con este, cómo debe ser el modelo de prestación de servicios.

En realidad uno ve que en el Proyecto de ley número 210 y en el 233 también se toca el tema. Pero los colombianos parece que le tenemos miedo a la descentralización y parece que no confiamos en la división político administrativa que tenemos en el

país, especialmente, pues, en los municipios y en los departamentos. Recuerden que no nos hemos podido poner de acuerdo durante muchos años, en una Ley de Ordenamiento Territorial, que ahí está pero que no se aplica, que crea las regiones del país y tal vez la Costa Atlántica es la única región del país que nos ha dado la lección de querer trabajar y desarrollar proyectos conjuntos.

Este comentario lo hago, porque, señor Ministro y asistentes todos, ¿Será necesario que creemos unas divisiones arbitrarias, como áreas de gestión sanitaria, para planificar y para gestionar la salud?, ¿Será que podríamos todos rodear a los departamentos y buscar una nueva relación municipios-departamentos, que no sea esa relación de padre-hijo, de subdesarrollados mentales como se trata a los municipios y la nación a los departamentos y los municipios, también, los trata de esa manera?, ¿No será posible que un Estado unitario y descentralizado como es Colombia, le apueste a la descentralización?, y que salud, así como educación, que son dos bienes públicos, señor Ministro, porque si bien los economistas y, se han explicado muy bien acá por el doctor Mario, por el doctor Saúl y otras personas, que nosotros entendemos, los salubristas entendemos claramente que la salud es un bien público, pero la salud es una sola, la salud no la podemos desintegrar en la salud pública y la salud individual, la salud es una sola. ¿Será que podemos manejar de forma descentralizada la salud?

No, solamente por los entes territoriales, podría ser, digamos, todo un gobierno colegiado, alrededor de los departamentos, y voy a explicar un poco más adelante con el modelo de prestación de servicios, pero la conducción, la planificación sanitaria, la gestión de los recursos del fondo de la seguridad social descentralizada. Deberíamos darle a un órgano colegiado, donde estén los entes territoriales, no solo el departamento, donde estén todos los municipios de ese departamento, donde esté el departamento, donde esté la sociedad representada: el sector privado, los empresarios, los trabajadores, donde esté la sociedad civil representada, donde estén los actores del sistema de salud representados y vamos construyendo democracia y vamos construyendo un sistema de salud que sea realmente un sistema integrado y articulado.

El señor Ministro, ha abierto una ventanita y él dice que los gobernadores tienen que nombrar los gerentes de los hospitales públicos. Yo estoy totalmente de acuerdo. Hay personas que no están de acuerdo, hay un debate inclusive en todos estos foros y en las universidades. Hay discusión porque se considera que se debe someter este proceso a la meritocracia, pero la meritocracia como se ha manejado y como se podría manejar, va en contra de otro principio que es el de la gobernanza y la gobernabilidad que se logra si todos los actores en un territorio trabajan concertadamente, articuladamente y si no hay ruedas sueltas, y paso a explicar lo del modelo de prestación de servicios, como lo podríamos ver.

Nosotros pensamos que el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud, específicamente, no ha entendido bien, no ha entendido bien el concepto y la tendencia mundial de la atención integrada en salud. Hoy en día la tendencia más importante en la renovación, en la transformación de los sistemas de salud, es

la integración de servicios de salud. Porque es que, señor Ministro, los prestadores de servicios de salud, no pueden ser ruedas sueltas, tratando de integrarse a redes diferentes, que organicen otros agentes que están extraterritoriales y que están generando unos sistemas integrados, en el mismo territorio y compitiendo entre sí generando lo que los economistas llaman “ineficiencia”, altísima ineficiencia, altos costos de transacción, pero peor que eso, una mala atención para el ciudadano, una ineffectividad, porque el predominio de la competencia lleva a que el servicio, o sea, aquí no funciona la ley económica de que en la competencia mejora el servicio, aquí la competencia empeora el servicio, empeora la calidad y vuelve muy ineficiente el sistema de salud. Entonces voy a hacer la analogía con un organismo humano. Si queremos armar un sistema de salud, tenemos que partir desde la célula del sistema de salud. ¿Cuál es la célula?, es aquel pequeño prestador de servicios, llamémoslo equipo básico de salud, no solo el médico, no es el médico de familia, es un equipo de salud interdisciplinario, donde la población, los líderes comunitarios, los promotores de salud, todo el equipo de salud, equipos de apoyo social participan. Ahí hay una primera célula, esa célula tiene que estar integrada con otras células y conformar un órgano y ese órgano conformar un sistema y ese sistema pequeño, ir conformando otros macrosistemas, hasta que tengamos el sistema de salud.

Pero a cada nivel y llamémoslo territorio, a cada micro territorio, pequeños territorios, allí, allí, desde allí empieza el sistema de salud. O sea, el sistema no es todo el sistema nacional de salud, el sistema empieza en los pequeños sistemas territoriales integrados de salud. Es decir, cuando hablamos de redes territoriales de salud, no estamos hablando de redes organizadas por fuera de la división política territorial del país, estamos yéndonos al suroeste antioqueño, donde hay una serie de municipios que tienen unas características económicas, políticas, culturales y que ahí se forma una red territorial de salud y se integran todas las células prestadoras de servicios de salud que hay en ese territorio, públicas y privadas, señor Ministro, públicas y privadas. Pero no es que un gestor, un gestor de servicios de salud tenga su red en el suroeste el gestor dos tenga otra red, el tres otra; hombre, son los mismos prestadores, son las mismas células que están allá, entonces lo que vamos a generar son sistemas integrados o redes integradas, que ustedes llaman en el Proyecto de ley número 210, pero disfuncionales completamente. Es decir, son redes territoriales, si, son redes integradas, pero disfuncionales, ineficientes e ineffectivas.

Entonces el concepto, señor Ministro y en el Ministerio de Salud, repito, no han querido reglamentar en dos años aquellos artículos de la Ley 1438 y lo peor de todo es que el Proyecto de ley número 210 elimina todos los artículos sobre redes integradas de servicios de salud y atención primaria, los elimina de tajo porque dice que en este modelo no vale esa concepción de sistemas integrados, que se van articulando por escala. Entonces hablemos Señor Ministro, de territorios de salud por escala, en donde tenemos unos territorios subregionales, donde tenemos unos territorios que deberíamos llamar departamentales, porque está muy bien que hagamos acuerdo interdepartamentales o regionales, pero, es decir, el gran articulador de constitucional para garantizar el Estado

los derechos a las personas son los departamentos, entonces no renunciemos a eso.

Bueno yo voy a concluir mencionando que cómo está concebido el Proyecto de ley número 210 en este tema de los gestores y de las redes integradas que organizan, lleva una prestación completamente esquizofrénica de los servicios de salud, es decir, insistiría al Ministerio y Senado y a la sociedad en general en que pensemos en cómo articular verdaderamente redes territoriales integradas de salud para que vayan dándose esas escalas de realmente un sistema integrado, si en la Constitución lo dice y la ley lo dice también, que es un servicio público, pues, en realidad esos servicios públicos, esas pequeñas células deben ir conformando, señor Ministro, un sistema público de salud. Es decir, lo que tenemos, si la salud es servicio público, esos prestadores conforman un sistema público de salud. Obviamente habrá una prestación privada por fuera ese sistema como lo hay en Brasil, en Canadá y en muchos otros países, donde funcionan por las leyes del mercado, pero el sistema público de salud de reducir al mínimo posible la operación de leyes del mercado.

Finalmente entonces la salud como un bien público, toda la salud, una sola salud y la salud no sólo con derecho fundamental, si no tomando producción de Amarty Sen y de otros teóricos, como una capacidad fundamental para ejercer la libertad. Es decir, si el primer derecho de autor de la Constitución colombiana y muchas constituciones del mundo es la libertad, si no tenemos esa capacidad básica que es la salud, para qué la vida, si no hay salud, es la capacidad fundamental, señor Ministro, para poder ejercer la libertad. Muchas gracias.

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

Muy bien, continuamos con el uso de la palabra, doctor Jorge Luis Osorio, Decano de la Facultad de Medicina, del CES de Antioquia y luego continuamos con la doctora Mery Bermúdez.

Doctor Jorge Luis Osorio, Decano de la Facultad de Medicina, del CES de Antioquia:

Bueno, el agradecimiento por la invitación que nos hace la Comisión Séptima, al Ministro Salud y Protección Social. La diapositiva por favor.

Yo quiero hacer un planteamiento inicial, me preocupa que identifiquemos salud con medicina. Mire que los que hemos hablado estamos identificando todo el tiempo como si salud fuera medicina, yo no veo otros actores de salud y creo que es una exclusión bien importante que tenemos que dar. Yo creo, yo creo que la palabra que hubo es una redefinición del Sistema General de Seguridad Social y todos nos hemos referido al sistema de salud. Creo que en las palabras nos tenemos que poner de acuerdo.

Yo creo que lo público no es lo estatal: lo público es la construcción social y han hablado sobre Amarty Sen. Yo veo que la salud pública no es prevención y promoción, como lo hemos venido enfocando, la salud pública es mucho más de lo que hemos estado hablando y yo voy a proceder, por favor la diapositiva, voy a proceder a presentar. Creo que el diagnóstico en esta primera diapositiva, imagínensela porque no ha podido salir, el diagnóstico es crisis de confianza, o sea aquí cuando partimos el discurso es una crisis de confianza, cada uno yendo por su lado, cada uno

plantea desde las diferentes instancias; si estamos en la academia el problema es que formamos mal los médicos y entonces hay que cambiar el modelo. Yo creo que la salud familiar es una estrategia, no es la salud, es una estrategia de intervención en salud. Si hablamos de lo público entonces el problema lo público y entonces vamos buscando culpables y nos quedamos en el discurso, aquí hay un problema de confianza, de buscar buenos y malos y yo creo que aquí no hay buenos y malos, creo que hay intenciones de trabajar por la salud y voy a retomar el concepto salud como bienestar y abrimos las discusiones después, pero yo creo que salud bienestar y lo que se está tratando es redefinir un modelo de Seguridad Social, si vamos a redefinir el modelo de salud bienvenido.

Entonces, la primera es si la discusión que estamos dando, yo no he podido saber, para que me ayuden, es un modelo de prestación o un modelo de protección de la sociedad por el Estado, o un modelo de las formas de pago. Si vamos a hablar de las formas de pago, pues, creemos un banco que pague, estamos, eso va a ser absolutamente imposible. Muy lindos los discursos, hermosos, sobre entregar a todo el mundo todo lo que pide, yo estoy de acuerdo, lo que pasa es que es imposible. Los recursos son infinitos, las necesidades son infinitas, ese cruce va a haber una discusión entre la ley estatutaria y entre la ley ordinaria y entonces va a haber una parte de discusión, uno. Lo segundo, sí la reforma es para el funcionamiento del sistema o no para la salud como bienestar. Yo creo que hay que entregar, la pregunta es quién entrega bienestar. Yo no estoy diciendo que no se entregue, la pregunta es quién lo va a entregar y cómo nos vamos a poner de acuerdo a quién lo va a entregar y entonces si el problema es bienestar quién va a entregar el bienestar, pero si nos vamos a enfocar en la entrega a través de un sistema de seguridad social, hay responsabilidades del sistema ya y otras responsabilidades que son del Estado que tenemos que asumir.

Yo creo que tenemos que dar las discusiones sobre qué es lo que tenemos que cubrir como empresas de aseguramiento del riesgo, qué es lo que tenemos que cubrir desde el Estado, pero creo que hay que, un derecho fundamental que tenemos que luchar por él.

Entonces la otra pregunta ya la hicieron, no voy a bordar, yo creo que bienes públicos y bienes privados, bienvenida la discusión. Yo creo y vienen las definiciones desde la teoría de la economía de la salud.

Saltó a la discusión de la Ley Estatutaria versus ordinaria, creo que hay una contradicción así cómo bienvenido el proyecto, el proyecto de ley que ha presentado la Alianza por la Salud, pero recuerden que el Proyecto de ley número 233 también es excluyente; se presentaron de cuatro facultades y aquí estamos hablando como Academia, nos hubiera gustado participar o por lo menos que nos hubiesen invitado para hacer las discusiones. Miren que es que la inclusión es una cuestión muy difícil, ejemplo: la financiación pública, yo creo que el artículo 5° del proyecto de ley estatutario, del Proyecto de ley número 209, excluye el Proyecto de ley número 210, pare la discusión. Si la financiación es pública, bueno pues entonces para que armar todo lo que estar mandando el otro tipo de proyecto, simplemente hablemos del sistema, porque la pregunta es si el sistema

va a ser de aseguramiento, de asistencia o de protección. Entonces yo creo que tenemos que evolucionar, ya pasamos del Sistema Nacional de Salud, pasamos a Sistemas de Seguridad Social, creo que tenemos que tener Sistemas de Protección Social y el Sistema de Protección Social tiene que apuntar es a la salud no a la enfermedad, aquí las discusiones de enfermedad; si hubiese plata no hubiese discusiones de salud, o sea si los recursos fueran infinitos esta discusión no la estaríamos dando. Yo creo que el problema es como volvemos el sistema hacia un sistema de salud y ahí las facultades de medicina tenemos mucho que hacer, porque el problema nos lo están poniendo como si fuera un problema en formación de recurso humano y muchas veces no es un problema formación, es un problema de política pública, donde la formación del talento humano va guiado por unas formas de pago, por una estructura de prestación de servicios, digámoslo bien, por los actores del sistema.

Ahora, pregunta, ¿régimen especial?, yo veo los discursos, pero es que tenemos que abordar los regímenes especiales. Recuerden, en los regímenes especiales se gasta hasta cinco veces lo que se gasta en los que estamos en el POS y no se les olvide que el régimen especial están, hay muchas exclusiones y hay muchos recursos que se invierten en regímenes especiales. Yo creo que es importante la parte régimen especial.

Creo que se pueda articular lo público y lo privado, o sea, a mí me preguntaban: ¿usted va a hablar como Presidente de Ascofame?, dije: es que la pluralidad existe, no puede haber unicidad ni siquiera en las propuestas que se han presentado. Yo creo que nos podemos sentar a conversar, como nos hemos sentado a conversar en Ascofame, con posiciones divergentes, donde lo público y lo privado se puede articular, donde el bien público no necesariamente es un bien del Estado sino que puede, a través de reglas de juego claras, podemos trabajar.

Central Única, recaudo, ya hablaron, yo creo que es importante, pero tienen que haber más actores. Yo creo que la sociedad civil puede intervenir mucho en esa Central Única y las redes de servicio, ya, espereamos que en Antioquia funcione el modelo, el lunes empieza ya la articulación público y privada, se inaugura, la EPS mixta, ya está la red constituida en el área metropolitana, se llama la red metropolitana en salud integrando todos los servicios del área metropolitana y su primera fase pública pero en la fase posterior va a ser mixta, dónde se puede articular.

El sector público nos ha enseñado, en la Universidad de Antioquia, como universidad pública creó la IPS universitaria que trabaja con economía mixta y viene trabajando, creo que exitosamente, en Barranquilla. Entonces las redes, no podemos seguir con ese lenguaje, creo, anterior de lo público y lo privado y yo creo que el cambio de modelo y aquí sí voy como Ascofame, tenemos que cambiar el modelo de atención. Las universidades públicas tienen grandes problemas y las universidades privadas tenemos grandes problemas, lo que el sistema está excluyendo la formación de buenos médicos. Si nos vamos para primeros niveles, uno va a los primeros niveles de atención digamos, donde se ve baja complejidad, a veces es casi imposible tener los convenios de docencia en servicio, a veces es casi imposible, el siste-

ma se volvió, si ustedes me dicen que la ley que este problema de Seguridad Social, sistema de formación de recurso humano se volvió imposible, exactamente cuánto tiene y cuánto vale y en Bogotá, afortunadamente en Antioquia no ha entrado el modelo, pero es la transferencia simplemente una matrícula hacia un sitio de prestación. Yo creo que tenemos que abordar, sería ideal tener un artículo en el que se prohíba el pago por educación en el sector salud, llamé sector salud no médico, sector salud, sector salud, ese peaje que establecieron está matando la formación de buenos profesionales y tenemos que abrir los espacios de bajos niveles de atención para la formación del talento humano, el sistema los está excluyendo, nos está. Yo creo que tenemos que, con los futuros equipos de formación, tenemos que darle espacio para que podamos realizar ese talento.

Propuestas: como no nos vamos a quedar solo en la crítica; uno, creemos que hay que apoyar el sistema, la generación de un Sistema de Seguridad Social, más que un Sistema Nacional de Salud. Creo que ha habido un avance, una cobertura, muchas fallas, muchas fallas, pero creemos que se abarca un Sistema de Seguridad Social. La salud pública desde un sistema de protección social centrado en el manejo social de los riesgos y Yorgen y Holmes enfocan lo que es manejo social del riesgo. Yo creo que aquí estamos, en el manejo estatal o privado de los riesgos y la propuesta es: volvamos a un sistema de manejo social del riesgo. Miren en farmacodependencia, en desnutrición, es mucho lo que hace el manejo social del riesgo, no lo manejó estatal, ni el manejo privado, el manejo social del riesgo.

Planes de beneficios por regiones absoluto, contrario a algunas exposiciones, yo creo que en el país, somos diferentes; los unos en regiones pensamos y estamos en un sistema ecológico diferente y creo que es importante la integración de regiones, es más la red integrada funciona por regiones, las redes no funcionan por separación política y administrativa.

Lo otro, redes integradas. Yo creo que la 1438 no la hemos desarrollado bien, pero el día que pasemos a redes integradas, creo que podremos tener centros de excelencia y podemos controlar mucho la remisión qué no tiene contrarremisión y en los centros de excelencia el desarrollo del sistema.

Lo otro es incentivar el manejo de hospitales centrado por operadores lógicos. Creo que las universidades públicas pueden operar perfectamente hospitales. Hay una crisis y más centrando en lo público que en lo privado, de centros de práctica en los hospitales públicos. Creo que la Universidad de Antioquia da un ejemplo a través de su IPS universitaria, creo que sería una salida para la formación de profesionales, el poder desarrollar ese tipo de economías mixtas para qué manejen los diferentes hospitales, que es importante encontrar en la reforma.

El rol del Estado, discusión profunda, creo que es más modulador, no quiere decir que no regule, más modulador y me estoy refiriendo al pluralismo estructural. Creo que es más modulador qué regulador y creo que es un aspecto importante. El giro directo ha funcionado en el régimen subsidiado, independiente de las críticas, creo que hay que perfeccionarlo en lo absoluto, pero el giro directo hay que continuarlo.

Retomar la resolutiveidad de los médicos generales. Mire, cuando estuve de gerente de Metro Salud, el problema cuando centrábamos atenciones es que los médicos generales tenían que remitir hasta un procedimiento sencillo de lavado de oído, porque estaba. Hay que volver a esa resolutiveidad, hay que volver a repensar hasta dónde llega. Se supone que el 85% de los problemas los resuelve el médico general, con enfoque de salud familiar, no vamos a volver todo. Recuerde que en otros países es una especialización y no necesariamente un enfoque.

Lo otro, enfoques centrados en: Retomemos el enfoque, paguemos estrategias de atención primaria, fomentemos la participación social, creo que es importante darle una estructura jurídica a la participación. Que haya una elección y competencia sin restricciones; el día que quitemos las no autorizaciones, absolutamente de acuerdo. Las no restricciones en redes, la no colusión de pagos significativos, creo que la gente cuando escoge puede perfectamente escoger cuando hay calidad, independiente de esa segmentación público o privado, vamos a ver quién es bueno, quién tiene adecuada prestación y que la gente pueda escoger.

Sistemas de información accesibles, ya hablaron, absolutamente de acuerdo, hay una privatización de la información. Ojalá no ocurra ahora con la implementación del sistema de información, pero creo que los sistemas de información deben ser entre todos.

Cobranzas simplificadas, capitación, evento, yo creo que tenemos que evolucionar a cobranzas uno, simplificadas para evitar toda esa tramitomanía. Prohibir la posición dominante, una cosa es la integración vertical, si se prohíbe, pero otra cosa es la posición dominante. Los Gestores posiblemente o los mismos pagadores van a seguir posiblemente con posición dominante, independiente de la integración vertical, creo que eso es de discusión.

Lo otro es la capacitación en salud, el personal que gestiona las tutelas. Creo que tenemos que ver la salud como un aspecto holístico. Lo otro es mecanismos de control por una sola Superintendencia. Mire, los planes adicionales, planes suplementarios van a una Superintendencia y el Plan Obligatorio va a otra Superintendencia. Un listado nacional de cobertura mínima, responsable por el Estado, para que pueda haber una libre elección y la eliminación del concepto del No POS.

Y para terminar, entrega del rol de inspección, vigilancia y control a las universidades que habiliten su experiencia en el área. Yo aquí quiero recalcar algo, yo creo que es, ya hay un espacio donde se pueda actuar con tranquilidad, sin presiones, de un lado y el otro es la universidad. Creo que bien o mal lo hacemos desde una concepción académica y con transparencia y yo creo que la universidad puede hacer mucho en este sistema de inspección y vigilancia, en esos complementos de los comités técnico-científicos.

Lo otro es cambiar el rol de las EPS, está claro, que sean administradoras del riesgo, gestoras del riesgo en salud, articuladoras de servicios y garantía de la calidad en la prestación.

Por último y para terminar al implementar en la reforma es la representación del afiliado ante el prestador por parte de las EPS y abordar dos problemáticas que hay ahora: primero, Ministro, estamos

en un problema grave en el país, si seguimos como vamos van a haber menos especialistas, porque abrir especialidades está siendo casi imposible por la cantidad de trámites que hay que seguir. Yo creo que es un problema para el sistema hacia futuro; y segundo, servicio social obligatorio. Yo creo que sí lo abordamos, ya no es servicio, antes se llamaba rural, ya no es rural sino ciudad y tenemos que abordar si se justifica y cómo no se justifica, porque creo que debemos ligar no hay incentivos a quienes hagan los rurales, servicio social obligatorio perdón, en sitios dispersos. Muchas Gracias.

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

Sí con mucho gusto doctor Jorge Luis. Continúa con el uso de la palabra la doctora Mery Bermúdez, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y luego continuará el doctor Francisco Yepes, Director de posgrado de la misma universidad en el área de salud.

Doctora Mery Bermúdez, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana:

Buenos días a todos, buenos días señor Ministro. Yo creo que en muchas de las cosas que nosotros como Universidad y Facultad hemos pensado, pues ya se han mencionado en este recinto. Pero yo quisiera como resaltar dos aspectos que nos parecen importantes en la Reforma del Sistema de Salud; uno de ellos tiene que ver con la autonomía del ejercicio, digamos, con autonomía médica y con la formación del recurso humano en salud, que como ya lo dijeron, pues no está muy inmerso en este proyecto de reforma. Me parece importante porque claramente los ejecutores del sistema, de la Reforma, cualquiera que sea el sistema y que tienen un papel muy importante, pues es el personal o el recurso humano en salud. Entonces yo creo que sí queremos que el sistema de alguna manera logre sus objetivos y funcione, pues hay que empezar por tener un recurso humano muy bien formado y muy bien capacitado y yo creo que aquí hay una tarea importante, digamos, que en el empoderamiento del médico general en el nivel uno de atención, en la mayor capacidad de poder resolver problemas, de tener una formación para un uso adecuado del recurso en salud y digamos que la pirámide que sube del nivel primero hacia el nivel más subespecializado, pues cumple su objetivo y la gente llegue al nivel de especialidad cuando tiene que llegar y cuando no tiene que llegar pues esté en un nivel, digamos, en el nivel primario que puede resolver.

Además porque pienso que si se aumenta la oportunidad de la atención en este nivel, probablemente los servicios de urgencias que están muy congestionados por consultas que realmente no son urgencias, pues podría cumplir su función de atención real de urgencias.

En este aspecto también pienso que como universidades o como facultades de medicina, nos corresponde una responsabilidad en la formación de este recurso para, digamos, que aporte al sistema, para que haga óptimo al sistema y para que mejore digamos que la calidad del sistema mismo. Pero entonces pues viene el otro lado y es que dónde formamos nosotros el recurso en salud en las instituciones de salud, que claramente están en una situación de crisis, entonces lo que suceda a nivel de las institucio-

nes de salud nos importa a nosotros los formadores, porque como también ya lo mencionaban, pues uno tiene que ser un convenio docencia servicio con una institución que es el nivel uno, que no reúne las condiciones, que no tiene las personas que puedan hacer la docencia y esto se vuelve como un círculo vicioso, además pues es una competencia pavorosa por ver quién logra un escenario o quién logra otro y eso se vuelve es una competencia financiera.

Entonces creo que al Estado le compete, digamos, fortalecer las instituciones formadoras del recurso humano, darle un plus y un privilegio a las instituciones universitarias y no de alguna manera penalizarlo un poco cómo lo hacen el sistema en el sentido de que yo como asegurado contrato con usted, pero no quiero personas en formación cercanas a mis pacientes o usuarios cómo se llama el sistema. Entonces creo que el Hospital Universitario o la institución que de alguna manera participa en la formación del recurso, creo que allí también pues hay una labor importante, esto no está digamos en la reforma pero cómo lo dije al comienzo, para que la reforma funcione pues se necesita que el recurso humano esté muy calificado.

La otra parte que yo quería también mencionar es que lo que tiene que ver un poco la reforma está mirada muy desde el aspecto estructura – administración – financiero, porque claramente pues la crisis del sector salud se hace evidente desde la parte financiera, pero yo creo que el paciente desaparece un poco, desaparece un poco dentro de toda la parte de la Reforma, ¿dónde está?, ¿dónde está?, porque estamos pues poniendo una serie de cosas que aseguran de alguna forma la sostenibilidad, la organización, la distribución del recurso, pero creo que tendría que ser en esta propuesta evidente el paciente.

También como yo lo dijeron, pues, el recurso finito, el recurso no es infinito y es un recurso limitado, luego pues hay que buscar la forma de optimizar ese recurso y yo creo que una de las bondades de la Ley 100 fue que permitió el acceso a la atención básica del grupo familiar a través de un trabajador, lo qué tal vez pasó es que pues no estamos preparados para absorber la cobertura que se multiplicó con el mismo recurso, pero creo que pues aquí también hay otro aspecto que me parece que es importante en esta reforma y es poner como un poco más evidente el interés del paciente, obviamente pues los pacientes pueden o uno cuando es paciente, pues, quisiera tener la posibilidad de acceder a todos los recursos y a todo lo que se necesita y en ese sentido creo que quienes ejercen la función de auditar o de controlar el uso del recurso deben ser realmente pares, porque a veces, bueno, yo creo que estoy repitiendo muchas cosas que ya dijeron pero, muchas veces quien hace esa función de decidir realmente no un par de quién ha hecho, pues ha ordenado una atención o un procedimiento.

Entonces yo creo que, en resumen, pues lo que nosotros quisiéramos puntualizar un poco es todo lo que tiene que ver con la autonomía, la equidad, la oportunidad y claramente lo que tiene que ver con la formación del recurso humano, con los sitios de formación y con el empoderamiento del nivel uno de atención, del médico general y digamos que el beneficio o el plus para las instituciones formadoras de recurso de salud.

Otra cosa que también nos preocupa un poco es el papel de los Gestores o de las Gestoras, pues a veces uno tendría la sensación que es como cambiarle el nombre a las EPS y poner una, digamos como, otro nombre diferente para que al final las cosas sigan, digamos, como es la misma, en la misma forma cómo van y uno entendería que, pues digamos que, los aseguradores pues tienen también que garantizar o miran la prestación del servicio de una manera diferente como uno lo miraría desde la óptica médica y yo creo que hay dos posiciones que deben conciliarse, para que el resultado final pues sea el beneficio de los pacientes.

Yo pienso que de alguna manera el sistema, no sé si el sistema penaliza un poco la formación del recurso, porque se parte un poco a veces del supuesto de que en la formación del recurso humano es de mala calidad, el Estado tiene establecidos unos procesos para garantizar la calidad, para el aseguramiento de la calidad, pero sus procesos a veces no tienen valor más allá de que uno tiene un papel que dice usted está acreditado tanto tiempo, pero eso no tiene digamos un impacto que debería tener en el reconocimiento de que lo que sí ya me dijo, es de calidad, pues es de calidad y así debe ser. Y yo también quiero recargar algo que dijo el doctor Osorio con relación a la formación del recurso humano especializado, porque, digamos, y vuelvo entonces a esto, se ata al aseguramiento de calidad. Si claramente hay un reconocimiento de calidad en una institución de formación, pues es, se asume que el recurso humano que se forma es de calidad y creo que de alguna manera pues los procesos o los pasos que se tienen que seguir, o las metas que se deben cumplir, pues deberían facilitarse para esas instituciones que ya tienen un aseguramiento de calidad, que tienen un reconocimiento de calidad, porque en unos años lo que vamos a ver es las consecuencias de formación de recursos de lo que está pasando ahora y que finalmente impactará pues todo el funcionamiento del sistema, del sistema de salud. Creo que esos serían los aportes que tendríamos, muchas gracias.

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

Muy bien doctora Mery. Entonces continuamos, le cedemos el uso de la palabra al Doctor Francisco Yepes, como mencionaba, Director de Posgrado de la Javeriana en Salud y luego continuará el doctor Ricardo Rozo Uribe, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), bien pueda.

Doctor Francisco Yepes, Director de posgrado de la Javeriana en Salud:

Senador Delgado, señor Ministro, señoras y señores. Ya a estas alturas es difícil añadir algo a lo que se ha dicho, de modo que me van a perdonar de que hayan repeticiones, sencillamente voy a tratar de hacerlo breve y de hacerlo, de pronto en un esquema complementario o adicional que permita tener una visión clara de las cosas.

Repito, como decía Saúl Franco, no hay un sistema ideal de salud en el mundo. Nosotros tenemos que construir el nuestro y el que construyamos, también nos va a generar algunos grados de insatisfacción. Pero debemos construir un sistema que nos permita garantizar el derecho fundamental a la salud a toda la población colombiana, no discriminando por ca-

pacidad de pago, no discriminando por nivel de ingreso, no discriminando por etnia, no discriminando por lugar de vivienda, es un sistema universal que debe ser único, que debe ser descentralizado y que debe ser público; eso no quiere decir que se elimine la participación del sector privado, pero el sector privado, como ya se ha planteado y creo que lo planteo Mario Hernández, es un socio que entra a complementar servicios bajo la dirección del Estado, bajo la predominancia del sistema público. Es un sistema financiado con recursos públicos, que son públicos en todo el trayecto hasta el momento en que se presta el servicio de salud, son públicos y deben ser públicos y no podemos aceptar que se cambie ese carácter.

Entonces yo quisiera insistir en unos puntos centrales que ya han sido planteados, ese sistema no debe permitir la segmentación de los servicios de salud.

Quiero sencillamente volver, estamos hoy con dos grandes proyectos de ley, el 210 del Gobierno y el 233 de la Sociedad Civil. Esos dos proyectos tienen algunas coincidencias, tienen puntos de diálogo indudablemente, pero tienen unas diferencias centrales, profundas y yo creo que es muy importante tener en cuenta esas diferencias, si realmente queremos contribuir a la construcción de un sistema de salud universal, público y descentralizado, ese sistema no puede permitir la segmentación. En el Proyecto de ley número 210 hay elementos y propuestas que mantienen la segmentación, eso es inaceptable.

El sistema no debe permitir la fragmentación de los servicios de salud. Nosotros tenemos que entregar servicios de salud no fragmentados como el que tenemos hoy, el Proyecto de ley número 210 mantiene elementos que le dan permanencia a la fragmentación de los servicios de salud, eso es inaceptable, tenemos que buscar la forma de modificarlo.

El sistema no puede tener barreras, no podemos aceptar barreras de ninguna clase en el sistema, ni económicas, ni geográficas, ni administrativas. Desafortunadamente el proyecto 210 mantiene elementos que generan barreras, por ejemplo, cuando la Gestora de Salud se la va a remunerar al final del ejercicio por los excedentes económicos que deje, además de otros resultados, pues ya hay un incentivo que es el que tienen hoy las EPS para no entregar servicios de salud y maximizar los recursos que les quedan disponibles, eso es obvio, entonces esa figura es inaceptable.

El sistema no debe tener intermediación comercial, es que salud no puede tener intermediación comercial. Cuando los Gestores de Salud se los remunera de esta manera, estamos manteniendo la intermediación comercial.

El sistema debe garantizar, como no garantizan muchos sistemas de salud en el mundo, plena gratuidad en el acceso; no pueden haber cuotas moderadoras, no puedo haber copagos, no puede haber otro tipo de cobros, debe ser plenamente gratuito, la propuesta del Gobierno mantiene las cuotas moderadoras y mantiene los copagos.

El sistema debe tener plena transparencia y la información debe ser pública. El Proyecto de ley número 210 contiene elementos en ese sentido indudablemente. El proyecto, el sistema de salud debería de tener, como lo plantean los dos proyectos de ley, un POS negativo no debe ser un POS posi-

tivo, indudablemente no hay sistema de salud en el mundo que pueda garantizar el ciento por ciento de los servicios que la población querría tener, hay unas exclusiones obvias, en las cuales hay un consenso muy fácil, habrá que establecer otras restricciones, pero esas restricciones deben ser negociadas socialmente y lograrse por un consenso social y deben ser temporales en la medida en que los recursos nos lo permitan, pero allí hay que también mirar cuál es la limitación de los recursos y cuáles son las condiciones, cuál es la de distribución social de los recursos, y ahí juega mucho el elemento de la paz, porque si nosotros podemos dedicar los recursos de la guerra a la paz, tendremos muchos más recursos para dedicar a la salud de los colombianos.

Ya se ha dicho y lo han planteado varios de los que precedieron, se requiere un claro, definido modelo de atención de la salud, que no está definido, el Proyecto de ley número 233 avanza en ese sentido y ese modelo de salud requiere, como también lo han planteado varios de los que me precedieron, un replanteamiento a fondo de la política de formación del talento humano en salud. Si nosotros no formamos médicos generales, capacitados para resolver ese 85% de la problemática en salud, en apoyo de su equipo básico, no vamos a poder garantizar ese sistema de salud que se inicia en el microterritorio, cerca de la gente, donde la gente llega a él e identifica a su prestador y su prestador ya la conoce con anterioridad y ella no es una ficha más que hoy le llega y mañana le llega otra distinta que no reconoce.

Debe haber, cómo está claramente en el Proyecto de ley número 233, una política de investigación, una política del talento humano y debe haber claramente una política de equidad. Una política de equidad no quiere decir prestarle el mismo servicio de salud a todos, una política de equidad implica que haya una política de discriminación positiva, a favor de los que necesitan más, a favor de los que están más enfermos, a favor de los que son más vulnerables, entonces esa política debe ser explícita.

Yo creo que eso es lo que tenía para presentarles, me perdonan que esté repitiendo elementos, pero sencillamente es dejar en claro y enfatizar en que hay unas diferencias muy importantes entre los dos proyectos, que es necesario como lo decía el doctor Hernández, que los dos proyectos sean discutidos, que la discusión no se centre solamente en uno y que veamos cómo socialmente podemos contribuir a la construcción de un nuevo sistema salud, que nos permita garantizarle a los colombianos realmente una prestación de servicio de salud integral, muchas gracias.

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

Ok, a usted doctor Francisco. Entonces continuamos, el doctor Ricardo Rozo Uribe, Director Ejecutivo de Ascofame, bien pueda en el estrado.

Doctor Ricardo Rozo Uribe, Director Ejecutivo de Ascofame:

Muchísimas gracias señor Presidente. Doctor Yepes y a estas alturas de la vida cómo comienza uno en cualquier presentación, realmente ya está absolutamente distorsionada, completada, pero tal vez sí quiero comenzar a mencionar que hace parte los elementos fundamentales de cualquiera de nuestras

presentaciones. Aquí yo creo que debemos renunciar a cualquier derecho de protagonismo, a cualquier derecho de venta de una idea o de una posición o de un interés. Realmente es una oportunidad única que como ciudadanía y como sociedad nosotros tenemos y en eso debemos considerar varios elementos; uno, nuestra ciudadanía, nuestro derecho como ciudadanía; dos, el papel del Estado, el papel del Estado como en los elementos que la misma ley o los mismos proyectos los está determinando; tres, el recurso humano en salud y la formación de ese recurso humano; y cuatro, la gerencia constitucional del sistema de salud.

Aunque sé que no es mucho lo que podría añadir en el tema, sí quiero comenzar por el recurso humano salud y su formación. Pero quiero partir con una mirada de autocrítica iniciando por los profesionales, quiero mirar o iniciar con una profesión médica que supere la cultura de la queja y qué más que reivindicaciones laborales estemos mirando con una posición realmente de lo que es nuestro ejercicio profesional, en términos de liderazgo y en términos de lo que nosotros creemos debemos hacer. Primero, debemos rescatar la más humana de las ciencias. Y eso a los médicos no se nos puede olvidar. Rescatar la más humana de las ciencias bajo los principios de ética, y de honestidad, y transparencia, con nuestra formación y con nosotros mismos nos esperamos y mantenemos uno retos enormes en el ejercicio de la profesión y de cómo enseñamos a nuestros muchachos a aprender y a desaprender; la fascinación tecnológica no puede ser el paradigma del ejercicio profesional de la medicina, y señor Ministro con respeto, tenemos que seguir formando médicos para Francia, para Estados Unidos y también que sepan dengue y también que sepan de gripas y también que sepan de tuberculosis, porque es que el médico colombiano debe ser global, eso es como montarse en un avión y uno tiene que saber aterrizar, su piloto, en Medellín y en Cali, pero también tiene que saber inglés y puede y tener que aterrizar en París o en Londres, pero también tiene que saber atender un dengue y son los límites de nuestro piso. La dirección de la globalidad de nuestra educación médica en las facultades de medicina no puede ser cuestionada, porque en eso creo que la gran mayoría no puede renunciar a la calidad y realmente ese tiene que ser uno de los paradigmas fundamentales. Un médico global, estructurado, que sepa aprender, que sepa desaprender, que sea capaz de realmente de poder entender los artículos de la literatura. Que sepa cuando se haga la cronobiología o cuando tengamos que hablar de la nanomedicina, saber que sirve y que no sirve, pero también saber tratar una tuberculosis en el principio claro de cómo debe tratarse.

Se habla mucho de la herramienta, del modelo de la salud familiar. Señor Ministro, México lo hizo desde el año 2004, la Universidad Nacional Autónoma de México, formó en su sitio de trabajo más de doce mil médicos familiares con alta capacidad resolutoria. La capacidad resolutoria y me adhiero a las personas que lo digan, no es culpa del médico que no la pueda ejercer, la capacidad resolutoria inadecuada que tienen los profesionales es producto fundamentalmente del abuso de las posiciones dominantes, es producto fundamentalmente de una medicina gerenciada, que en un momento dado ha dado más problemas que realidades al ejercicio profesional. Las

mismas normas de nuestro Gobierno, han evitado claramente la capacidad de la resolución. Señor Ministro, nosotros, cuando nos graduábamos en la Universidad, no podíamos salir del internado sin saber poner un tubo de tórax, no podíamos irnos al rural sin poner un tubo de tórax, no podíamos ingresar a una residencia de medicina interna, ni a una unidad de cuidado intensivo sin poner un tubo de tórax y sabe qué dicen las leyes de habilitación hoy, que para poder poner un tubo de tórax hay que ser cirujano de tórax. Eso genera claramente, pues una selección perversa de la demanda y nos piden adicionalmente a las facultades de medicina: hagan los especialistas. Y señor Presidente, señor Ministro, ¿sabe quién no deja?, el Ministerio de Educación. No deja el Ministerio de Educación, entonces nosotros necesitamos que en esta reforma claramente quede plasmada una interacción de la gobernabilidad entre los dos ministerios. ¿Quién va a mandar el recurso humano?, ¿cómo hacemos nosotros, doctor, para formarle x, y o z, número de pediatras? La Universidad puede, los hospitales tienen su capacidad para diferenciar entre centros de enseñanza y hospitales universitarios, y no puede, y no dejan, por completitud, porque faltó un papelito, porque le devuelven el papelito. Hay que tener una actitud política clara, que permita esa calidad y permita claramente formar este recurso humano que necesitamos.

No puedo dejar de mirar al doctor Giraldo sin que nosotros podamos hablar de dos elementos: el hospital universitario debe ser un centro del saber, un centro de la investigación, un centro del conocimiento, un centro que adicionalmente corresponda distinto a lo que son los escenarios de práctica. El Gobierno lo tiene que saber, el Ministerio de Educación lo tiene que saber, si no existe esta interrelación entre la docencia y la academia y la asistencia, y el derecho de los colombianos, y el derecho del recurso humano, vamos a seguir haciendo, con todo el respeto señor Ministro, una colcha de retazos. Una colcha de retazos donde probablemente se perdió la voluntad política de lo que nosotros queremos hacer. El Estado, debe garantizarle en este momento honestidad, ética y transparencia a lo que debe hacer.

Las facultades de medicina y nosotros como profesionales de la salud, debemos garantizar lo mismo. La administración y la gerencia del sistema tienen que partir también de estos mismos principios, independientemente del modelo que nosotros debemos estar tomando, porque todos los médicos debemos ser responsables y respetuosos con el sistema de salud en el cual nos debemos desarrollar.

Pero hay otro elemento también que como educadores tenemos que mencionar y es la educación de la ciudadanía, la sociedad civil como tal. Hemos permitido por la cultura mediática de los medios, la medicalización de la medicina. Hemos permitido que situaciones fisiológicas normales como la calvicie, como la menopausia, como una gran cantidad de situaciones, se vuelvan enfermedades y eso vale plata, y eso lo paga un poco de gente, y eso no siempre es medicina. Eso hace parte que como ciudadanía y como sociedad tenemos que educar a nuestra misma sociedad, tengamos que educar a nuestros mismos patrones.

Podría desarrollar cada uno de los temas pero no lo puedo hacer por dos razones: una, porque ya han

dicho todo, y dos porque tengo una neuralgia del trigémino que ya no me dejó hablar más. Muchas gracias.

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

No, a usted. De verdad muy enriquecedora. Quiero antes de que el Ministro tome el uso de la palabra, agradecerle en nombre de la Comisión Séptima del Senado, el suscrito como Vicepresidente, haciendo eco del querer del Congreso de la República, en el sentido de construir una ley que concite las voluntades de todos los sectores de la sociedad colombiana y en ese sentido, como lo había mencionado el señor Presidente, hemos realizado una serie de audiencias aquí en la ciudad de Bogotá. La próxima semana vamos a continuar con audiencias en diferentes regiones del país, el lunes tenemos precisamente en la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Medellín, oportunidad de intercambiar ideas, conceptos, en torno a esto.

Estamos precisamente en temas claves del país. Este tema de la seguridad social es uno de los temas claves y hemos venido insistiendo que tenemos que lograr en Colombia un país de bienestar, un país en que los temas de salud, en que los temas de pensión, toda la ciudadanía, la sociedad colombiana tenga acceso con calidad, con oportunidad y ese es parte del debate que estamos realizando en Colombia.

Existe una voluntad decidida, señor Ministro, del Congreso de la República a través de estos temas y sé que de parte, igualmente, del Gobierno en su cabeza.

Tiene usted la palabra, señor Ministro.

Doctor Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social:

Gracias Senador, buenas tardes a todos me siento como en casa en este debate con la Academia.

He tomado atenta nota en algunos de los puntos, no quiero responder a todos, es un poco dijéramos pretencioso hacer un inventario largo y tratar de tener opiniones sobre todo, pero quisiera decir tres o cuatro cosas sobre los debates que se han planteado aquí esta mañana, que son debates profundos donde casi sobra decirlo, no tenemos soluciones definitivas, muchos involucren aspectos no solo asociados con esta reforma a la salud, no solo asociados con la coyuntura con este país y este momento, sino debates que han involucrado a la humanidad por siglos diría yo.

Se ha dicho varias veces que ningún país tiene un sistema de salud perfecto y que esta es una conversación que tal vez no tiene fin, y que seguiremos debatiendo sobre estos temas porque en el fondo involucran preguntas sin respuesta sobre hasta dónde llega la responsabilidad del Estado, cuando el Estado puede voltear la espalda y decir: esta tragedia individual no es mía. Involucran preguntas fundamentales sobre hasta dónde llega el accionar del Estado, no solo la responsabilidad sino dónde puede trazar una esa frontera entre lo público y lo privado, donde se traza la frontera entre el Estado o el Gobierno Nacional y los gobiernos territoriales, hasta dónde debe llegar la descentralización, cuáles son las competencias de unos y otros.

Sobre los mismos temas que aquí hay claramente, también una pregunta fundamental entre lo indivi-

dual y colectivo. A mí me preocupa y lo pensaba ayer cuando el doctor Francisco Roza y creo que estaba por aquí, nos hacía una presentación sobre el tema de los medicamentos, yo veía claramente eso o que qué es un enfoque de salud pública, un problema y un conflicto con los enfoques que hemos asumido en Colombia más basados en el derecho, que necesariamente involucra aspectos individuales y ahí veía yo un problema.

Entonces no quiero hacer un inventario largo, pero aquí hay preguntas muy complejas y yo quiero decir dos o tres cosas sobre las presentaciones que se han hecho esta mañana. Empecemos con la ley estatutaria. Hay una opinión, que yo creo que va a dominar el debate en las próximas semanas, y es si tenemos que tener una secuencia clara. Primero la ley estatutaria que define el contenido del derecho, que nos dé algunos, de los o defina algunos, de los principios fundamentales y después la ley ordinaria. Así lo dijo el doctor Mario, creo que el doctor Francisco Yépez y Saúl, también estaban de acuerdo como en esa secuencia.

Pero yo creo que detrás de esa secuencia hay, si se quiere y no quiero ser peyorativo, como una especie de ilusión, como si la ley estatutaria fuera a definirnos de una vez por todas, ese contenido del derecho.

Algo que he aprendido en estos debates, en las últimas semanas es. Yo planteaba incluso la ley estatutaria como el qué. Vamos a definir de una vez por todas ese contenido del derecho, no lo vamos a hacer.

La ley estatutaria, cualquier cosa que hagamos, es él como para definir el qué y esa definición del contenido del derecho será necesariamente dinámica y la ley estatutaria que vamos a hacer, yo creo que es una ley que en el fondo lo que va a hacer es fijar unos mecanismos, para que como se ha dicho aquí esta mañana, una y otra vez, de manera colectiva y legítima, delimitemos el contenido del derecho y la responsabilidad del Estado.

Entonces allí no vamos a encontrar una respuesta definitiva, allí lo que vamos es a construir un mecanismo legítimo para como sociedad hallar esa respuesta. Y si eso lo entendemos de esa manera, creo yo, yo creo que es posible dar los dos debates al mismo tiempo y los dos debates no riñen, son dos debates que pueden darse simultáneamente, por eso yo no estoy tan de acuerdo en la secuencia que se ha planteado aquí esta mañana.

No lo definimos de esa manera, yo creo que los dos debates, por la misma crisis del sistema de salud, se están dando al mismo tiempo y yo creo que vamos a tener que afrontarlos simultáneamente, la secuencia no la va a fijar el Gobierno, seguramente la va a fijar el Congreso. Pero yo creo que podemos dar esos dos debates.

Quisiera decir dos cosas sobre ley estatutaria: uno, que claramente tenemos aquí una discusión sobre sostenibilidad, una discusión que ya se dio en relación con el acto legislativo, donde el acto legislativo parece fijar una secuencia y decir: la sostenibilidad no puede estar por encima de los derechos fundamentales, así lo dice de manera clara; el doctor Mario Hernández hacía alusión al parágrafo. Sin embargo, yo quiero decir lo siguiente, más allá de lo que dice la Constitución, nosotros tenemos que garantizar que nuestro contrato social sea coherente.

Y en el fondo no debemos olvidar que la salud la pagamos todos: vía contribuciones, vía impuestos o vía gasto de bolsillo. Y no puede ser, porque yo a veces veo incoherencias en la sociedad, en las demandas sociales, que nosotros demandemos una salud muy superior a la que estamos dispuestos a pagar y yo creo que el debate de la reforma estatutaria también nos debe servir para ir buscando coherencia en ese contrato social, porque estoy de acuerdo que la ley estatutaria es eso, es un contrato social y tiene que ser coherente. Porque a veces el debate de la sostenibilidad, que tiene su trasfondo ideológico, tampoco lo quiero negar, lleva a una especie de opinión, diciendo: la sostenibilidad es de alguna manera como una especie de embeleco neoliberal. No es eso.

Qué hacemos, los recursos son finitos y qué hacemos si ningún país del mundo hoy puede pagar por toda la medicina que es eficaz, y qué hacemos si estamos enfrentando una gran presión tecnológica y los ejemplos son muchos, aquí no más, en Estados Unidos. Las opiniones hoy sobre lo que está ocurriendo en los Estados Unidos son claras, Estados Unidos no tiene un problema de déficit fiscal como el que tienen los países europeos, lo que tiene es un problema de costos de salud, que ya llegan al 20% de su producto interno bruto.

Y en esa definición del derecho, yo creo que hay otra parte del debate, que fue evidente ayer en este mismo auditorio y que no tiene que ver con la sostenibilidad, tiene que ver con otro tipo de preocupaciones, un poco más específicas y es que cuando no se delimitan los derechos, vamos a ser testigos de todo tipo de abusos. Miren lo que ha pasado en Colombia con las hormonas de crecimiento, hoy en día algo así como el 30% de los niños en Manizales están tomando hormonas de crecimiento, con demanda inducida, con un derecho que no definimos de manera correcta. Hoy en día tenemos tres mil oncológicos de garaje en el país, una industria que creció bajo el amparo de los recobros y yo creo que eso es producto de esa falta de definición del derecho.

Entonces, doctor Mario, a mí a veces me parece que esa visión expansiva del derecho sin límites, le abre paso a las peores formas de capitalismo, rapaz, acabando con los recursos de la sociedad. Entonces yo creo que es importante definir este debate y decir: tiene que haber sostenibilidad y la sociedad tiene que tener de alguna manera, de alguna forma, cortapisas para evitar los abusos y los abusos, sobra decirlo, han sido muchos.

Hay otra parte del debate, que lo vamos a vivir en la ley estatutaria, donde tenemos una diferencia de opinión con el doctor Mario y el doctor Saúl, y con el proyecto que se llama de la sociedad civil, y aquí nuestro Decano del CES decía: “cuidado”, es de una parte de la sociedad civil y un parte de las universidades.

Y es el debate sobre si los determinantes sociales de la enfermedad, deberían hacer parte del derecho fundamental a la salud, la vivienda, la nutrición, el agua, el acueducto y alcantarillado. Es un debate interesante, es difícil rebatir, dijéramos en principio, las opiniones del proyecto de ley estatutaria de la sociedad civil, para utilizar el nombre. Pero a mí me preocupa confundir las cosas, porque esos retos del desarrollo necesariamente son progresivos y me preocupa que podamos confundir la tarea ardua del

desarrollo con el derecho fundamental a la salud y ahí vamos a tener entonces los problemas de sostenibilidad y los problemas de abusos. Si mañana un Juez de la República puede decir: Estado aquí hay una casa con piso de barro, usted tiene que garantizar el piso de concreto, de baldosa, porque eso está creando enfermedades. Yo con ese acto particular estoy de acuerdo, con las consecuencias colectivas y con la forma que el Estado tiene para evitar abusos ahí, no sé, me parece muy complicado.

Entonces las razones comienzan a ser razones pragmáticas, en un principio tiene usted de acuerdo, pero desafortunadamente el cambio social es de esa manera. Uno tiene que tener no solo en cuenta los principios, sino las consecuencias inesperadas y los medios eficaces para llevar esos principios en la práctica y para hacerlos realidad. Y las dos cosas tienen que estar mezcladas, desafortunadamente.

Entonces nosotros hemos propuesto una redacción distinta, que le diga al Estado: bueno, aquí hay esta tarea ardua, llame la atención como lo ha hecho la T-760 y lo ha hecho varias veces, que la ley estatutaria diga “aquí deben haber unas prioridades”, no puede haber, por ejemplo, Hogares Comunitarios de Bienestar con piso de tierra. Pero no podemos, invocando el derecho fundamental a la salud, mañana decir: bueno, ahí está, ese es un derecho fundamental, es un derecho tutelable, ¿dónde están las capacidades estatales?, ¿dónde están los controles?, ¿dónde están los mecanismos de defensa social para no evitar los abusos que ya han sido muchos?

Eso es un debate y es un debate que vamos a dar y lo vamos a dar seriamente, es un debate complejo. Yo ya planteo la complejidad, muchas veces los principios riñen con la forma de llevarlos a la práctica.

Hay otro debate muy interesante, que estuvo aquí dando vueltas y tiene que ver con la definición de los gestores y la posibilidad de que tengan un excedente, porque insisto, si se quiere, ánimo de lucro en algunos de los intermediarios. Y es un debate interesante porque es un debate en el que la humanidad lleva metido mucho tiempo, y uno podría decir: riñe el ánimo de lucro completamente con el bienestar social, es difícil no. Aquí estamos vacunando todas las niñas de secundaria, contra el virus del papiloma humano. Le compramos la vacuna a Merk, que desarrolló la tecnología y es una entidad sin ánimo de lucro, y definitivamente y uno podría decir que sin ese ánimo de lucro no tendríamos una vacuna contra el virus del papiloma humano.

En este aparato, donde todos sus componentes fueron producidos por el lucro, aquí está la humanidad en esta ventana. Podemos leer casi todos los libros del mundo y en algunos años aquí estará todo, construido con el ánimo de lucro y cambió la humanidad, tal vez para bien o para mal, pero aquí está el ánimo de lucro contenido, cada una de sus piezas.

Es un debate complejo. Los alimentos que nosotros consumimos todos los días, se producen con ánimo de lucro. El carnicero que se levanta todas las mañanas a abrir su carnicería y se pone el delantal y la abre, a las cuatro, cinco de la mañana, está pensando en su familia. Probablemente en las vacaciones que va a tener al final del año. Ánimo de lucro.

¿Es eso incompatible con el bienestar colectivo? Una pregunta muy difícil.

Ahora, inmiscuirnos en ese debate ideológico que comienza con Adam Smith es complicado y de pronto nos quedamos ahí empantanados. Por lo tanto yo he querido, dijéramos, argumentar lo siguiente. No quiero defender el ánimo de lucro desde esa perspectiva, dijéramos ideológica, quiero hacerlo desde un punto de vista, si se puede hacer la distinción, más pragmática. Y es decir: alguien va a tener que conectar los recursos que están en Salud Mía con los prestadores, alguien va a tener que hacer esa tarea, lo podría hacer el Estado. Pero creemos que el Estado no tiene las capacidades y puede no tener los incentivos correctos para hacerlo.

Entonces cuando concebimos las gestoras, decimos: no puede ser solamente el ánimo de lucro, no puede ser solamente el incentivo para cuidar la plata, tiene que haber resultados en salud y tiene que haber incentivos, por eso creamos el reaseguro, para no seleccionar solamente el riesgo sino para hacer gestión de riesgo como tiene que ser.

La competencia entre pagadores conduce a la selección de riesgo, eso ya lo sabemos, mire lo que está pasando con los afiliados de Colpatria. Pero creemos que esos dos incentivos, para gestionar y producir resultados en salud y para gestionar el riesgo, de pronto tienen que estar acompañados también con el incentivo para cuidar los recursos y para que el aseguramiento de alguna manera esté basado en una especie de división del trabajo. El Estado cuida una parte, los gestores cuidan otra. Y creemos que eso solo puede hacerse diciendo “ustedes se quedan con una parte”, haciendo cierta socialización de los recursos, haciendo un monitoreo y un escrutinio detallado de los resultados en salud.

Ahora, si alguien me dice: esos incentivos se pueden garantizar de otra manera. Yo estoy dispuesto a cambiar de opinión, pero me preocupa y ustedes ya me han oído el ejemplo muchas veces, pero no, de manera sincera, no he encontrado una refutación clara, que volvamos a revivir lo que pasó con el sistema de recobros y es que tenemos incentivos para la colusión y los prestadores, y las EPS, y las farmacéuticas, todas se ponen de acuerdo para cobrarle al Estado. Y tenemos un año, dos años, sin problemas, pero después tenemos una gran crisis, esta si definitiva de nuestro sistema de salud.

Entonces no sé si la distinción cabe Cádiz doctor Mario pero no es la defensa y biológica las utilidades que yo también lo podría ser es más bien el diseño los incentivos a lo que apunta dijeron la reforma en ese punto en ese punto hay un debate ideológico grande entre lo público y lo privado. No comienza en el siglo XVIII, no es un hijo de la ilustración, no es de Adam Smith, es del siglo XX, de mediados del siglo XX después de la segunda guerra, donde algunos colegas míos economistas, comienzan a plantear lo siguiente: el Estado se había visto desde la económica, simplemente como una especie de entidad neutral, que empezaba a hacer intervenciones para corregir algunas fallas del mercado. Pero después algunos economistas plantearon: cuidado, que es que el Estado no es neutral, el Estado somos nosotros, personificados en personas, en burócratas, sin ser peyorativo, que también tienen preferencias y también tienen de alguna manera algunas formas de pensar o de actuar, que no siempre son compatibles con el bienestar colectivo.

Entonces surge, dijéramos esta discusión y yo creo que cualquier discusión sobre el cambio social, tiene que tener las dos cosas sobre la mesa. Los mercados se equivocan, ya lo hemos visto, hay abusos, pero hay fallas de Estado y tenemos corrupción y como alguien lo ha dicho en un debate, que me gusta bastante el ejemplo, tenemos a Saludcoop y tenemos a Caprecom, y no queremos ninguno de los dos. Excesos de los mercados o excesos del sector privado con excesos del Estado.

Por lo tanto va a ser difícil plantear claramente esta frontera entre lo público y lo privado, por lo tanto doctor Yepes, no me gusta mucho como esa premisa que yo veo “esto tiene que partir de lo público y lo privado tiene que ser residual”. La reforma tiene otro punto de vista, más eclíptico, no parte ni de lo uno ni de lo otro como superior. Está diciendo en algunas circunstancias puede funcionar lo público, en otras puede funcionar lo privado y no nos vamos a casar con ninguna. Salud Mía, lo estamos diciendo, algunos colegas míos han dicho: usted está creando por allá un ente estatal exagerado. Estamos diciendo: el Estado tiene que asumir unas funciones indelegables, las delegó históricamente en administradores de portafolios.

No, ahora debe rescatarlas estamos diciendo en algunos casos, son las entidades territoriales, el Estado quienes pueden cumplir esas funciones de aseguramiento. Estamos diciendo, con el tema de la descentralización, queremos que los mandatarios locales tengan esa capacidad para nombrar los gerentes de hospitales, para que de alguna manera lo público funcione mejor y acabemos con esta especie de autonomía hospitalaria plena.

Pero no queremos decir de entrada, lo público es mejor, lo privado es mejor. Tienen que subsistir, por eso celebramos, como se dijo aquí esta mañana, la EPS mixta, porque yo creo que está construida sin prejuicios, con base en una colaboración entre lo público y lo privado. Algunas de las capacidades históricamente se habían acumulado en una entidad privada, en Confama, semipública casi, pero la gobernación de Antioquia y la Alcaldía de Medellín vieron que también tenían que ser socias, porque había un objetivo social compartido. Y yo creo que ese esquema, de manera filosófica es compatible con lo que queremos hacer en la reforma.

Pero si ustedes miran, estos son los debates más complejos, entre lo público, lo privado, el afán de lucro, hasta donde llega la responsabilidad del Estado y por esa razón esta conversación tiene que seguir y no puede tener fin. Pero Senador Delgado, ustedes están como Congreso en la posición difícil de tomar decisiones, porque de alguna manera no tenemos alternativa distinta a trazar la línea, a sabiendas de que esto es difícil.

Otro debate, grandísimo, de toda la vida, el tema de la capacidad de pago. Es un derecho fundamental, compatible con decir: quienes tienen mayor capacidad de pago deben pagar un poco más o un poco menos. Pregunta muy difícil. Si ustedes examinan la ley, la sentencia perdón, T-760, la sentencia toma una posición al respecto y dice: “si es compatible”.

Dice dos cosas: el derecho tiene límites y dice dos cosas: la capacidad de pago puede tener algo que ver a la hora de materializar el derecho. Lo dice la T-760

de manera clara, explícita. Aquí hay una opinión distinta. Tenemos que debatirlo.

Pero yo les planteo, dijéramos, en la siguiente problemática: las contribuciones se necesitan hoy para la sostenibilidad del sistema y va a ser difícil sustituirlas plenamente en el corto plazo, porque impuestos generales, entonces quienes tienen capacidad de pago, un empleo formal, van a tener que seguir contribuyendo.

Hay otro debate más complejo sobre las cuotas moderadoras y los copagos. Donde, para utilizar como la misma línea de debate, yo diría, no es el gran debate ideológico sobre el tema de capacidad de pago, es otro tema más complejo de incentivos. Economista de la Salud, Víctor Fuchs, ha planteado dijéramos esta problemática y es decir aquí pasa algo y es la aversión al riesgo nos lleva a socializar el gasto de salud. No queremos, como individuos, estar sujetos a que mañana algo nos ocurra y eso acabe nuestro patrimonio familiar. Todas las sociedades del mundo han dicho; este gasto es de alguna forma social. Todavía hay algo de gasto de bolsillo, pero eso se ha socializado y lo pagamos vía seguros y lo pagamos vía impuestos generales como sociedad.

Pero eso nos lleva necesariamente a lo siguiente, como el bolsillo no nos duele, tendemos a sobre consumir gastos en salud y ese sobreconsumo muchas veces es del 25, 30, 40%, hay estimativos, todos precarios, pero que algo nos dice. Y como hay sobreconsumo uno diría tienen que haber incentivos y entonces los copagos y las cuotas moderadoras llevan a eso.

Aquí están sobre la mesa los dos audífonos, uno de última tecnología, vale treinta millones de pesos, uno que hace más o menos lo mismo, vale cinco. Si el Estado o la compañía de seguros pagan por todo, pues yo voy a escoger el treinta. Si hay una cuota moderadora, hay un copago, yo tengo que cubrir el 10 o el 15 o 20 o el 25% del audífono, yo lo voy a pensar dos veces.

Esto es complejo, desafortunadamente y entonces si eliminamos completamente los copagos o las cuotas moderadoras, no sé qué puede pasar con los incentivos. Si hay preguntas no solamente son económicas, no solamente, son incentivos.

Yo tengo un amigo otorrino, que siempre le plantea a sus pacientes la siguiente disyuntiva: ¿si usted tuviera que pagar de su bolsillo esta plata, cuál escogería?, y la decisión es distinta.

Entonces no solamente está el tema de si el derecho fundamental es compatible o no, con la capacidad de pago que los ciudadanos tienen que pagar efectivamente. Sino también está el tema de cómo damos los incentivos correctos también para contradecir, o los incentivos correctos mejor para garantizar cierta sostenibilidad.

Hay una idea que la voy a tratar de articular, no la he pensado muy bien, pero veo, doctor Francisco y doctor Mario, una especie de contradicción en este esquema que ustedes plantean, porque el esquema dijéramos tiene como dos pilares: un pilar es muy basado en lo estatal, muy dijéramos de decir: no son los individuos tomando decisiones autónomas, sino lo llevamos mucho al Estado, pero eso al mismo tiempo se plantea con un modelo de autonomía médica plena, confiando en la autorregulación. Es

como si uno desconfiara de todo el mundo, decir el Estado hace muchas de las cosas, pero solo vamos a confiar en un individuo, en el médico y los médicos son los únicos agentes de la sociedad capaces de autorregularse. Quienes manejan o quienes fueran a manejar otras partes, dijéramos, de un negocio no. Esos señores de los Gestores o de las EPS, esos no pueden autorregularse, esos simplemente tienen un apetito de lucro infinito y los otros agentes de la cadena tampoco.

Y en el fondo somos seres humanos, todos. Entonces ahí veo yo, dijéramos en un modelo donde uno tiene todos los recursos en Salud Mía, veintiséis, treinta billones de pesos y uno le entrega a los médicos la chequera y les dice: queden señores tranquilos, yo sé que ustedes se autorregulan, de alguna manera intramisión un principio moral, están por encima éticamente de todo el mundo, giren y yo confío en ustedes.

Ojalá, pero vuelvo, dijéramos con el tema de los incentivos, no sé si eso funcionará. Y la historia reciente de la humanidad nos ha mostrado que la autorregulación es una utopía.

Entonces es una parte de la conversación, lo dejo allí, casi si se quiere como una provocación. Pero vuelvo y repito, ahí veo una pequeña contradicción.

Quiero terminar con lo siguiente. Estas conversaciones nos han servido para tomar decisiones y hacer algunas enmiendas y corregir algunos puntos. Vamos, ya lo he dicho, pero lo reitero, a decir en la ley ordinaria también que la salud es un derecho fundamental, vamos a borrar el famoso numeral X del artículo cuarto, vamos a ir corrigiendo algunas cosas de las redes como están, porque le hemos dado mucho poder a los gestores, más de la cuenta. Yo he dicho que aquí no puede haber tampoco un modelo de libre adscripción, ustedes han planteado el tema de las redes integradas de servicios de salud. Ahí hay una tensión con el tema de aseguramiento, podemos incorporar algunas de esas ideas. Hay algunas dudas sobre los temas de integración vertical o de integración horizontal, o como en la práctica hacemos que lo que queramos decir sobre integración vertical no quede completamente anulado por formas empresariales, que comienzan a crearse para simplemente hacerle frente. No voy a hacer el inventario largo, pero yo tengo más de, Senador, veinticinco cambios que han surgido, mejoras, yo no diría cambios, mejoras, que han surgido de estas audiencias públicas, esta es la número siete, todavía nos faltan cinco.

Entonces quiero simplemente agradecerles a todos por los comentarios y por la paciencia y muchas gracias. Buenas tardes, buenas noches.

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

A usted, señor Ministro. Precisamente de eso se trata esta construcción colectiva. Señor Secretario tomaron nota, han recibido las diferentes recomendaciones, propuestas de todas las personas,

los distinguidos decanos, funcionarios, que hoy participaron.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Presidente, algunas personas que intervinieron se comprometieron a enviar vía correo electrónico el texto de su intervención, ya que no lo trajeron el día de hoy.

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

Es muy importante.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Cuatro intervinientes dejaron radicada la presentación ante la Secretaría.

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

Es muy importante este tema, que ojalá le hagan llegar a la Comisión Séptima las recomendaciones, precisiones, algunas argumentaciones, inclusive algunas propuestas de ajuste, de modificaciones de los articulados, de nuevos articulados, porque eso es lo que enriquece el debate, precisamente la Comisión Séptima va a tomar todas esas recomendaciones y poder discutir las con el Gobierno Nacional, para construir al final esa ponencia.

Agradecemos inmensamente a todos ustedes por la participación los seguimos invitando a este gran debate, a esta construcción colectiva. Muchas gracias a ustedes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo la una y cinco de la tarde (1:05 p. m.) formalmente se declara levantada esta séptima audiencia pública frente a los proyectos reformativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Comisión Séptima del Senado, la Mesa Directiva y la Secretaría les recuerdan a los honorables Senadores de la Comisión Séptima que para tramitar los tickets para asistir a la Audiencia Pública en Medellín, el día lunes 29, deben confirmar el interior ante la Secretaría, para poder realizar las reservas. Si así no se hace, no se expedirán tickets. Muchas gracias y buenas tardes.

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 5° 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 07**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Bogotá, D. C., el día **jueves veinticinco (25) de abril de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.